

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP

ANABİLİM DALI

**BİR AYLIK DÖNEMDE ACİL SERVİSE  
BAŞVURAN YAŞLI VE GENÇ HASTALARIN  
ACİL SERVİS BAŞVURULARININ  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**DR. SEYRAN BOZKURT**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2005**

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP

ANABİLİM DALI

**BİR AYLIK DÖNEMDE ACİL SERVİSE  
BAŞVURAN YAŞLI VE GENÇ HASTALARIN  
ACİL SERVİS BAŞVURULARININ  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. SEYRAN BOZKURT**

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd Doç Dr Rıdvan ATILLA

## ÖNSÖZ

Acil Tıp Anabilim Dalı Türkiye’de ilk kez 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi’nde kurulmuştur. Şu anda ülkemizin pek çok büyük üniversitesinde Acil Tıp uzmanlık eğitimi sürdürülmektedir.

Ülkemizde hızla ilerleyen Acil Tıp’ın hak ettiği yeri en kısa zamanda almasını umuyorum.

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen yardım ve desteği ile bana yol gösteren Yard. Doç. Dr. Rıdvan Atilla, Yard. Doç. Dr. Gürkan Ersoy’a ve eğitimime katkıda bulunan tüm uzmanlarıma;

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen Dr. Huriye Demirel, Dr. Murat Yeşilaras, Dr. Serhat Akay, Dr. Filiz Çalışkan’a;

Asistanlık sürem boyunca beraber çalıştığım, manevi destekleri ile bu zorlu süreci daha kolay geçirmemi sağlayan Dr. Ülkü Turpçu Eritmen, Dr. Neşe Çolak, Dr. Aslı Aydınoglu, Dr. Deniz Oray ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma;

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim ve tezimin hazırlanmasında büyük emeği geçen İbrahim Türkçüer’e, uzakta olsalar da beni hiç yalnız bırakmayan aileme sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

I.Tablo dizini.....	1
II.Kısaltmalar.....	3
III.Özet.....	5
IV.İngilizce isim ve özet.....	7
V.Giriş ve amaç.....	9
VI.Genel bilgiler.....	12
A. Tanım	
B. Toplumların yaşlanması	
C. Fizyolojik değişiklikler	
1. Gastrointestinal sistem	
2. Renal sistem	
3. Kardiyovasküler sistem	
4. Kas-iskelet sistemi	
5. Solunum sistemi	
6. Nörolojik sistem	
D. Farmakolojik etkiler	
E. Yaşlılarda morbidite-mortalite	
F. Yaşlıların sağlık sorunları	
VII.Gereç ve yöntemler.....	24
VIII.Bulgular.....	29
IX.Tartışma.....	50
X.Sonuçlar.....	58
XI.Kaynaklar.....	60
Ek 1. Form I . Veri toplama formu .....	66
Ek 2. Form II. Etik kurul onay formu.....	67

## **I. TABLO DİZİNİ**

**Tablo 1.** Dünyada Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

**Tablo 2.** Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

**Tablo 3.** Türkiye’de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

**Tablo 4.** Yaşlanmada Fizyolojik Değişiklikler Ve Potansiyel Etkileri

**Tablo 5.** Cinsiyete Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 6.** 65 ve Üstü Yaş Grubundaki Hastaların Dağılımı

**Tablo 7.** Sağlık Güvencelerine Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 8.** Öğrenim Durumuna Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 9.** Yaşayan Çocuk sayısına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 10.** Yaşam Çevresine Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 11.** Medeni Durumlarına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 12.** 17-64 Yaş Grubunda Medeni Duruma Göre Cinsiyet Dağılımı

**Tablo 13.** 65 ve Üstü Yaş Grubunda Medeni Duruma Göre Cinsiyet Dağılımı

**Tablo 14.** Medeni Duruma Göre Cinsiyet Dağılımı

**Tablo 15.** Komorbid Hastalıklara Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 16.** Kullanılan İlaçlara Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 17.** Alışkanlıklarına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 18.** Son Altı Ayda Başvuru Sıklığına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 19.** Travmanın Varlığına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 20.** Şikayetlere Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 21.** Vital Bulgularına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 22.** Kan Grubu Bakılmasına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 23.** Kan Alkol Bakılma Durumuna Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 24.** Gebelik Testi Bakılma Durumuna Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 25.** Laboratuvar Tetkiklerinin İstenme Oranına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 26.** Radyolojik Tetkiklerin İstenme Oranına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 27.** Konsültasyon İstenen Bölümlere Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 28.** Konsültasyon İstenme Oranına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 29.** Muhtemel Görülen Tanılara Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 30.** Acil Servisteki Son Durumlarına Göre Hastaların Dağılımı

**Tablo 31.** Yatış Yerleri Açısından Hastaların Dağılımı

**Tablo 32.** Acil Serviste Değerlendirildikleri Bölüme Göre Hastaların Dağılımı

## II. KISALTMALAR

<b>ABD</b> .....	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ADBG</b> .....	Ayakta direkt batın grafisi
<b>AKG</b> .....	Arteriyel kan gazı
<b>BFT-e</b> .....	Böbrek fonksiyon testleri ve elektrolit
<b>B-HCG</b> .....	Gebelik testi
<b>BBT</b> .....	Beyin tomografisi
<b>BT</b> .....	Tomografi
<b>CBC</b> .....	Tam kan sayımı
<b>DEÜTFH</b> .....	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
<b>DİE</b> .....	Devlet istatistik enstitüsü
<b>DM</b> .....	Diabet mellitus
<b>DSÖ</b> .....	Dünya sağlık örgütü
<b>EKG</b> .....	Elektrokardiyografi
<b>ES</b> .....	Emekli sandığı
<b>GİS</b> .....	Gastrointestinal sistem
<b>HL</b> .....	Hiperlipidemi
<b>HT</b> .....	Hipertansiyon
<b>İYE</b> .....	İdrar yolu enfeksiyonu
<b>KAH</b> .....	Koroner arter hastalığı
<b>KBY</b> .....	Kronik böbrek yetmezliği
<b>KCFT</b> .....	Karaciğer fonksiyon testleri
<b>KKY</b> .....	Konjestif kalp yetmezliği
<b>KOAH</b> .....	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

<b>KVS</b> .....	Kardiyovasküler sistem
<b>LP</b> .....	Lomber ponksiyon
<b>LSV</b> .....	Lumbosakral vertebra
<b>MI</b> .....	Myokard enfarktüsü
<b>NSAİİ</b> .....	Non-steroid antiinflamatuvar ilaç
<b>SD</b> .....	Standart sapma
<b>SPSS</b> .....	Statistical package for social sciences
<b>SSK</b> .....	Sosyal sigorta kurumu
<b>SSS</b> .....	Santral sinir sistemi
<b>SVO</b> .....	Serebrovasküler olay
<b>TİT</b> .....	Tam idrar tetkiki
<b>USG</b> .....	Ultrasonografi
<b>ÜSYE</b> .....	Üst solunum yolu enfeksiyonu



### **III. ÖZET**

#### **Bir Aylık Dönemde Acil Servise Başvuran Yaşlı ve Genç Hastaların Acil Servis Başvurularının Karşılaştırılması**

Dr. Seyran Bozkurt

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp AD İnciraltı-İZMİR

Tlf: 232 412 27 01

**AMAÇ:** Bir aylık dönemde acil servise başvuran yaşlı (65 yaş üstü) ve genç (17-64 yaş) hastaların sosyo- demografik özellikleri, başvuru şikayetleri ve acil servis yaklaşımlarının karşılaştırılması.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (DEÜTFH) Acil Tıp Anabilim Dalı' nda bir Mayıs 2005- 31 Mayıs 2005 tarihleri arasında acil servise başvuran tüm hastalar çalışmaya alınarak yapıldı. Hastaların sosyo- demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, acil servis yaklaşımlarını içeren veri toplama formu düzenlenerek kesitsel, analitik çalışma yapıldı.

**BULGULAR:** Araştırma süresi boyunca acil servise 2880 hasta başvurdu. Yüz yetmiş beş hasta verileri eksik olduğu için çalışmadan çıkartıldı. Çalışmaya dahil edilen 2705 hastanın 2105'i (%78) 17-64 yaş grubunda, 600'ü (%22) ise 65 yaş ve üzeri grupta idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 1550'si (%57) kadın, 1155'i (%43) erkek olup her iki yaş grubunda kadınların acil servise başvurusu erkeklere göre daha fazla bulundu. Genç yaş grubunda hastaneye başvuranların yaş ortalaması  $38.8 \pm 13.82$ , 65 yaş ve üstünde ise yaş ortalaması  $74.16 \pm 8.17$  olarak hesaplandı. Başvuran hastaların 1819'unun (%68) sağlık güvencelerinin Emekli Sandığı (ES) (yaşlılarda %83.8 (n=503), 17-64 yaş grubunda %62.5 (n=1316)) olduğu

tespit edildi. Genç yaş grubunun %98'inin (n=2056), 65 ve üzeri yaş grubunun ise %88'inin (n=538) okur yazar olduğu saptandı. Yaşlıların yalnız, bakıcı, bakımevinde yaşama oranları 17-64 yaş grubuna göre daha yüksek bulundu. Genç yaş grubunda evli olanların, 65 yaş ve üstü grubunda dul olanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Her iki yaş grubunda da en sık rastlanan şikayetlerin gastrointestinal sistem (GİS) ile ilgili olduğu tespit edildi. Genç yaş grubundan 1789 (%85) hasta bakı birimlerinde değerlendirilirken, 65 ve üstü yaş grubu hastalarının 247'si (%41) daha yoğun bakım gerektiren bölümlerde değerlendirildiği ortaya çıktı. Altmış beş yaş ve üstündeki hastalarda laboratuvar tetkik sayısı 17-64 yaş arasındakilere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Radyolojik tetkik istenme oranı açısından istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Konsültasyon istenme oranı yaşlı grupta anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Altmış beş yaş üstü grupta acil servisten ayrılırken muhtemel görülen tanılarında en sık kardiyovasküler sistem (KVS) hastalığı, genç yaş grubunda ise en sık spesifik olmayan tanılar bulunmaktadır. Hastaneye yatışın genç yaş grubunda %6 (n=133), 65 ve üstü yaş grubunda ise %18 (n=106) olduğu görüldü. Hastaların acilde kalış süreleri değerlendirildiğinde yaşlıların daha fazla kaldığı saptandı.

**YORUM:** Gençlerle kıyaslandığında yoğun bakım gerektiren bölümlerde daha uzun süre kalmakta, daha fazla konsültasyon istenmekte, daha sık yatırılmakta, acil serviste daha fazla kalmaktadırlar. Geriatrik hasta popülasyonu yüksek olan acil servislerin hizmet anlayışlarını bu özelliklere göre düzenlemeleri uygun olur.

**ANAHTAR KELİMELER:** Yaşlı hasta, genç hasta, acil servis, sosyo-demografik özellik

#### IV. SUMMARY

##### **Characteristics of Geriatric Patients in Emergency Department.**

Seyran Bozkurt, MD

Dokuz Eylül University Hospital

Dept. of Emergency Medicine,

Inciraltı-Izmir

Tel: +90 (232) 412 27 01

**OBJECTIVE:** To compare the social demographics and emergency department management of geriatric patients.

**METHOD:** This prospective, analytic, cross sectional research was conducted in Dokuz Eylül University Hospital (DEUTFH) Department of Emergency Medicine during a one-month period between May, 01 and May, 31 2005. All patients who admitted to emergency department were included to the study except with inadequate chart data. Patients were grouped as Geriatric group (age  $\geq$  65 years) and Younger group (age between 17-64 years)

**RESULTS:** A total 170 of 2,880 patients were excluded because of inadequate chart data. Younger group had 2,105 (78%) and Geriatric group had 600 (22%) of 2,705 patients. Women were admitted to emergency department more than men in both groups and also in total study population (1,550 (57%) female). Median age was  $38.8 \pm 13$  years in Younger group and  $74.16 \pm 8$  years in Geriatric group. The rate of living alone, with a care-taker or in a nursing home was higher in Geriatric group than in Younger group. The most common complaints of both Younger group and Geriatric group were related with gastro intestinal system disorders. The rate of usage of critical care beds in emergency department was higher in Geriatric group (41% vs. %15). The rates of laboratory tests and consultation orders, but

not radiological tests were significantly higher in Geriatric group than Younger group. The most common diagnosis was cardiovascular system disorders in Geriatric group and nonspecific complaints in Younger group. The rate of admissions to the hospital was higher in Geriatric group (18% vs. 6%). Also Geriatric group's length of stay in emergency department was longer than Younger group.

**CONCLUSION:** Geriatric group has longer length of stay, and higher rate of consultation orders, admission to hospital and usage of critical care beds in emergency department.

**Keywords:** Geriatric, emergency department, social demographics

## V. GİRİŞ ve AMAC

Toplumların yaşlanması büyük oranda 20. yüzyılla gelen bir kavram olmuştur. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan yaşlı nüfus ve yaşam beklentisi, sağlık hizmetlerinin sunumundan sosyal güvenlik ve çalışma haklarına kadar doğrudan doğruya nüfusun yaş dağılımının değişmesi ile ilgili çok sayıda sosyopolitik sorunla gelişmiş toplumları yüz yüze bırakmıştır (1). Son 20- 30 yıl içinde, doğum hızı ve bebek ölümlerinde azalma, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve bunlardan ölümlerin azalması, beslenme ve yaşam standardındaki gelişmeler, beklenen yaşam süresinin artmasına yol açmıştır. Yaşlıların hem sayıca, hem de oransal artışına yol açan bu durum, pek çok ülkede farklı derecelerde görülmekte ve sosyal, politik, ekonomik problemler doğurmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılık, mental ve fiziksel fonksiyonlardaki yetersizliklerin belirgin biçimde arttığı dönemdir (2). Yirminci yüzyılın sonunda dünyada yaşlılarda yaşam beklentisi artmış ve doğum hızları azalmıştır. Bu durum, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranını oldukça arttırmıştır (3).

Türkiye Avrupa ve Ortadoğu ülkeleri baz alındığında bölgedeki en genç popülasyona sahip ülkedir. DSÖ değerlendirmesinde ülkemizde sağlıklı yaşam beklentisi erkeklerde 61.2, kadınlarda 62.8, beklenen yaşam süresinin ise sırasıyla 67.9 ve 72.2 olarak belirtilmiştir. 2020 yılında ise ortalama yaşam süresinin 73.9 (erkeklerde 71.4, kadınlarda 76.6) yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir (4,5). Türkiye'de 1985 yılında %4.2 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun, 2000'de %5.6 olduğu görülmektedir. 2020 yılında ise bu oranın %7.7'ye yükselmesi beklenmektedir. Aynı şekilde, 2002 yılında 68.5 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2020 yılında 73.9 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir (5,6).

Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte, bu yaş grubuna özel sorunlar belirmektedir. Bunların başında sağlık problemleri gelmekte ve sosyal problemler buna eşlik etmektedir. Yaşlılık dönemindeki sosyal ve fiziksel koşullar diğer yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Bu dönemde kan basıncı değişiklikleri, kas gücünde, kemik kitlesinde ve solunum kapasitesinde azalma, bağışıklık sistemin zayıflaması, beslenme bozuklukları, kanser baskılayıcı genlerin çalışmasında azalma ve bazı hormonal değişiklikler olur. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalık insidansının artmasına bağlı olarak sakatlık ve yetersizlikler ortaya çıkmakta, bunların sonucu olarak ilaç tüketimi ve sağlık kurumlarının kullanımı artmaktadır. Bu özellikleri ile diğer yaş gruplarından farklılıklar gösteren yaşlılar, toplumun özel önem verilmesi gereken bir grubunu oluşturmaktadır (1,7). Ülkemizde yaşlı sağlığı ile ilgili sorunların başında bugüne kadar bu grubun önemsenmemesi gelmektedir. Primer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik önlemler ve geriatri konusunda uzmanlaşma yetersizdir. Ülkede kronik hastalıklara ve yaşlı bakımına yönelik herhangi bir politikanın olmaması, sosyal, ekonomik ve sağlık bakımından hizmet sunumunda eşgüdüm sağlanamaması ana sorunları teşkil etmektedir (8).

Popülasyondaki oranları düşük olmasına rağmen acil servislere başvuran 65 yaş üstü hasta sayısı her geçen gün artış göstermektedir (9,10). Yaşlı hastalar acil tıp için özel bir popülasyondur. Yaşlı hastalara yaklaşımda; ana şikayete odaklanıldığı zaman hayatı tehdit eden diğer hastalıklar atlanabilir. Yaşlı hastalar daha kompleks problemlerle acil servise başvurdıkları gibi, daha yoğun bir hizmete gereksinim duyarlar, daha fazla radyolojik ve laboratuvar işlemine tabi tutulurlar ve acil serviste daha uzun süre kalırlar. Ek olarak diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda hastane ve yoğun bakım yataklarına yatırılırlar (10,11,12). Değişmiş hastalık prezentasyonları ve farmakodinamiler, fonksiyonel kapasitedeki

azalma, sosyal problemler gibi yaşın getirdiği fizyolojik değişiklikler yaşlı hastaların acil servis yönetimine ek bir yük getirmektedir (13).

Bu çalışmada bir aylık dönemde acil servise başvuran yaşlı (65 yaş üstü) ve genç (17-64 yaş) hastaların sosyo-demografik özellikleri, başvuru Şikayetleri ve acil servis yaklaşımlarının karşılaştırılmasını amaçladık.

## **VI. GENEL BİLGİLER**

### **VI. A. Tanım**

DSÖ' nün psikogeriatrik bilimsel grubu, bu yaşam periyodunu önceki dönemlerle karşılaştırdığında, mental ve fiziksel fonksiyonlardaki yetersizliklerin belirgin biçimde arttığı dönem olarak tanımlamış ve grup yaşlılığın başlangıcı için 65 yaş sınır olarak belirlemiştir (2).

Yaşlılığın herkes tarafından kabul gören ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Sıklıkla yaşlılık, fizyolojik yaşlılık, ekonomik yaşlılık ve kronolojik yaşlılık tanımları kullanılmaktadır. Kronolojik yaşlılık, yaşlılıkla ilgili en sık kullanılan tanımdır. Kronolojik yaşlılık da kendi içinde birkaç grupta incelenir. Sıklıkla emekliliği takip eden dönem olarak kabul edilen "genç yaşlılık" dönemi 65-74 yaş grubudur. Fonksiyonel kayıpların görülmeye başladığı 75-84 yaş dönemi "ileri yaşlılık" ve özel bakım ya da yardımcıya gereksinimin olduğu 85 yaş ve üzerindeki dönem ise "çok ileri yaşlılık" olarak tanımlanmıştır (7).

### **VI. B. Toplumların Yaşlanması**

Yirminci yüzyılda eğitim ve beslenmenin düzeltilmesi, enfeksiyon hastalıklarının insidansının düşürülmesi, çocuk ve anne ölümlerinin azaltılması ile doğumda beklenen yaşam süresi artmıştır. Dolayısıyla bu artış genel nüfus içindeki yaşlı yüzdesinin artması sonucunu doğurmaktadır.

**Doğumda beklenen yaşam süresi:** Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı.

Doğumda beklenen yaşam süresi genel olarak tüm dünyada artarken (Tablo 1), bazı ülkeler arasındaki doğumda beklenen yaşam süreleri farklılıklar göstermektedir. Yıllar geçtikçe



gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkeler arasındaki doğumda beklenen yaşam sürelerinin farklılıkları azalmaktadır (8,15-17). (Tablo 2)

**Tablo 1.** Dünyada Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

	1950-1955	1970-1975	2000-2005	2015-2020
<b>Dünya</b>	46.6	58.1	65.4	68.9

**Tablo 2.** Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

	1950-1955	1970-1975	2000-2005	2005-2020
<b>Gelişmiş ülkeler</b>	66.5	71.0	75.6	76.2
<b>Az gelişmiş ülkeler</b>	40.9	55.5	63.4	64.6

1990 Yılında, Türkiye' de doğumda beklenen yaşam süresi 66.4 iken, 2000 yılında 68.0 olarak bildirilmiştir (6,14).(Tablo 3)

**Tablo 3.** Türkiye'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

	1990	2000	2005	2020-2025
<b>Toplam</b>	66.4	68	69.3	71.3
<b>Erkek</b>	64.2	65.8	67.1	69.3
<b>Kadın</b>	68.7	70.4	71.7	74.2

Gelişen yaşam koşulları ve insan değerinin daha iyi anlaşılmasına koşut olarak tüm dünyada yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 1997 yılı verilerine göre dünya nüfusu yaklaşık altı milyardır ve dünya nüfusu gittikçe yaşlanmaktadır. Birleşmiş Milletlerin tahminlerine göre,

1950'lerde tüm dünyada 200 milyon yaşlı, 1975'de 350 milyona, 2000 yılında 590 milyona ulaşmış ve 2050 yılında ise bir milyar yüz milyona ulaşacağı beklenmektedir. Türkiye'de ise 2000 ve 2004 yıl ortası nüfus tahminlerine göre 65 yaş ve üzeri grubun üç milyon 167 binden, dört milyon 78 bine çıktığı gözlenmektedir. Bu da ekonomik ve sosyal olarak desteklenmesi gereken kişi sayısı ve oranının artması demektir (3,7,14,18,19).

Genel olarak toplumdaki tüm yaş gruplarının nüfusu artmakla birlikte, yaşlı nüfus artış hızı diğerlerinden daha yüksektir. 1996'dan 2020 yılına kadar olan süreçte, tüm dünyada toplam nüfus artış hızı 1.1, yaşlı nüfus artış hızı ise 2.6 olarak hesaplanmaktadır. Doğurganlıktaki azalma, gerek bebek gerekse kaba ölüm hızındaki düşüşle birlikte toplumların yaşlı nüfusu ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı artmıştır. Dünya da 65 yaş ve üzeri nüfusun 2000 yılında %6.9, 2005 yılında %7.4, 2020 yılında ise %9.4 olacağı tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1985'de % 11.7 olan 65 ve üzeri yaş grubu oranının 2005'de %12.3 ve 2030 yılında %19.2'ye ulaşacağı hesaplanmaktadır. Türkiye'de Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) nüfus sayım sonuçlarına göre, 65 yaş ve üzeri nüfus 1985'te %4.2, 1990'da %4.3, 1997'de %4.7, 2000 yılında ise %5.6 olarak saptanmıştır, bu eğilimin 2020 yılında %7.7'e ulaşması beklenmektedir. Nüfus yalnızca yaşlanmakla kalmamakta, yaşlı nüfusun kendi içindeki görünümü de değişmektedir. Yaşlıların daha uzun yaşaması ve ileri yaşlarda mortalitede ki düşüş 75-84 ve 85 üzeri grupta artışa neden olmaktadır. Dünyada 80 yaş üzeri 2000 yılında %1.2, 2005 yılında %1.3, 2020 yılında ise %1.9 olacağı tahmin edilmektedir (2,6,8,16,19-23).

## **VI. C. Fizyolojik Değişiklikler**

### **VI. C. 1. Gastrointestinal sistem**

Yaşlanmayla birlikte hücre sayısı (efektif emilim yüzeyi), motilite ve sfinkter aktivitesi,

kan akımı, bazal ve uyarılmış mide asidi salınımı azalır (zayıf asit olan barbitüratlar böylece kanda artar). Mide asidindeki azalmaya bağlı olarak hızlanması beklenen mide boşalması, motilitedeki, yavaşlamaya bağlı olarak uzar. Bu etkiler sonucunda gastrik ülser riski ve perforasyon riski artar. Yaşlanmayla tiamin, kalsiyum emilimi azalır (24).

#### **VI. C. 2. Renal sistem**

Yaşlanmayla nefron sayısının azalmasına bağlı olarak glomerüler filtrasyon hızında %50'e varan azalmaların yanı sıra; renal plazma akımındaki düşmeler, idrar konsantrasyonunu; böbrekleri sodyum tutmasında azalma gibi yapısal ve fonksiyonel gerilemeler, ilaçların böbrek yoluyla atılımını negatif yönde etkiler. Bu nedenle ilaçların plazma düzeyleri yükselir ve yarı ömürleri uzar. Renal vazopressin yanıtta azalma sonucu dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu görülür (24,25).

#### **VI. C. 3. Kardiyovasküler sistem**

Yaşlanmayla birlikte kardiyak rezerv azalır. Kollajen ve diğer yapısal elemanların yaşlanması arteriel sistemde elastisite kaybına ve periferel rezistansta artmaya yol açar. Yaşlanmanın etkisiyle myokardial relaksasyon bozulur ve kalbin diastolik fonksiyonu engellenir. Yaşlı hastalarda inotropik ve kronotropik yanıt baskılanması sonucunda maksimum kalp hızı azalır. Ventriküler kontraksiyon azalır. Ventrikül dolumu azalır. Diastolik kan basıncının azalması koroner damarların perfüzyonunu azaltarak zaten hipertrofiye uğramış ve duvar gerilimi artmış ventrikül kasının iskemisine neden olur (25,26)

#### **VI. C. 4. Kas-iskelet sistemi**

İlerleyen yaşla birlikte kas kitlesi buna bağlı olarak kas gücü ve kas aktivite seviyesi azalır. Kas için gerekli yeterli protein alınmaması yaşlılarda kas atrofisinde etkindir. Sonuçta düşmeler ve bunu takip eden ciddi yaralanmalar ileri yaşlarda yaygındır. Fibrokartilajenöz ve

sinovyal dokuda azalma gelişir, eklem kırırdağında kalsifikasyon görülür. Bu fizyolojik durum eklem instabilitesi ve ağrıya yol açar. Kemik kitlesi ve kemik kuvvetinde azalma belirgin travma olmadan fraktürlere yol açar (25,27).

#### **VI. C. 5. Solunum sistemi**

Yaşlanmayla beraber akciğerlerde elastisite kaybı, ventilasyon-perfüzyon dengesinde bozulma olur. İlerleyen yaşla beraber vital kapasitede, zorlu ekspiratuvar volüm ve maksimum solunum kapasitesinde azalma, fonksiyonel rezidüel kapasite ve rezidüel volümde artma gelişir. Yine ileri yaşlarda beynin solunum merkezinde, aortik ve karotid oksijen reseptörlerindeki dejeneratif değişiklikler, kandaki oksijen ve karbondioksit değişikliklerine cevabı azaltırlar (25,28).

#### **VI. C. 6. Nörolojik sistem**

Özellikle gri cevherde ve büyük bir kısmı nöron yıpranmasını yansıtan bir kayıp sonucu beyin dokusunda azalma olur ve beyin doku kitlesindeki kayıp ile orantılı olarak serebral kan akımı azalır. Dopamin gibi nörotransmitterler azalır. Otonom sinir sistemi cevabı yavaşlar. Refleks iletim hızı azalmış ve refleksler yavaşlamıştır (28).

Diğer fizyolojik değişiklikler Tablo 4'te değinilmiştir (25).

**Tablo 4.** Yaşlanmada Fizyolojik Değişiklikler Ve Potansiyel Etkileri

<b>Fizyolojik değişiklik</b>	<b>Potansiyel etki</b>
<b>Sinir sistemi</b>	
Kan beyin bariyerinin etkinliğine azalma	Menenjit riskinde artış
	İlaçlara abartılı yanıt
Vücut ısı değişikliklerine yanıtta azalma	Bozulmuş termoregülasyon
Otonomik sistem fonksiyonlarında değişiklikler	Kan basıncı değişiklikleri ortostatik hipotansiyon riski
	Eretil fonksiyonlarda azalma
	İdrar inkontinansı
Nörotransmitterlerde değişiklikler	Kompleks mental fonksiyonlarda azalma
<b>Cilt / mukoza</b>	
Cilt tabakalarında atrofi	Bariyer özelliğinde azalma
	Yaralanma riskinde artış
	Enfeksiyon riskinde artış
Ter bezi sayı ve aktivitesinde azalma	Hipertermi potansiyeli
<b>Kas iskelet sistemi</b>	
İlerleyici kemik kaybı	Kırık riskinde artma
Fibrokartilajenöz ve sinoviyal dokuda azalma	Eklem instabilitesi ve ağrı
	Denge ve hareket bozuklukları
Vücut kitlesinde azalma	Farmakokinetik değişiklikler
Yağ doku oranında artış	Farmakokinetik değişiklikler
<b>İmmün sistem</b>	
Hücre aracılıklı immünitede azalma	Kanser gelişebilirliğinde artış
	Latent hastalıkların reaktivasyonuna eğilim
Antikor titrelerinde azalma	Enfeksiyon riskinde artış
<b>Kardiyovasküler sistem</b>	
İnotropik yanıtta azalma	Myokardiyal duvar stres yanıtı etkinliğinde azalma
Kronotropik yanıtta azalma	Maksimum kalp hızında azalma
Periferik vasküler dirençte artış	Kan basıncında artış
Ventrikül dolumunda azalma	Organ perfüzyon değişiklikleri
<b>Solunum sistemi</b>	
Vital kapasitede azalma	
Akciğer/hava yolu kompliansında azalma	Artmış hava yolu rezistansı
Hiperkapni ve hipoksemiye kemoreseptör	Hızlı dekompanasyon potansiyeli
Solunum çabasında azalma	parsiyel oksijen basıncında azalma, karbondioksitte artma
Diffüzyon kapasitesinde azalma	parsiyel oksijen basıncında azalma
<b>Hepatik fonksiyonlar</b>	
Hepatik hücre kitlesinde azalma	Rejenerasyon kabiliyetinde azalma
Hepatik kan akımında azalma	Farmakokinetik değişiklikler
Mikrozomal enzim aktivite değişiklikleri	Farmakokinetik değişiklikler

**Tablo 4.** Yaşlanmada Fizyolojik Değişiklikler Ve Potansiyel Etkileri (**devam**)

<b>Renal sistem</b>	
Renal hücre kitlesinde azalma	İlaç eliminasyonunda azalma
Bazal membranda kalınlaşma	İlaç eliminasyonunda azalma
D vitamini hidroksilasyonunda azalma	Hipokalsemi ve osteoporoz riski
Toplam vücut suyunda azalma	Farmakokinetik değişiklikler
Susuzluk yanıtında azalma	Dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu riski
Renal vazopressin yanıtında azalma	Dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu riski
<b>Gastrointestinal sistem</b>	
Mide mukozada azalma	Mide ülseri riskinde artış
Azalmış bikarbonat sekresyonu	Mide ülseri riskinde artış
GİS kan akımında azalma	Mide ülseri riskinde artış
Epitelyal hücre rejenerasyonunda azalma	Uzun iyileşme zamanı

#### **VI. D. Farmakolojik Etkiler**

Yaşlanmayla birlikte farmakokinetik değişiklikler meydana gelir. Gastrointestinal motilite ve kan akımı değişir, vücut kitlesi azalır, yağ doku oranı artar, kreatinin klirensi azalır ve hepatik kan akımı azalır; bunların tümü ilaçların absorpsiyonu, dağılımını ve klerensini değiştirebilir. Yaşlı hastalar çok sayıda ilaç kullandıkları için ilaç etkileşimleri ve yan etkileri önemli problemlerdir. Yaşlı kişilere ortalama 4.5 ilaç reçete edilmektedir. Ayrıca kendiliğinden aldığı ilaçlar da 2.1'dir. Bakımevlerinde bu sayı 7.2'ye çıkabilir. Üniversite hastanelerinde yapılan çalışmalar göstermiştir ki yaşlı hastaların %49'una acilden taburcu edilirken yeni en az bir ilaç reçete edilmiştir ve bu hastaların % 18'inde yeni reçete edilen ilaca bağlı gelişme potansiyeli olan ilaç etkileşimleri ile sonuçlanmıştır. Acil doktoru bilmeden bu duruma katkıda bulunabilir. Ek olarak yaşlı hastalarda değişmiş olan farmakoloji acilde uygulanan ilaçlara dikkat edilme zorunluluğunu beraberinde getirmiştir. Bu özellikle

sedatif-hipnotik ve narkotikler için önemli bir noktadır. Burada uyulması gereken en önemli kural uygulanacak yada verilecek ilacın düşük dozda başlanıp yavaş ve dikkatlice artırılmasıdır (21,25).

Narkotikler ve sedatif-hipnotik ilaçlar başta olmak üzere kavrama yeteneğini azaltırlar, kaza ve düşme riskini artırırlar. Diüretikler dehidratasyona ve elektrolit imbalansına neden olabilirler, reçete edilirken dikkatli olunmalıdır. Non steroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) özellikle yaşlılarda ciddi ve ölümcül olabilen yan etkilere sebep olabilir. NSAİİ toksisitesi; azotemi, hipertansiyonun (HT) artışı, konjestif kalp yetmezliği (KKY) ile sonuçlanabilen sodyum retansiyonu şeklinde olabileceği gibi GIS toksisitesine bağlı GIS kanamasından perforasyonuna kadar değişen bir spektrumda yan etkiler meydana gelebilir. Çalışmalar göstermiştir ki hastaneye yatırılan yaşlıların %13- 30'unda ilaç yan etkileri veya ilaç etkileşimleri hastaneye yatışlarında primer veya majör rol üstlenmiştir (21,25).

#### **VI. E. Yaşlılarda Morbidite-Mortalite**

Kalp hastalıkları yaşlılarda en sık hastaneye yatış ve ölüm sebebidir. Yaşla birlikte artmış periferik vasküler rezistans HT riskini artırır. Atheroskleroz en sık kalp hastalığı sebebidir. Bunun yanında serebrovasküler olay (SVO), mezenterik iskemi, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu, aort anevrizması gibi durumların da riskini artırır (25). Pek çok malign hastalık insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Kanser yaşlı hastalarda ikinci en sık hastaneye yatış ve ölüm sebebidir. Bağışıklık sistemindeki baskılanma sonucu kanser sıklığı artış göstermektedir. Elli yaşa kadar malignite kadınlarda daha fazla görüldüğü halde, bu yaştan sonra erkeklerde giderek artmakta ve 85 yaşa ulaşıldığında kanser mortalite hızları erkeklerde kadınların iki katına ulaşmaktadır. Ülkemizde toplanan verilere göre erkeklerde ölüme yol açan malign hastalıklar arasında akciğer, mide, barsak ve prostat ilk dört sırayı almaktadır. Kadınlarda ölüme yol açan malign hastalıklar; akciğer, meme, mide ve barsak

olmak üzere ilk dört sırayı almaktadır. Malign geriatric hastalıkta mortalite hızlarının daha yüksek oluşu; kısmen tanının daha geç evrelerde konabilmesi, eşlik eden hastalıkların yeterli tedavi olanaklarını ortadan kaldırması ile açıklanabilir (25,29).

Yaşlılıktaki travma ölüm hızının %4.5 ile %29 arasında değiştiği görülmektedir. Travma tipleri içinde yaşlılıkta en sık rastlanılanı düşmelerdir. Motorlu taşıt kazaları ikinci en sık nedendir. Altmış beş yaş üstü popülasyonda travmaya bağlı ölümler en sık motorlu taşıt kazalarında görülür. ABD’de yapılan bir araştırmada yaşlı sürücülerden oluşan gruptaki trafik kazalarının %50’sinin yaşlılığa bağlı hatalardan oluştuğu anlaşılmıştır. Yaşlılıkta daha az ciddi travmanın bile daha yüksek mortalite ile seyrettiği gösterilmiştir. Yaşlılıkta düşme sorunu %25 oranında altta yatan bir patolojiye bağlıdır. Düşmelerin %17.5-47’sinde ciddi yaralanmalar olur, ancak en sık oluşan patolojiler kalça ve üst ekstremitte kırıklardır. Yaşlı kadınlarda bu travma ile karşı karşıya kalma riski aynı yaş erkeklerle göre üç kat daha fazladır. Aynı yaş erkeklerde aynı mekanizma ile oluşan travmada mortalite kadınlara göre daha fazladır. Major travma olgularına baktığımızda, geriatric hastaların tüm yaş grupları içinde %8-15 oranında olduğunu görmekteyiz. Oran düşük olsa da bu yaş grubunda mortalitenin çok yüksek olduğunu görüyoruz. Geriatric hastalarda kronik yakınmaların olması, kardiyopulmoner ve renal sistemde sınırlı fizyolojik yapının varlığı, multitravma resusitasyonunu başarısız kılabilir. Solunum desteği için daha hızlı hareket etmemiz gerekirken, volüm açığının kapatılması içinde çok seri ve dikkatli davranılmalıdır. Hemodinamik kompensasyon mekanizmaları ve end organ yanıtı azaldığından, geriatric hastalarımız şok tablosunu kolayca tolere edemez. Kafa travmasına bağlı olarak geriatric hastalarda subdural hematoma tablosu kolayca gelişebilir ve kronik subdural hematoma oluşabilir. Bu da karşımıza ilerleyen demans tablosu ile çıkabilir. Osteoartrit, osteoporoz ve artmış ankiloz nedeniyle travmaya bağlı olarak kolayca servikal fraktür gelişebilir. Mevcut



pulmoner patolojiler, toraks duvarının zayıflaması nedeniyle de akciğer kontüzyonu, kot fraktürü ve bunlara bağlı gelişen atelektazi, pnömoni gibi komplikasyonlar sıkça saptanmaktadır (21,30).

Yaşlı hastalarda enfeksiyon daha sık görülür, mortalite ve morbidite oranı daha yüksektir. Enfeksiyon hastalıkları genel olarak 65 yaş üstü kişilerde hastaneye yatışa neden olan en sık on hastalık, ölüme neden olan hastalıklar arasında ise en sık 5 hastalıktan biridir. Enfeksiyon riskinin artmasının en önemli nedenleri arasında yaşlanmasının yanı sıra immün yapının ve yanıtın yaşla birlikte değişmesi sayılabilir. Hastanede uzun süre yatmaya bağlı olarak da bu yaş grubunda hastane enfeksiyon riski artmaktadır. Bu nedenle hastanede yatış süresini azaltmak, kateterizasyon ve buna benzer girişimleri en aza indirmeyi hedeflemek, bu yaş grubunda çok önemlidir (21,31).

İleri yaşlarda depresyon insidansı artmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar yaşlı hastalarda sıklıkla atipik biçimlerde kendini gösterir. Depresyon en sık sorundur kendini ajitasyon, anksiyete ve somatizasyon ve ek olarak her zamanki vejetatif semptomlar gösterebilir. Yaşlılarda depresyon sıklıkla kronik hastalıkları, fiziksel hareket kaybı, kavrama fonksiyonlarında azalma, eş yada uzun süreli arkadaşların kaybını veya finansal sıkıntılarını takiben meydana gelir. Sosyal izolasyon ve bağımsızlığın kaybıyla kendini aciz veya umutsuzluk hissetme suicidal düşünce ve girişimlere sebep olabilir. Ek olarak ilaçların yan etkisi veya reversibl fizyolojik durumlara bağlı olarak depresyon gelişebilir (25).

ABD'de hastane istatistiklerine göre 65 ve üzeri grupta en sık başvuru nedenleri; KVS hastalıklar (%29.3), sindirim sistemi hastalıkları (%12.7), neoplazmlar (%11.0), solunum sistemi hastalıkları (%9.9). Hastalık prevalansları yaşla birlikte de artış göstermektedir (2). Türkiye'de ilk beş ölüm nedeni arasında KVS hastalıklar %38.6'lık orantılı ölüm hızı ile ilk sırayı, malign hastalıklar %10.1'lik orantılı ölüm hızı ile ikinci sırayı almıştır.

Serebrovasküler hastalıklar üçüncü, infeksiyon hastalıkları dördüncü, kazalar da beşinci sırada yer almaktadır (29).

#### **VI. F. Yaşlıların Sağlık Sorunları:**

Ülkemizde yaşlı sağlığı ile ilgili sorunların başında bugüne kadar, bu grubun önemsenmemesi gelmektedir. Yaşlıya yönelik birinci basamakta bakım verebilecek personel ve hizmet bulunmamaktadır. Primer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik önlemler ve geriatri konusunda uzmanlaşma yetersizdir. Sosyal, ekonomik ve sağlık bakımından hizmet sunumunda eşgüdüm sağlanamamaktadır. Toplumun konuyla ilgili bilgi düzeyi eksiktir ve yaşlılara uygun çevre düzenlemesi yoktur. Yaşlanmayla birlikte bireyin bedeninde tüm yaşamı boyunca değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler yaşamın erken dönemlerinde iç ve dış koşullara uyumu artırırken, geç dönemlerinde genellikle uyumda azalmaya neden olmaktadır (8,32).

Yaşlılarda gerek yetersiz, gerekse fazla tanıya oldukça sık rastlanmaktadır. Yaşlılarda çeşitli hastalık semptomlarının belirgin olmaması, kimi yaşlıların ve yakınlarının sağlık sorunlarını yaşlılığın gereği kabul etmesi gibi nedenler yetersiz yada fazla tanıya neden olabilmektedir. Yaşlılar sağlık sorunlarının daha az farkına varmaktadırlar. Ayrıca, semptomları inkar etme ya da şikayetlerini ifade etme güçlüğü, sağlık personeline yeterli ilgi gösterilmemesi ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunlar, gençlere göre öğrenim düzeylerinin düşük olması yaşlılıktaki sağlık sorunlarının yükünü arttırmaktadır (21,32,33).

Uzayan yaşam, beraberinde kronik hastalıklar ve bunların komplikasyonlarında artışı getirmektedir. Bazı çalışmalarda 65 yaş üstü bireylerin ortalama dört- altı hastalığı olduğu ve yatan hastaların günde ortalama sekiz- on, poliklinik hastalarının ise ortalama üç- sekiz ayrı ilaç kullandıkları gösterilmiştir. Yaşla birlikte artan kronik hastalıklar, bu grubun daha fazla

oranda sağlık kurumlarına başvurmasına neden olmaktadır. Yaşlıların hastanelere başvuru sayıları ile birlikte, hastanede yatış, gün sayıları da artmaktadır. Altmış beş ve üzeri yaş grubunda artan hastalıklar ve beraberinde sağlık hizmetlerinden faydalanmada yükseliş, bu grubun sağlık harcamalarındaki payını da artırmaktadır (2,3,24).

Gelişmekte olan ülkelerde de gelişmiş olan ülkelerdeki gibi 65 yaş üzerinde yaşayanların sayısı artmaktadır. Geleceğe yönelik projeksiyonlarda görülebileceği üzere ülkemiz geleceğinde de yaşlılık sorunları giderek öncelik kazanacaktır. Tanı olanağı arttıka, sağlık kuruluşlarına ulaşabilirlik yükseldikçe belirlenecek sağlık sorunlarıyla ilgili tedavi ve bakım sorunları gündeme gelecektir. Yaşlılarla ilgili sağlık sorunlarının zm ekip hizmeti gerektirir. Pahalıdır, tanı ve tedavi maliyeti yüksektir. Değişmekte olan morbidite ve mortalite paternlerine göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, belki ocuk hekimleri dışında tüm hekimlerimizin yaşlanan bir nüfusun ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim alması, bu konuda üniversitelerde geriatri ve gerontoloji ünitelerinin oluşturulması için akademik kadrolara destek verilmesi ve yaşlanma üzerine araştırmalara denek ayrılması gerekmektedir (1,34).

## **VII. GEREÇ ve YÖNTEMLER**

### **VII. A. Araştırmanın Tipi:**

Kesitsel, analitik çalışma

### **VII. B. Araştırma Evreni:**

01 - 31 Mayıs 2005 tarihleri arasında DEÜTFH acil servisine başvuran tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Bir ay süre boyunca 2,880 hasta acil servise başvurdu ve 2,705 hasta çalışmaya dahil edildi. Yüz yetmiş beş hastanın verileri eksik olduğundan çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma dışı bırakılan hastaların 31'i 65 yaş ve üzerinde idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 600'ü 65 yaş ve üzeri grupta idi.

### **VII. C. Örnek Seçimi:**

Bir aylık dönemde DEÜTFH acil servisine başvuran tüm hastalar çalışmaya alındı, örnek seçimi yapılmadı.

### **VII. D. Değişkenler:**

#### **A- Sosyo-demografik özellikler**

1- Yaş

2- Cinsiyet

3- Öğrenim durumu: okuryazar değil, okur-yazar, ilköğrenim, lise, üniversite

4- Medeni hali: Evli, bekar, dul

5- Sosyal güvencesi: Emekli Sandığı (ES), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur, yeşil kart, özel sigorta, ücretli, diğer (medikososyal, asker, gazi)

6- Yaşayan çocuk sayısı (1,2,3,4 ve 4 üzeri)

7- Yaşam çevresi: Aile, bakıcı, yalnız, bakımevi, diğer (yurt, askeriye)

8- Kronik hastalıkları

9-Kullandığı ilaçlar

10- Alışkanlıkları: Sigara, alkol, ilaç

**B-** Başvuru şikayetleri

**C-** Son 6 ay içinde acil servise başvuru sayısı

**D-**Hastanın değerlendirildiği bölüm (bakı birimleri, monitörlü gözlem, resüsitasyon, kapalı resüsitasyon bölümü)

**E-** İstenilen laboratuvar tetkikleri

1- Tam kan sayımı (CBC)

2- BFT-e: Kan üre azotu, kreatinin, sodyum, potasyum, klor

3- Kardiyak enzimler: troponin I, myoglobin, kreatinin fosfo kinaz, kreatin fosfo kinaz

MB izoenzimi

4- Karaciğer fonksiyon testleri (KCFT): Aspartat amino transferaz, alanin amino transferaz, bilirubinler

5- D-dimer

6- Arteriyel kan gazı (AKG)

7- Kanama profili

8- Amilaz

9-: Tam idrar tetkiki(TİT)

10-Elektrokardiyografi (EKG)

11- İlaç düzeyi

12- Kan alkol düzeyi

13- Kan grubu

14- Gebelik testi (B-HCG)

15- Lomber ponksiyon (LP) tetkikleri: CBC, direkt baki, glukoz, protein

16- İdrarda toksikolojik tarama

17- İdrar elektrolitleri: Sodyum, potasyum, klor

F- İstenilen radyolojik tetkikler

1- Akciğer grafisi (PA-AC, AP-AC grafisi)

2- Ayakta direkt batın grafisi (ADBG)

3- Abdominal ultrasonografi ( Abdominal USG)

4- Pelvis grafisi

5- Servikal vertebra grafisi

6- Lumbosakral vertebra grafisi (LSV) grafisi

7- Dorsal vertebra grafisi

8- Ekstremitte grafileri

9- Beyin tomografisi (BBT)

10- Toraks tomografisi (toraks BT)

11- Abdomen tomografisi (abdomen BT)

12- Vertebra tomografisi (vertebra BT)

13- BT-anjiografi

14- Ekstremitte tomografisi (ekstremitte BT)

15-Dopler USG

**G-** Konsultasyonlar

**H-** Muhtemel görülen tanı

**I-** Acildeki son durum: yatış, taburcu, sevk, kendi isteği ile terk, eksitus

**J-** Yattığı bölüm: Yoğun bakım, servis

**K-** Yattığı bölümün adı

**L-** Acilde kalış süreleri.

#### **VII. E. Veri Toplanması:**

Araştırmanın amaçları doğrultusunda bilgi edinmek için anket yöntemi uygulandı.

Bu çalışma başlangıcında çalışmaya katılacak paramedik, intörn ve acil servis asistanlarına çalışma hakkında eğitim verildi. Acil servise başvurmuş tüm hastalar öncelikle triajdaki paramedik tarafından karşılandı ve hastanın uygun bölüme triajı yapıldı. Hastaların triajı ve tedavisi hiçbir şekilde çalışmadan dolayı geciktirilmedi ve aksatılmadı. Paramedik tarafından hastayı muayene ve tedavi edecek olan acil tıp asistanına haber verildi.

Bir ay süre boyunca acil servise başvuran tüm hastalara triaj için açılan dosya ile birlikte veri toplama formu verildi. Hastaların adı, soyadı, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, sosyal güvencesi, çocuk sayısı, yaşam çevresi, protokol numarası, başvuru tarihi-saati, acil servise başvuru şikayeti, son altı ay içinde acil servis başvuru sayısı, başvuru sırasında vital bulgular tansiyon, nabız ve solunum sayısı, koltuk altı vücut ısısı (°C olarak), özgeçmiş, kullandığı ilaçlar, alışkanlıkları veri formuna yazıldı. Sonrasında rutin acil servis

işleyişi sürdü. İstenilen tetkikler, konsültasyon forma kaydedildi. Yapılan tetkik ve konsültasyonlar sonucunda aldığı tanı-tanımlar, yatış (yattığı servis), taburcu, sevk, ölüm, kendi isteği ile terk forma kaydedildi. Acilden ayrılış tarihi, saati ile beraber not edildi.

Hastaların başvuru şikayetleri ve acil servisten ayrılırken aldıkları tanımlar Hockberger ve arkadaşlarının yaptığı acil servisin klinik uygulama modelindeki sınıflamaya ek olarak hastanemiz acil servisine başvuran hastalarda sık rastlanan şikayetler ve tanımlar eklenerek düzenlendi (35). Kullanılan ilaçlar ise ilaç indeksindeki sınıflamaya göre düzenlendi.

#### **VII. F. Analiz yöntemi:**

Verilerimizin istatistiksel değerlendirilmesi yapılırken kategorik değişkenlerimizin karşılaştırılmasında Chi-square (ki-kare) test ve Fisher's exact test, sayısal değişkenlerimizin karşılaştırılmasında Independent samples t test ve Mann-whitney U test istatistiksel analizleri kullanıldı. Kategorik değişkenlerimiz sayı ve yüzde, sayısal değişkenlerimiz ortalama± standart sapma (SD) olarak özetlendi.

Tüm analizler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, v. 11.0 istatistik paket programında %95 güvenle yapıldı.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



## **VIII. BULGULAR**

Araştırma süresi boyunca 2,880 hasta acil servise başvurmuş ve başvuran hastaların 631'i (%22) 65 yaş ve üzeri (yaşlı), 2,249 (%78) hasta 17-64 yaş (genç) hasta grubunu oluşturmaktadır. Yüz yetmiş beş hastanın verileri eksik olduğundan çalışmaya dahil edilmedi. Bulgular çalışmaya dahil edilen 2,705 (%94) hastanın verilerinin değerlendirilmesi ile elde edildi. Çalışmaya dahil edilen 2705 hastanın 2,105'i (%78) 17-64 yaş grubunda, 600 'ü (%22) 65 yaş ve üzeri grupta idi.

### **VIII. A. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular**

**Tablo 5.** Cinsiyete Göre Hastaların Dağılımı

		<b>17-64 yaş</b>	<b>65 yaş ve üstü</b>	<b>p</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b>	891 (42.3)	264 (44.0)	0.465
	<b>Kadın</b>	1214 (57.7)	336 (56.0)	
	<b>Toplam</b>	<b>2105 (100)</b>	<b>600 (100)</b>	

Çalışmaya dahil edilen hastaların %57'si kadın, %43'ü erkek olarak tespit edildi. Her iki yaş grubunda kadınların acil servise başvurusu erkelere göre daha fazla bulundu. Yaş gruplarımızda cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 5).

Çalışmaya dahil edilen hastalarda yaş ortalaması  $46.67 \pm 19.44$  (aralık 17-95) olarak bulundu. Genç yaş grubunda hastaneye başvuranların yaş ortalaması  $38.8 \pm 13.82$  olarak hesaplandı. Altmış beş yaş üstü grupta hastaneye başvuranların yaş ortalaması  $74.16 \pm 8.17$  olarak hesaplandı.

**Tablo 6.** 65 Yaş ve Üstü Yaş Grubundaki Hastaların Dağılımı

Yaş	n	%
65-74 yaş	326	54.3
75-84 yaş	211	35.2
85 yaş üzeri	65	10.5
<b>Toplam</b>	<b>600</b>	<b>100</b>

Genç yaşlıların; ileri ve çok ileri yaşlılara göre başvuru oranlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6).

**Tablo 7.** Sağlık Güvencelerine Göre Hastaların Dağılımı

		17-64 yaş	65 yaş ve üstü	p
		n (%)	n (%)	
Sağlık güvence	ES	1316 (62.5)	503 (83.8)	0.000
	SSK	293 (13.9)	41 (6.8)	
	Bağ-kur	106 (5.0)	25 (4.2)	
	Yeşil-kart	30 (1.4)	5 (0.8)	
	Özel	85 (4.0)	12 (2.0)	
	Ücretli	258 (12.3)	13 (2.2)	
	Diğer	17 (0.8)	1 (0.2)	
	<b>Toplam</b>	<b>2105 (100)</b>	<b>600 (100)</b>	

Çalışma grubundaki hastaların %10'unun bir sağlık güvencesi yoktur. Başvuran hastaların %68'inin sağlık güvencelerinin ES (yaşlılarda %83.8, 17-64 yaş grubunda %62.5) olduğu tespit edildi. Her iki yaş grubunda da sağlık güvence dağılımına bakıldığında ES ilk

sırayı almakta takibinde SSK ve diğer kurumlar bulunmaktadır. Altmış beş yaş ve üstü olanlarda sağlık güvencesi ES olanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 7).

**Tablo 8.** Öğrenim Durumuna Göre Hastaların Dağılımı

		17-64 yaş	65 yaş ve üstü	p
		n (%)	n (%)	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	49 (2.3)	62 (10.3)	0.000
	Okuryazar	52 (2.5)	60 (10.0)	
	İlköğretim	586 (27.8)	289 (48.2)	
	Lise	684 (32.5)	115 (19.2)	
	Üniversite	734 (34.9)	74 (12.3)	
	Toplam	2105 (100)	600 (100)	

Çalışma grubunun öğrenim durumuna bakıldığında %92'sinin bir okul bitirdiği, %96'sının okur-yazar olduğu görülmektedir. Genç yaş grubunun %98'inin, 65 ve üzeri yaş grubunun ise %88'inin okur yazar olduğu görülmektedir. Altmış beş yaş ve üstü olanlarda ilköğretim mezunlarının oranı daha yüksek, üniversite mezunlarının oranı ise anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 8).

**Tablo 9.** Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Hastaların Dağılımı

		17-64 yaş	65 yaş ve üstü	p
		n (%)	n (%)	
Çocuk sayısı	Yok	816 (38.8)	30 (5.0)	0.000
	1	436 (20.7)	49 (8.2)	
	2	554 (26.3)	209 (34.8)	
	3	192 (9.1)	181 (30.2)	
	4	61 (2.9)	68 (11.3)	
	4 ve üzeri	46 (2.2)	63 (10.5)	
	Toplam	2105 (100)	600 (100)	

Çalışmaya dâhil edilen hastaların %28'inin iki yaşayan çocuğa sahip olduğu bulundu. Genç yaş grubunda çocuk sahibi olmayanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Yaşayan çocuk sayısına göre hastaların dağılımı ile diğer bulgular Tablo 9'da olduğu gibidir.

**Tablo 10.** Yaşam Çevresine Göre Hastaların Dağılımı

		17-64 yaş	65 yaş ve üstü	p
		n (%)	n (%)	
Yaşam çevresi	Aile	1915 (91.0)	465 (77.5)	0.000
	Yalnız	142 (6.7)	82 (13.7)	
	Bakıcı	1 (0.0)	7 (1.2)	
	Bakımevi	4 (0.2)	46 (7.7)	
	Diğer	43 (2.0)	0	
	Toplam	2105 (100)	600 (100)	

Genç yaş grubunda olanlarda ailesi ile yaşayanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Yaşlıların yalnız, bakıcı, bakımevinde yaşama oranları 17-64 yaş grubuna göre daha yüksek bulundu ancak istatistiksel anlamlılık bulunmadı (Tablo 10).

**Tablo 11.** Medeni Durumlarına Göre Hastaların Dağılımı

		17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
		n	(%)	n	(%)	
Medeni hali	Evli	1360	(64.6)	346	(57.7)	0.000
	Bekar	622	(29.5)	5	(0.8)	
	Dul	123	(5.8)	249	(41.5)	
	Toplam	2105	(100)	600	(100)	

Medeni durum yaş gruplarında farklılıklar göstermektedir. Genç yaş grubunda evli olanların, 65 yaş ve üstü grubunda dul olanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 11).

**Tablo 12.** 17-64 Yaş Grubunda Medeni Duruma Göre Cinsiyet Dağılımı

		Erkek		Kadın		p
		n	(%)	n	(%)	
Medeni hali	Evli	551	(61.8)	809	(66.6)	0.000
	Bekar	313	(35.1)	309	(25.5)	
	Dul	27	(3.0)	96	(7.9)	
	Toplam	891	(100)	1214	(100)	

Genç yaş grubunda bekar erkek oranı, bekar kadın oranından daha yüksek bulunurken, evlilik oranları açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 12).

**Tablo 13.** 65 ve Üstü Yaş Grubunda Medeni Duruma Göre Cinsiyet Dağılımı

		<b>Erkek</b>		<b>Kadın</b>		<b>p</b>
		<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	
<b>Medeni hali</b>	<b>Evli</b>	212	(80.3)	134	(39.9)	0.000
	<b>Bekar</b>	0		5	(1.5)	
	<b>Dul</b>	52	(19.7)	197	(58.6)	
	<b>Toplam</b>	<b>264</b>	<b>(100)</b>	<b>336</b>	<b>(100)</b>	

Altmış beş ve üstü yaş grubunda erkeklerin evlilik oranı, kadınların ise dul oranı anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 13).

**Tablo 14.** Medeni Duruma Göre Cinsiyet Dağılımı

		<b>Erkek</b>		<b>Kadın</b>		<b>p</b>
		<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	
<b>Medeni hali</b>	<b>Evli</b>	763	(66)	943	(61)	0,000
	<b>Bekar</b>	313	(28)	314	(20)	
	<b>Dul</b>	79	(6)	293	(19)	
	<b>Toplam</b>	<b>1155</b>	<b>(100)</b>	<b>1550</b>	<b>(100)</b>	

Her iki cinsiyette medeni durum dağılımına bakıldığında kadınlarda dul oranının erkeklere göre daha fazla olduğu ortaya çıktı (Tablo 14).

## VIII. B. Komorbid Hastalıklar

**Tablo 15.** Komorbid Hastalıklara Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>KAH</b>	58	(2.8)	126	(21.0)	0.000
<b>Astım</b>	33	(1.6)	5	(0.8)	0.249
<b>KOAH</b>	25	(1.2)	57	(9.5)	0.000
<b>DM</b>	103	(4.9)	133	(22.2)	0.000
<b>HT</b>	294	(14.0)	316	(52.7)	0.000
<b>Ritim Bozukluğu</b>	14	(0.7)	15	(2.5)	0.000
<b>KKY</b>	16	(0.8)	51	(8.5)	0.000
<b>SVO</b>	7	(0.3)	38	(6.3)	0.000
<b>Böbrek yetmezliği</b>	16	(0.8)	10	(1.7)	0.077
<b>Demans</b>	1	(0.0)	21	(3.5)	0.000
<b>Parkinson</b>	1	(0.0)	13	(2.2)	0.000
<b>Alzheimer</b>	0		13	(2.2)	0.000
<b>HL</b>	33	(1.6)	18	(3.0)	0.035
<b>Malignite</b>	40	(1.9)	51	(8.5)	0.000
<b>hipertiroidi</b>	53	(2.5)	10	(1.7)	0.286
<b>Osteoporoz</b>	14	(0.7)	20	(3.3)	0.000
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Çalışmaya dahil edilen hastalarda en sık saptanan üç kronik hastalık; (HT) (%22), diabetes mellitus (DM) (%9), koroner arter hastalığıdır (KAH) (%7). Genç yaş grubunda ilk beş sırada yer alan komorbid hastalıklar sırasıyla HT, DM, KAH, hipertiroidi, astım yer

almaktadır. Altmış beş yaş üstü grupta ilk beş sırada yer alan komorbid hastalıklar sırasıyla HT, DM, KAH, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), malignite ve KKY yer almaktadır. Yaşlı grupta KAH, KOA, DM, HT, ritim bozukluğu, KKY, SVO, demans, parkinson, alzheimer, hiperlipidemi (HL), malignite, osteoporoz oranları anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 15).

### VIII. C. Kullanılan İlaçlar

**Tablo 16.** Kullanılan İlaçlara Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>KVS</b>	284	(13.5)	334	(55.7)	0.000
<b>Antagregan</b>	94	(4.5)	192	(32)	0.000
<b>Antikoagülan</b>	16	(0.8)	24	(4.0)	0.000
<b>Bronkodilatör</b>	42	(2.0)	52	(8.7)	0.000
<b>Endokrin</b>	2	(0.1)	18	(3.0)	0.000
<b>Antidiabetik</b>	70	(3.3)	102	(17.0)	0.000
<b>Antosteoporotik</b>	11	(0.5)	25	(4.2)	0.000
<b>Beyin dolaşım</b>	14	(0.7)	66	(11.0)	0.000
<b>Oral kontraseptif</b>	8	(0.4)	0		0.212
<b>Tiroid ilacı</b>	46	(2.2)	8	(1.3)	0.252
<b>Antidepresan</b>	75	(3.6)	25	(4.2)	0.565
<b>Antidemans</b>	0		26	(4.3)	0.000
<b>GIS</b>	39	(1.9)	29	(4.8)	0.000
<b>NSAII</b>	34	(1.6)	19	(3.2)	0.024
<b>immünsüpresan</b>	29	(1.4)	7	(1.2)	0.848
<b>Antipsikotik</b>	34	(1.6)	9	(1.5)	0.992
<b>Demir</b>	12	(0.6)	2	(0.3)	0.748
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	



Genç yaş grubunda en sık kullanılan beş ilaç grubu sırasıyla KVS, antiagregan, antidepresan, antidiabetik, tiroid ilacı yer almaktadır. Altmış beş yaş üstü grupta en sık kullanılan beş ilaç grubu sırasıyla KVS, antiagregan, antidiabetik, beyin dolaşımı, ve bronkodilatatör ilaçlar yer almaktadır. Yaş grupları arasında oral kontraseptif, tiroid ilacı, antidepresan, immüsupresan, antipsikotik, demir ilacı kullanımı bakımından anlamlı farklılık göstermedi. Diğer tüm ilaçlar 65 yaş üstü grubunda anlamlı olarak daha yüksek oranda kullanıldığı tespit edildi (Tablo 16).

#### **VIII. D. Alışkanlıklar**

Sigara, alkol kullanım alışkanlığı 17-64 yaş grubunda daha yüksek bulundu. Sigara kullanım oranı 17-64 yaş grubunda %21.5 bulundu. Çalışmaya dahil edilen hastalarda sigara kullanım oranı %18 olduğu tespit edildi. Altmış beş yaş ve üstü olanlarda herhangi bir alışkanlığı olmayanların oranı, 17-64 yaş arasında olanlarda ise sigara içenlerin oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Alkol kullanımı bakımından her iki grupta istatistiksel anlamlılık bulunmadı (Tablo 17).

**Tablo 17.** Alışkanlıklarına Göre Hastaların Dağılımı

Alışkanlık	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
Yok	1499	(71.2)	563	(93.8)	0.000
Sigara	453	(21.5)	30	(5.0)	0.000
Alkol	30	(1.4)	3	(0.5)	
Sigara+Alkol	120	(5.7)	4	(0.7)	
Diğer	2	(0.1)	0		
Hepsi	1	(0)	0		
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

#### VIII. E. Başvuru Sıklığı

**Tablo 18.** Son Altı Ayda Başvuru Sıklığına Göre Hastaların Dağılımı

Başvuru sıklığı	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
0	1566	(74.4)	377	(62.8)	0.000
1	342	(16.2)	109	(18.2)	
2	116	(5.5)	58	(9.7)	
3	34	(1.6)	30	(5.0)	
4	19	(0.9)	7	(1.2)	
4 üzeri	28	(1,3)	19	(3.2)	
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Genç yaş grubunda daha önce herhangi bir başvurusu olmayanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Başvuru sıklıkları yaşlılarda daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak 17-64 yaş grubu ile kıyaslandığında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 18).

#### VIII. F. Travma Varlığı

**Tablo 19.** Travmanın Varlığına Göre Hastaların Dağılımı

Travma	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
Yok	1685	(80.0)	506	(84.3)	0.021
Var	420	(20.0)	94	(15.7)	
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Çalışmaya dahil edilen hastalarda travmaya maruz kalma oranı %19 bulundu. Genç yaş grubunda travma geçirenlerin oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 19).

## VIII. G. Şikayetler

**Tablo 20.** Şikayetlere Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>GİS</b>	432	(20.5)	116	(19.3)	0.523
<b>KVS</b>	216	(10.3)	95	(15.8)	0.000
<b>Pulmoner sistem</b>	89	(4.2)	75	(12.5)	0.000
<b>Baş- boyun</b>	261	(12.4)	29	(4.8)	0.000
<b>Genito-üriner</b>	112	(5.3)	35	(5.8)	0.699
<b>Hemato- onkoloji</b>	7	(0.3)	5	(0.8)	0.154
<b>Endokrin sistem</b>	2	(0.1)	4	(0.7)	0.024
<b>SSS</b>	309	(14.7)	84	(14.0)	0.677
<b>Kadın- doğum</b>	34	(1.6)	1	(0.2)	0.003
<b>Kas-iskelet</b>	244	(11.6)	61	(10.2)	0.330
<b>Deri</b>	56	(2.7)	8	(1.3)	0.083
<b>Psikoloji</b>	133	(6.3)	22	(3.7)	0.018
<b>Toksikolojik</b>	6	(0.3)	2	(0.3)	0.693
<b>Travma</b>	388	(18.4)	90	(15.0)	0.052
<b>Spesifik olmayan</b>	107	(5.1)	62	(10.3)	0.000
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Hastaların başvuru şikayetleri değerlendirildiğinde; en fazla başvurunun sırasıyla GİS (%20), travma (%18), SSS (%15), KVS (%12) olduğu tespit edildi. Genç yaş grubunda en sık rastlanan şikayetler GİS ile ilktir; bunu travma, SSS, baş-boyun, kas-iskelet, KVS izlemektedir. Yaşlılarda en sık rastlanan şikayetler GİS, KVS, travma, SSS, pulmoner sistem,

spesifik olmayan şikayetler izlemektedir. Genç yaş grubunda altıncı sırada yer alan KVS şikayetleri yaşlı grupta ikinci sırada yer almaktadır. KVS, pulmoner sistem, baş-boyun, kadın-doğum, psikolojik ve spesifik olmayan şikayetler yaşlılarda anlamlı derecede daha yüksek oranda bulundu (Tablo 20).

### VIII. H. Vital Bulgular

**Tablo 21.** Vital Bulgularına Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş ortalama $\pm$ SD	65 yaş ve üstü ortalama $\pm$ SD	P (*)
<b>Sistolik kan basıncı</b>	124.64 $\pm$ 20.02	138.80 $\pm$ 31,26	0.000
<b>Diastolik kan basıncı</b>	78.22 $\pm$ 13.09	81.81 $\pm$ 19.00	0.000
<b>Nabız</b>	81.16 $\pm$ 14.56	85,41 $\pm$ 22.24	0.000
<b>Solunum sayısı</b>	16.75 $\pm$ 3.79	19.83 $\pm$ 6.34	0.000
<b>Ateş</b>	36.29 $\pm$ 1.47	35.94 $\pm$ 3.70	0.027
(*) Independent Samples t Test			

Vital bulgularına göre hastaların dağılımı Tablo 21’de olduğu gibidir.

### VIII. I. Laboratuvar Tetkikleri

**Tablo 22.** Kan Grubu Bakılmasına Göre Hastaların Dağılımı

Kan grubu	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>Yok</b>	2039	(96.9)	571	(95.2)	0.062
<b>Var</b>	66	(3.1)	29	(4.8)	
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Kan grubunun istenme oranı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 22).

**Tablo 23.** Kan Alkol Bakılma Durumuna Göre Hastaların Dağılımı

Kan alkol	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>Yok</b>	2024	(96.2)	594	(99.0)	0.001
<b>Var</b>	81	(3.8)	6	(1.0)	
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Kan alkol istenmeme oranı yaşlılarda anlamlı bulundu. Genç yaş grubunda kan alkol istenme oranı yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlılık bulunmadı (Tablo 23).

**Tablo 24.** Gebelik Testi Bakılma Durumuna Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>Gebelik testi</b>	68	(3.2)	0		0,000
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Genç yaş grubunda gebelik testi bakılanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 24).

**Tablo 25.** Laboratuvar Tetkiklerinin İstenme Oranına Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	ortalama± SD	n	ortalama± SD	
<b>Glukoz</b>	353	1.26 ± 1.07	326	1.87 ± 2.52	0.000
<b>KCFT</b>	104	1.05 ± 0.26	98	1.08 ± 0.34	0.429
<b>Amilaz</b>	63	1.03 ± 0.18	84	1.02 ± 0.15	0.772
<b>D- dimer</b>	32	1.09 ± 0.53	45	1.0 ± 0.0	0.325
<b>TİT</b>	300	1.04 ± 0.27	123	1.11 ± 0.40	0.097
<b>Kanama profili</b>	50	1.14 ± 0.57	50	1.38 ± 1.09	0.171
<b>LP</b>	3	2.67 ± 2.89	3	1,0 ± 0	0.317
<b>AKG</b>	54	1.91 ± 1.80	79	2.81 ± 3.70	0.064
<b>İdrarda toksikolojik tarama</b>	9	1.0 ± 0	0	-	Hesaplanamadı
<b>İdrarda elektrolit</b>	5	1.0 ± 0	7	1,0 ± 0	Hesaplanamadı
<b>CBC</b>	446	1.11 ± 0.48	332	1.24 ± 0.98	0.024
<b>BFT-e</b>	330	1.06 ± 0.33	322	1.20 ± 1.0	0.013
<b>Kardiyak enzim</b>	192	1.55 ± 0.50	220	1.68 ± 0.55	0.013
<b>EKG</b>	528	2.85 ± 2.62	398	3.84 ± 3.27	0.000

Altmış beş yaş ve üstündeki hastalarda glukoz, CBC, BFT-e, kardiyak enzim ve EKG tetkiki sayısı 17-64 yaş arasındakilere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Diğer laboratuvar tetkiklerinin istenme oranı açısından anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 25).

## VIII. J. Radyolojik Tetkikler

**Tablo 26.** Radyolojik Tetkiklerin İstenme Oranına Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	ortalama± sd	n	ortalama± sd	
<b>Akciğer grafisi</b>	391	1.12 ± 1.78	286	1.25 ± 2.25	0.390
<b>ADBG</b>	42	1.05 ± 0.22	30	1.27 ± 0.58	0.058
<b>Abdominal USG</b>	176	1.03 ± 0.18	66	1.0 ± 0	0.130
<b>BBT</b>	130	1.09 ± 0.32	97	1.11 ± 0.43	0.671
<b>Toraks BT</b>	23	1.09 ± 0.29	19	1.0 ± 0	0.162
<b>Abdominal BT</b>	22	1.14 ± 0.47	13	1.0 ± 0	0.186
<b>Pelvis grafisi</b>	45	1.0 ± 0	29	1.03 ± 0.19	0.326
<b>Servikal grafi</b>	61	1.02 ± 0.13	18	1.0 ± 0	0.590
<b>LSV grafisi</b>	45	1.0 ± 0	20	1.0 ± 0	hesaplanamadı
<b>Dorsal grafi</b>	39	1.0 ± 0	11	1.0 ± 0	hesaplanamadı
<b>Ekstermite grafisi</b>	225	1.33 ± 0.71	52	1.54 ± 0.92	0.127
<b>BT-anjiografi</b>	9	1.0 ± 0	14	1.0 ± 0	hesaplanamadı
<b>Ekstremitte BT</b>	9	1.11 ± 0.33	10	1.0 ± 0	0.347
<b>Vertebra BT</b>	20	1.15 ± 0.37	4	1.25 ± 0.50	0.642
<b>Dopler USG</b>	17	1.0 ± 0	7	1.0 ± 0	hesaplanamadı
<b>Toplam</b>	<b>1254</b>		<b>676</b>		

Her iki yaş grubunda da en sık istenen radyolojik tetkikin akciğer grafisi olduğu saptandı. Altmış beş ve üstü yaş grubunda akciğer grafisi istenme oranı %48, 17-64 yaş



grubunda ise %19 bulundu. Genç yaş grubunda ikinci sıklıkta istenen tetkik ekstremite grafisi iken bunu sırayla USG, BBT izlemektedir. Yaşlılarda ise bu sıralama BBT, USG ve ekstremite grafisi şeklindedir. Tüm radyolojik tetkiklerin istenme oranı 65 ve üstü yaş grubunda fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak 17-64 yaş grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 26).

### VIII. K. Konsültasyon

**Tablo 27.** Konsültasyon İstenen Bölümlere Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>Kardiyoloji</b>	68	(3.2)	73	(12.2)	0.000
<b>Göğüs hastalıkları</b>	22	(1.0)	39	(6.5)	0.000
<b>Genel cerrahi</b>	34	(1.6)	20	(3.3)	0.013
<b>Ortopedi</b>	92	(4.4)	38	(6.3)	0.061
<b>Enfeksiyon hastalıkları</b>	16	(0.8)	19	(3.2)	0.000
<b>Dahiliye</b>	41	(1.9)	46	(7.7)	0.000
<b>Anestezi</b>	10	(0.5)	8	(1.3)	0.040
<b>Nöroloji</b>	26	(1.2)	31	(5.2)	0.000
<b>Nöroşirurji</b>	24	(1.1)	8	(1.3)	0.863
<b>Göğüs kalp damar cerrahisi</b>	22	(1.0)	5	(0.8)	0.820
<b>Göz hastalıkları</b>	27	(1.3)	10	(1.7)	0.606
<b>Kadın- doğum</b>	43	(2.0)	1	(0.2)	0.003
<b>Psikiyatri</b>	47	(2.2)	1	(0.2)	0.001
<b>Plastik cerrahi</b>	13	(0.6)	3	(0.5)	1.000
<b>Kulak burun boğaz</b>	19	(0.9)	9	(1.5)	0.295
<b>Üroloji</b>	8	(0.4)	8	(1.3)	0.013
<b>Dermatoloji</b>	0		2	(0.3)	0.072
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Hasta değerlendirilmesi esnasında istenilen konsültasyonların sıklık sıralaması yaş gruplarına farklılıklar göstermektedir. Genç yaş grubu konsültasyonunda en sık istenilen beş bölümün; ortopedi, kardiyoloji, psikiyatri, kadın- doğum, dahiliye olduğu tespit edildi. Yaşlıların değerlendirilmesi esnasında istenilen konsültasyonlarda en sık istenilen beş bölüm sırasıyla kardiyoloji, dahiliye, göğüs, ortopedi, nöroloji olduğu tespit edildi. Konsültasyonların istendiği bölüm açısından kardiyoloji, enfeksiyon, dahiliye, anestezi, nöroloji, genel cerrahi 65 yaş üstü grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Kadın- doğum ve psikiyatri konsültasyonları 17-64 yaş grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Her iki yaş grubu beraber değerlendirildiğinde konsültasyonunda en sık istenen bölüm kardiyoloji (%5.2) bunu ortopedi (%4.8), dahiliye (%3.2), göğüs hastalıkları (%2.2) izlemektedir (Tablo 27).

**Tablo 28.** Konsültasyon İstenme Oranına Göre Hastaların Dağılımı

Konsültasyon	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
İstenmedi	1664	(79.0)	353	(58.8)	0.000
İstendi	441	(21.0)	247	(41.2)	
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Konsültasyon istenme oranı 65 yaş ve üstünde olanlarda anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 28).

## VIII. L. Tanı

**Tablo 29.** Muhtemel Görülen Tanılara Göre Hastaların Dağılımı

	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>GIS hastalığı</b>	160	(7.6)	57	(9.5)	0.131
<b>KVS hastalığı</b>	108	(5.1)	116	(19.3)	0.000
<b>Pulmoner hastalık</b>	129	(6.1)	50	(8.3)	0.068
<b>Kadın- doğum hastalığı</b>	60	(2.9)	1	(0.2)	0.000
<b>Genito-üriner sistem hastalığı</b>	152	(7.2)	69	(11.5)	0.001
<b>Baş- boyun</b>	164	(7.8)	22	(3.7)	0.000
<b>SSS hastalığı</b>	187	(8.9)	54	(9.0)	0.994
<b>Dermatolojik hastalık</b>	74	(3.5)	12	(2.0)	0.083
<b>İmmünolojik hastalık</b>	1	(0)	1	(0.2)	0.924
<b>Sistemik enfeksiyon hastalığı</b>	3	(0.1)	2	(0.3)	0.674
<b>Hematolojik-onkolojik hastalık</b>	10	(0.5)	7	(1.2)	0.075
<b>Endokrinolojik hastalık</b>	13	(0.6)	22	(3.7)	0.000
<b>Kas- iskelet sistem hastalığı</b>	132	(6.3)	25	(4.2)	0.065
<b>Psikolojik hastalık</b>	136	(6.5)	3	(0.5)	0.000
<b>Toksikolojik hastalık</b>	15	(0.7)	3	(0.5)	0.778
<b>Travma</b>	385	(18.3)	88	(14.7)	0.039
<b>Spesifik olmayan hastalık</b>	409	(19.4)	114	(19.0)	0.814
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Yaşlı grupta acil servisten ayrılırken muhtemel görülen tanılarında en sık KVS hastalığı bulunmakta ve bunu sırasıyla spesifik olmayan tanılar, travma, genito-üriner sistem hastalığı, GIS hastalığı tanıları izlemektedir. Genç yaş grubunda ise en sık spesifik olmayan tanı bulunmakta ve bunu travma, SSS hastalığı, baş-boyun, genito-üriner sistem hastalığı tanılar izlemektedir. Acil servisten ayrılırken hastaların aldıkları tanılar her iki yaş grubu beraber değerlendirildiğinde sıklık sırasına göre spesifik olmayan tanı (%19.3), travma (%17.4), SSS (%8.9), KVS (%8.2), GIS (%8) şeklinde izlemektedir. KVS, genito-üriner sistem, endokrin

tanıları 65 yaş üstü grupta anlamlı olarak yüksek bulundu. Kadın-doğum, baş-boyun, psikolojik ve travma tanıları 17-64 yaş grupta anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 29).

### VIII. M. Sonuç

**Tablo 30.** Acil Servisteki Son Durumlarına Göre Hastaların Dağılımı

Sonuç	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
Yatış	133	(6.3)	106	(17.7)	0.000
Taburcu	1854	(88.1)	454	(75.7)	
Sevk	11	(0.5)	6	(1.0)	
Kendi isteği ile terk	102	(4.8)	24	(4.0)	
Eksitus	5	(0.2)	10	(1.7)	
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Çalışmaya dahil edilen hastaların %85'i taburcu, % 9.5'una yatış kararı (%93'ü yatırılmış, %7'si sevk edilmiş), %5'i kendi isteği ile acilden ayrılmış ve %0.5'i acilde eksitus olmuş. Altmış beş yaş ve üstü olanlarda yatış yapılanların oranı, 17-64 yaş arasında olanlarda ise taburcu edilenlerin oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 30).

**Tablo 31.** Yatış Yerleri Açısından Hastaların Dağılımı

Yatış yeri	17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
	n	(%)	n	(%)	
Servis	103	(76.3)	81	(76.4)	0.983
Yoğun bakım	32	(23.7)	25	(23.6)	
<b>Toplam</b>	<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

Altmış beş ve üstü yaş grubunda olanların %21.7'sine yatış kararı verilmiş ve %17.7'si yatırılmış olup %23.6'sının yoğun bakım ihtiyacı olduğu saptandı. Yaş grupları arasında yoğun bakım ihtiyacı, servise yatış oranı açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 31).

Hastaların acilde kalış süreleri değerlendirildiğinde yaşlılarda  $8.27 \pm 18.68$  (1-312 saat aralıklı), genç yaş grubunda ise  $3.0 \pm 4.24$  (1-49 saat aralıklı) bulundu. Altmış beş yaş ve üstündeki hastaların acilde kalış süreleri 17-64 yaş grubundakilere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

### VIII. N. Acilde Takip Edildikleri Bölüm

**Tablo 32.** Acil Serviste Değerlendirildikleri Bölüme Göre Hastaların Dağılımı

		17-64 yaş		65 yaş ve üstü		p
		n	(%)	n	(%)	
<b>Alınan bölüm</b>	<b>Bakı ve diğer</b>	1789	(85.0)	353	(58.8)	0.000
	<b>Monitörlü gözlem</b>	202	(9.6)	134	(22.3)	0.000
	<b>Resusitasyon</b>	109	(5.2)	104	(17.3)	
	<b>Kapalı resüsitasyon</b>	5	(0.2)	9	(1.5)	
<b>Toplam</b>		<b>2105</b>	<b>(100)</b>	<b>600</b>	<b>(100)</b>	

17-64 yaş grubu hastalarının bakı birimlerinde değerlendirilme oranı, 65 ve üstü yaş grubunun ise monitörlü gözlemlerde değerlendirilmeleri oranı anlamlı olarak yüksek bulundu. Genç yaş grubu hastalarının %85'i bakı birimlerinde değerlendirilirken 65 ve üstü yaş grubu hastalarının %41'i daha yoğun bakım gerektiren bölümlerde değerlendirildiği ortaya çıktı (Tablo 32).

## IX. TARTIŞMA

Doğuşta beklenen ortalama yaşam süresinin uzaması ile nüfusun yaşlanması olarak adlandırılan demografik değişimin toplumlarda farklı şekillerde yansımaları söz konusudur. Bu yansımalar kendini sağlık bakım hizmetlerinde, sağlık harcamalarında, sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenmesi ve finansmanında gösterebilir. Gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan yaşlı popülasyonun yüzdesi giderek artmaktadır (36). Bu artışa paralel olarak yaşlı hastaların acil servis başvurularında da artış olmaktadır. Çalışmamızda 65 yaş üstü hastaların acil servise başvuru oranı %22.2 olarak saptandı. Satar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başvuru oranı %12.3 bulunmuş (37). Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %13 olarak tespit edilmiş (38). Bu oran çeşitli çalışmalarda bildirilen ve %11.3- %37.2 arasında değişen oranlarla uyumluluk göstermektedir (40-42). Bu oranlar, ülke, şehir, acil servislerin bulunduğu lokalizasyon, o bölgenin nüfus özellikleri, hastanenin hizmet verdiği popülasyon, hastaların sağlık güvenceleri gibi bir çok faktörden etkilenebilmektedir. Çalışmamızın yürütüldüğü merkeze yakın 600 yataklı bir geriatri merkezinin varlığı acil servise başvuruların literatüre oranla yüksekliğini açıklayabilir. Bunun yanında 65 ve üstü yaş ortalaması Türkiye genelinde 2000 nüfus sayımı istatistiklerine göre %8.8 bulundu. İzmir anakentinin nüfus yoğunlu açısından İstanbul ve Kocaeli' den sonra en yüksek üçüncü il olması başvuru yüksekliği arasında bir ilişki olabilir bununla beraber İzmir anakentinin yaşlı oranı hakkında elimizde istatistiksel veri yoktur (14).

Genç yaşlıların; ileri ve çok ileri yaşlılara göre başvuru oranlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6). Türkiye'deki nüfus dağılımlarına bakıldığında genç yaşlı grubunun sayısının fazla olması neden olarak gösterilebilir (5,14).

Çalışma grubundaki hastaların %10'unun bir sağlık güvencesi yoktur. Başvuran hastaların %67.6'sının sağlık güvencelerinin ES olduğu tespit edildi (Tablo 7). Ülkemizde

SSK nüfusun %51.6'sını kapsamına almakta, SSK'yı %20.8 ile Bağ-Kur ve %18.5 ile ES izlemektedir (7). Çalışmamızda bu oranlar bildirilen rakamlara göre farklılıklar göstermektedir. Bu durumun sağlık güvence türünün başvuru oranlarını önemli derecede etkileyebildiğini düşündürmektedir.

Her iki yaş grubunda da kadınların acil servise başvuru oranları daha yüksek bulundu. Singal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 65 yaş ve üstü grubunda kadınların daha fazla başvurduğu tespit edilmiş (11). Friedmann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuç saptanmış (43). Gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde, kadınların doğumda beklenen yaşam süreleri erkeklerden daha fazladır. Altmış beş yaş ve üzeri grubunda da kadınların sayısı erkeklerden fazla olduğu göz önüne alındığında bu rakamlar anlamlı kabul edilmektedir (14,17).

Anlamlı olmasa da yaşlıların yalnız (%13.7), bakıcı, bakımevinde yaşama oranları 17-64 yaş grubuna göre daha yüksek bulundu (Tablo 10). Friedmann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların yalnız yaşama oranı %30 olarak saptanmış (43). Hedges ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da 65 yaş ve üstü grubunun yalnız yaşama oranının diğer yaş grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuş (44). Baum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 22 günlük süre içinde acil servise başvuran genç ve yaşlı hastalarının çoğunun ailesi ile yaşadığı, %3'ten az hastanın da bakımevlerinde yaşadığını tespit edilmiştir (45). Günümüzde sanayileşme süreci, aile bireylerinin çalışma yaşamına katılması, ekonomik durum ve kentleşme sosyal yaşamı etkileyerek aile yapısını etkilemiştir. Yaşlıların sağlık sorunlarının, bakım ihtiyaçlarının artması ve yukarıda sözü edilen etkenlerin bulunması bir çok ailenin yaşlılarına bakamayacak durumda olmasına neden olabilir ve yaşlıların yalnız, bakıcı ve bakımevinde bulunma oranlarının gençlere göre daha fazla oranda bulunmasını açıklayabilir.

Çalışma grubunun öğrenim durumuna bakıldığında %91.7'sinin bir okul bitirdiği, %95.8'inin okur-yazar olduğu görülmektedir. Genç yaş grubunun % 97.7'sinin, 65 ve üzeri yaş grubunun ise %87.7'sinin okur-yazar olduğu görülmektedir. Yaşlı hasta grubunda ilköğretim mezunlarının oranı daha yüksek, üniversite mezunlarının oranı ise anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 8). Türkiye genelinde bir okul bitirme oranı %91.9, 65 ve üzeri yaş nüfusunun okur-yazarlık oranı %52,2'dir (6,18). Hastanemiz acil servisine başvuran 65 ve üstü yaş grubunun eğitim düzeyi Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu ortaya çıktı. Bu durum daha öncede belirtildiği gibi hastanenin hizmet verdiği popülasyona göre değişiklik göstermektedir.

Yaşlılık dönemi zorunlu olmasa da birçok sağlık sorununu beraberinde getirmekte, kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük oranları artmaktadır. Tablo 16'daki bulgulara göre yaşlı hasta grubunda eşlik eden hastalık bulunma oranı genç gruba göre daha yüksek tespit edildi. Bir çok çalışmada da benzer sonuçlar mevcuttur (8,11,43). Çalışmaya dahil edilen hastalarda en sık saptanan beş kronik hastalık; HT, DM, KAH, malignite, KOAH'tır. Çalışmamızda 65 yaş üstü grupta ilk beş sırada yer alan komorbid hastalıklar sırasıyla HT, DM, KAH, KOAH, malignite ve KKY yer almaktadır (Tablo 15). Yaşlılarla ilgili yapılan bir çok çalışmada en sık eşlik eden hastalık olarak HT'nin olduğu tespit edilmiştir. (46,47). Limb ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş ve sıklık sırasına göre HT, KAH, DM, pulmoner hastalık bulunmuştur (48). Ancak farklı sonuçlanan çalışmalarda mevcut; Chiovanda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sıklık sırasına göre pulmoner hastalık, DM, KVS, demans olarak tespit edilmiş (41). Leung'un yaptığı çalışmada ise romatizma ilk sırada bunu HT, kırıklar, mide ülseri, DM, kronik bronşit, KAH izlediği tespit edilmiştir (49).



Toplumun giderek yaşlanması ile akut ve kronik hastalıkların oranı ve dolayısıyla kronik ve çoklu ilaç kullanımını artırmıştır. Çalışmamızda her iki yaş grubunda KVS ilaçları en sık kullanılan ilaç grubunu oluşturmaktadır. Kronik hastalık sıralamasında da KVS hastalıkları ilk sıralarda yer almakta ve sonuçlar uyumlu görünmektedir. Seçkin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sırayla NSAİİ (%46.3), KVS ve osteoporoz tedavisine yönelik ilaçların en sık kullanılan ilaçlar olduğu tespit edilmiş (50). Limb ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sıklık sıralamasına göre NSAİİ, antihipertansif, antidiyabetik olduğu bulunmuş ve çalışmamızdan farklı sonuçlanmıştır (48). İlaçların büyük çoğunluğunun 65 yaş üstü grubunda anlamlı olarak daha yüksek oranda kullanıldığı ortaya çıktı (Tablo 16).

17-64 yaş grubu hastalarının %85'i bakı birimlerinde değerlendirilirken 65 ve üstü yaş grubu hastalarının %41'i daha yoğun bakım gerektiren bölümlerde değerlendirildiği ortaya çıktı (Tablo 32). Yaşlıların şikayetlerinin kendileri ve yakınları tarafından olağan sayılıp, ciddiye alınmaması ve buna bağlı olarak daha geç dönemde, daha ciddi klinik bulgularla başvurmaları neden sayılabilir. Ayrıca yaşlı hastalarda çoklu problemler veya görüldüğünden daha ciddi sorunlar olabileceğinin öngörülmesi ile daha yüksek oranda bu bölümlerde değerlendirilme yapılmış olabilir.

Çalışmaya dahil edilen hastalarda travmaya maruz kalma oranı %19 bulundu. Genç yaş grubunda travma geçirenlerin oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 19). Hu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (51). Genç yaş grubunun daha fazla motorlu taşıt kullanımı, daha çok iş kazasına uğramaları, karşılıklı şiddete yaşlı gruba göre daha fazla maruz kalmaları travma oranının gençlerde yüksek olmasının nedenini açıklayabilir.

Başvuru sıklıkları yaşlılarda daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak 17-64 yaş grubu ile kıyaslandığında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 18). Yaşlıların kronik hastalık

varlığı, çok sayıda ilaç kullanımları ve bunlara bağlı zehirlenme gelişme olasılığının yüksek oluşu, başvuru sıklığının fazla sayıda olmasını açıklayabilir. Hedges ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da başvuru sıklıklarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (44). Gençlerin acil servislere başvuru sıklıklarının yaşlılara göre daha fazla oranda olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (45,52). Çalışmanın yapıldığı bölgede yaşayan nüfusun yapısı (genç-yaşlı oranı), sosyoekonomik seviyesi, meslek, yaşam çevresi (fabrika, sanayi bölgesi, şehir merkezi) gibi parametreler genç nüfusun daha fazla acil servise başvuru yapması ile ilgili olabilir.

Tüm radyolojik tetkiklerin istenme oranı 65 ve üstü yaş grubunda fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak 17-64 yaş grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 26). Altmış beş yaş ve üstündeki hastalarda glukoz, CBC, BFT-e, kardiyak enzim ve EKG tetkiki sayısı 17-64 yaş arasındakilere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Ancak diğer laboratuvar tetkiklerinin istenmesi açısından diğer yaş grubu ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 25). Yaşlı hasta grubunda en sık KAH için risk faktörü teşkil eden eşlik eden hastalıkların bulunması, farklı sistemi ilgilendiren şikayetlerde bile atipik prezentasyonlu kardiyak yakınma olabileceğinin düşünülmesi ve en sık başvuru şikayetlerinin KVS olması kardiyak enzim tetkikinin ve EKG çekilme oranının genç gruba göre daha fazla olma nedenini açıklayabilir. Yaşa bağlı olarak renal fonksiyonlardaki bozulmalar, kullanılan ilaçların çoğunun renal fonksiyonları etkileyebilmesi, dehidratasyon ve kontrast maddeden kolay etkilenebilen renal fonksiyonlar nedeniyle yaşlı hastalarda BFT-e genç gruba göre daha fazla istenmektedir. Hastanemiz acil servisinde yaşlılara yaklaşımda daha dikkatli davranmamız, ayırıcı tanıların daha iyi yapıp gerekli ve yeterli sayıda tetkik yapılması diğer nedenler olarak sayılabilir. Acil serviste hastalara yönelik değerlendirme formlarının yeterli bilgiyi içermesi ve bunların eksiksiz doldurulması, tekrar

başvurularında hastalara yaklaşımda kolaylık sağlayabildiği gibi tetkiklerin istenmesi konusunda yönlendirici olmasını sağlar. Yapılan bir çok çalışmada yaşlı hastalarda istenilen laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinin istenme oranı çalışmamızdan farklı olarak daha yüksek saptanmıştır (11,39,44,45,52,53 ).

Konsültasyon istenme oranı 65 yaş ve üstünde olanlarda anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Hastaların değerlendirilmesi esnasında istenilen konsültasyonlar yaş gruplarının sık rastlanan sağlık problemleri, görevli ekibin klinik bilgi ve tecrübesi ile orantılı olarak farklılıklar gösterir. Ayrıca yaşlı hastaların acil servis başvurularında daha ciddi, yoğun bakım gerektiren karmaşık yakınmalarla başvurması, kronik hastalık öykülerinin fazla oluşu, atipik prezentasyonlu klinik bulgularının bulunması konsültasyon istenme oranının genç gruba göre daha fazla istenme nedenine yol açabilir. Genel olarak sıralamaya bakıldığında kardiyoloji, ortopedi, dahiliye, göğüs hastalıkları en sık istenen bölümler olduğu saptandı (Tablo 27). Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sıralama benzerlik gösterse de istenme oranları farklılık göstermektedir (54).

Hastaların acil servise başvuru şikayetleri sıklık sıralaması (Tablo 20) değerlendirildiği zaman benzer yapılmış bir çok çalışmaya göre farklı sonuçlanmıştır (10,40-42,54). Altmış beş yaş üstü grupta acil servisten ayrılırken muhtemel görülen tanılarında en sık KVS bulunmakta ve bunu sırasıyla özgül olmayan tanılar, travma, genito-üriner sistem ve GİS tanıları izlemektedir. Yaşlı hastaların acil servisten ayrıldıkları zaman aldıkları tanıların sıralaması bir çok çalışmada farklı sıralanmıştır. Satar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sıklık sırasına göre tanılar SVO, onkolojik aciller, kronik böbrek yetmezliği (KBY), miyokart enfarktüsü (MI), KKY, şeklinde iken (37); Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en sık görülen hastalıklar HT, pulmoner hastalıklar, kalbin diğer hastalıkları, üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), idrar yolu enfeksiyonu (İYE) olarak sıralanmaktadır (38). Yaşlılarla ilgili yapılan

diğer bir çok çalışmada da tanıların sıklık sıralaması farklılıklar göstermektedir (40,51,53) Bu farklılığın nedeni hastanenin yapısı, hizmet verdiği popülasyon, acil servislerin bulunduğu yer ile ilgili olabilir. Bu sonuçlar ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebileceği gibi aynı ülkenin bir çok bölgesinde farklı sonuçlar elde edilebileceğini göstermektedir. Başvuru şikayetleri ile karşılaştırıldığı zaman özellikle yaşlı hasta grubunda tanıları farklılıklar göstermektedir. Yaşlılarda çeşitli hastalık semptomlarının belirgin olmaması, atipik prezentasyonlar yada şikayetlerini ifade etme güçlüğü hastaların başvuru şikayeti ile tanı arasındaki ilişkinin farklı olmasını açıklayabilir.

Yaşlı popülasyon gün geçtikçe artmaktadır. Yaşlı popülasyondaki bu artış, yoğun bakım ünitesine yatışı gerektiren kritik hastalıklı yaşlı hastaların da oranını arttırmaktadır (55). Altmış beş yaş ve üstü olanlarda yatış yapılanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Yaş grupları arasında yoğun bakım ihtiyacı, servise yatış oranı açısından anlamlı fark bulunmadı. Genç yaş grubunun %7'sine yatış kararı verilmiş ve %6'sı yatırılmış, 65 ve üstü yaş grubunda olanların %22'sine yatış kararı verilmiş ve %18'i yatırılmış (Tablo 30). Yaşlılarla ilgili yapılan benzer çalışmalarda %17.4 ile %59.3 arasında değişen yatış oranları bildirilmiş. Çalışmamızda %22 yatış oranı ile uyumlu bulunmaktadır (37,38,40,45,51-54). Yaşlı grupta yatan hastaların %24'ü yoğun bakıma yatırılmış. Benzer yapılan çalışmalarda farklı sonuçların ortaya çıktığı tespit edildi. Yoğun bakıma yatış oranları açısından %2 ve %70.4 gibi farklı değerlerde olduğunu gösteren çalışmalar mevcut. (31,51). Servis ve yoğun bakıma yatış oranlarındaki bu farklılıklar hastanenin tedavi imkanları, yerleşim yeri, yatak kapasitesine, acil servis ekibinin hastayı doğru değerlendirebilme becerisine, hastanın dışarıda takip edilebilme durumu, sağlık güvenceleri gibi bir çok faktörden etkilenebilmektedir.

Hastaların acilde kalış süreleri değerlendirildiğinde 65 ve üstü yaş grubunda  $8.27 \pm 18.68$  (1-312 saat aralıklı), 17-64 yaş grubunda ise  $3.0 \pm 4.24$  (1-49 aralıklı) bulundu.

Baum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acilde kalış süreleri 17-64 yaş grubunda 4-5 saat, 65 yaş ve üstü grubunda ise 5-6 saat olduğu tespit edilmiş (45). Ross ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 65 ve üstü yaş grubunun kalış süresinin 15.8 saat, gençlerin ise 14.4 saat olduğu saptanmış (42). Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada her iki grubun ortalama acilde kalış süresinin 1-2 saat olduğu tespit edilmiştir (54). Bir çok çalışmada yaşlı hastaların acil serviste daha uzun süre kaldığını desteklemektedir (11,39,40,44,51). Yaşlı hastalarda ayırıcı tanı yapılması gereken ciddi hastalık olasılığının daha yüksek olmasından dolayı bu yaş grubunu daha detaylı değerlendirmek gerekir. Ek olarak yaşlı hastalar acil servise daha değişik ve spesifik olmayan nedenlerle başvurduğundan bunların toparlanıp tedavi edilebilmesi için daha uzun süre gereklidir. Acil serviste geçirilen zamanının bir kısmının, konsültasyon, tetkik sonucu ve transport gecikmesi gibi nedenlerle olduğunu unutmamak gerekir. Hastanemiz servis, yoğun bakım yatak sayısının kısıtlı olması, yaşlı hasta grubuna özel nedenler (kronik hastalık, yakınmalarını ifade güçlüğü, vb.) göz önünde bulundurulursa elde ettiğimiz sonuç beklenen sonuçtur. Acilde kalış süresinin fazla oluşu acil servis hasta akışında ciddi sorun olabilir. Yaşlı popülasyonun başvuru sıklığının giderek arttığını göz önünde bulundurursak daha fazla personele ve daha geniş alana ihtiyaç duyulduğu açıktır. Acil servis yoğunluğunun azaltılmasında birinci basamak birimlerine yapılan başvurunun artırılması ve hastaların eğitilmesi ile acil serviste çalışan hemşire sayısının artırılması, yoğun bakım ve servis yatak sayısının artırılması ile sağlanabilir. Ek olarak hasta bekleme sürelerini etkileyen diğer faktörleri araştırmak amacıyla prospektif çalışmalar tasarlanmalıdır.

## X. SONUÇLAR

Bir aylık dönemde acil servise başvuran yaşlı (65 yaş üstü) ve genç (17-64 yaş) hastaların sosyo-demografik özellikleri, başvuru şikayetleri ve acil servis yaklaşımlarının karşılaştırılması ile ilgili olarak şu sonuçlara ulaşıldı.

- 1- Çalışmaya dahil edilen 2705 hastanın 2105'i (%78) 17-64 yaş grubunda, 600'ü (%22) 65 yaş ve üzeri grupta idi.
- 2- Çalışmaya dahil edilen hastaların %57'si (n=1550) kadın, %43'ü (n=1155) erkek olarak tespit edildi. Her iki yaş grubunda kadınların acil servise başvurusu erkeklere göre daha fazla bulundu. Yaş gruplarımızda cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.
- 3- Çalışmaya dahil edilen hastalarda yaş ortalaması  $46.67 \pm 19.44$  (aralık 17-95) olarak bulundu. Genç yaş grubunda hastaneye başvuranların yaş ortalaması  $38.8 \pm 13.82$  olarak hesaplandı. Altmış beş yaş üstü grupta yaş ortalaması ise  $74.16 \pm 8.17$  olarak hesaplandı.
- 4- Çalışma grubundaki hastaların %10'unun bir sağlık güvencesi yoktur. Başvuran hastaların %68'inin (n=1819) sağlık güvencelerinin ES (yaşlılarda %83.8 (n=503), 17-64 yaş grubunda %62.5 (1316)) olduğu tespit edildi.
- 5- Genç yaş grubunun %98'inin (n=2056), 65 ve üzeri yaş grubunun ise %88'inin (n=538) okuryazar olduğu görülmektedir.
- 6- Hastaların %28'inin (n=763) iki yaşayan çocuğa sahip olduğu bulundu. Genç yaş grubunda çocuk sahibi olmayanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu.
- 7- Genç yaş grubunda olanlarda ailesi ile yaşayanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Yaşlıların yalnız, bakıcı, bakımevinde yaşama oranları 17-64 yaş grubuna göre daha yüksek bulundu ancak istatistiksel anlamlılık bulunmadı.

- 8- Genç yaş grubunda evli olanların, 65 yaş ve üstü grubunda dul olanların oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu.
- 9- Başvuru sıklıkları yaşlılarda daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak 17-64 yaş grubu ile kıyaslandığında anlamlı farklılık bulunmadı.
- 10- Genç yaş grubunda en sık rastlanan şikayetler GIS ile ilk sırada bunu travma, SSS, baş-boyun, kas- iskelet , KVS izlemektedir. Yaşlılarda en sık rastlanan şikayetler GIS, KVS, travma, SSS, pulmoner sistem, spesifik olmayan şikayetler izlemektedir.
- 11- Genç yaş grubu hastalarının %85'i (n=1789) bakı birimlerinde değerlendirilirken 65 ve üstü yaş grubu hastalarının %41'i (n=247) daha yoğun bakım gerektiren bölümlerde değerlendirildiği ortaya çıktı.
- 12- Tüm radyolojik tetkiklerin istenme oranı 65 ve üstü yaş grubunda fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak 17-64 yaş grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı.
- 13- Altmış beş yaş ve üstündeki hastalarda glukoz, CBC, BFT-e, kardiyak enzim ve EKG tetkiki sayısı 17-64 yaş arasındakilere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Ancak diğer laboratuvar tetkiklerinin istenmesi açısından diğer yaş grubu ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık bulunmadı.
- 14- Konsültasyon istenme oranı yaşlı grupta anlamlı derecede daha yüksek bulundu.
- 15- Genç yaş grubunun %6'sı (n=133), 65 ve üstü yaş grubunda olanların %18'i (n=106) yatırıldı ve yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmadı.
- 16- Hastaların acilde kalış süreleri değerlendirildiğinde yaşlılarda  $8.27 \pm 18.68$  (1-312 saat aralıklı), genç yaş grubunda ise  $3.0 \pm 4.24$  (1-49 saat aralıklı) bulundu.

## XI. KAYNAKLAR

1. Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Türk Geriatri Dergisi 1999;2: 179-87
2. Uçku R. Yaşlıların mediko-sosyal sorunları üzerine bir inceleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Uzmanlık Tezi, İzmir 1990
3. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7: 162-65
4. World Health Organization web sitesi, Erişim adresi: <http://www.who.int/countries/tur/en/> Erişim tarihi: 5 Eylül 2005
5. United nations population division, world population prospects: Birleşmiş Milletler web sitesi: The 2002, revision population database; Erişim adresi: <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>. Erişim tarihi: 5 Eylül 2005
6. Nüfus ve kalkınma göstergeleri, Nüfus ve Demografi, TC.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü web sitesi: Erişim adresi: <http://nkg.die.gov.tr//goster.asp?aile=1>. Erişim tarihi 5 Eylül 2005
7. Kulaç E. Yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumları ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Uzmanlık Tezi, İzmir 2004
8. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünyada ve Türkiye' de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7: 105-10
9. Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by the elder patients: a five year follow-up study. Acad Emerg Med 1998;5: 1157-62



10. McNamara RM, Rousseau E, Sanders AB. Geriatric emergency medicine: a survey of practicing emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1992;21: 796-801
11. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, et al. Geriatric patient emergency visits part 1: comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med* 1992;21: 802-07
12. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elder patients: projections from a multicenter data base. *Ann Emerg Med* 1992;21: 819-24
13. Sanders AB. The elder patient. In Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. *Emergency Medicine: a comprehensive study guide*, 5th ed, New York. McGrawHill; 2000:2001-6
14. Türkiye İstatistik Yıllığı, 2004. Devlet İstatistik Enstitüsü web sitesi  
Erişim adresi: [http://www.die.gov.tr/yillik/yillik\\_2004.pdf](http://www.die.gov.tr/yillik/yillik_2004.pdf) Erişim tarihi: 16 Ekim 2005
15. United Nations Population Ageing 1999. Birleşmiş Milletler web sitesi:  
Erişim adresi: <http://www.un.org/esa/population/publications/aging99/a99note.htm>  
Erişim tarihi: 16 Ekim 2005
16. United Nations Population Division, World Population Prospects: The 2004, Revision Population Database; Erişim adresi: <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>.  
Erişim tarihi: 19 Eylül 2005
17. Resnick B. Health promotion practices of older adults: testing an individualized approach. *J Clin Nurs* 2003;12: 46-55
18. Çakmur H, Erem TM, Koç M, Ertekin V, Karşlıoğlu İ, Kırığı D. Ca tanısı almış geriatric olguların demografik incelemesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2000;3:11-14

19. United Nations, Division for Social Policy and Development. International Plan of Action on Ageing. Erişim adresi: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaal.htm>. Erişim tarihi:5 eylül 2005
20. United Nations The Ageing of the World's Population. Erişim adresi: <http://un.org/esa/socdev/ageing/agewpop.htm>. Erişim tarihi: 19 Eylül 2005
21. Rodoplu Ü, Ersoy G. Acil serviste geriatrik hastaya yaklaşım. Acil Tıp Dergisi 2003;3: 19-22
22. United Nations Population Division, World Population Prospects: The 2004, Revision Population Database. Erişim adresi: <http://www.un.org/esa/population/pubsarchive/chart/9.pdf>. Erişim tarihi: 20 Eylül 2005
23. United Nations Population Division, World Population Prospects: The 2004, Revision Population Database; Erişim adresi:<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf>. Erişim tarihi:20 Eylül 2005
24. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Begler T. Yaşlıda ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 1999;2: 33-38
25. Birnbaumer D. Geriatrics: unique concerns. In Rosen P, Barkin R, Danzel FD, Hockberger RS editors. Emergency Medicine. Concepts and clinical practise. 4th edit. St. Louis. Mosby. 1998: 162-68
26. Erbaş S, Tüfekçioğlu O, Sabah İ. Yaşlılık ve hipertansiyon. Türk Geriatri Dergisi 1999;2: 67-70

27. Dikmenoğlu N. Fizyoloji. Editörler: Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri Cilt 1. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997: 22-35
28. Taffet EG. Physiology of aging. In Cassel KC, Leipzig MR, Cohen JH, Larson BE, Meier ED editors. Geriatric medicine an evidence-based approach, 4th ed. 2003:27-36
29. Kars A. Kanser . Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri 1997 cilt:2 sayfa:573-78
30. Ağalar F. Yaşlılık ve travma sorunu. Editörler: Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri Cilt 2. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997: 749-56
31. Ünal S. Yaşlanma ve enfeksiyon. Editörler: Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri Cilt 2. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997: 438-41
32. Lunenfeld B. The ageing male: demographics and challenges. World J Urol 2002;20: 11-16
33. Batman A. Yaşlı popülasyonun özellikleri ve sunulan hizmetler. Türk Geriatri Dergisi 2002;5: 123-24
34. Güler Ç. Toplum sağlığı sorunu olarak yaşlılık. Editörler: Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri Cilt 1. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997: 50-59
35. Hockberger RS, Binder LS, Graber MA, et al. The model of the clinical practice of emergency medicine. Ann Emerg Med 2001;37:745-70
36. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi 2004;7: 225-30
37. Satar S, Sebe A, Avcı A, Karakuş A, İçme F. Yaşlı hasta ve acil servis. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;29: 43-50

38. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. Türk Geriatri Dergisi 2003;6: 83-88
39. Moons P, Arnauts H, Delooz HH. Nursing issues in care for the elderly in the emergency department: an overview of the literature. Accid Emerg Nurs 2003;11: 112-20
40. Hamdy RC, Forrest LJ, Moore SW, Cancellaro L. Use of emergency departments by the elderly in rural areas. South Med J 1997;90: 616-20.
41. Chiovenda P, Vincentelli GM, Alegiani F. Cognitive impairment in elderly ED patients: need for multidimensional assessment for better management after discharge. Am J Emerg Med 2002;20: 332-35
42. Ross MA et al. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. Ann Emerg Med 2003;41: 668-77
43. Friedmann PD, Jin L, Kariison TG et al. Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. Am J Emerg Med 2001;19: 125-29
44. Hedges JR, Singal BM, Rousseau EW et al. Geriatric patient emergency visits part 2: comparison of visits by geriatric and younger patients. Ann Emerg Med 1992;21: 808-13
45. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. J Am Geriatr Soc 1987;35: 398-404
46. Koçoğlu, G, Sümer H, Polat H, Özdemir L, Nur N, Aker A, Bakıcı Z. Sivas il merkezindeki yaşlılarda bazı kronik hastalıkların görülme sıklığı. 7. Halk Sağlığı Günleri (Bildiri Kitabı), 11-13 Eylül 2001, Eskişehir; S-12.

47. Diker J, Şeref B, Karataş N. 65 Yaş ve Üzeri Kişilerde, Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ile ilişkisi, 7. Halk Sağlığı Günleri (Bildiri Kitabı), 11-13 Eylül 2001, Eskişehir; S-7.
48. Lim KH, Yap KB. The prescribing pattern of outpatient polyclinic doctors. Singapore Med J 1999;40: 742-44
49. Leung MFE. Team approach and comprehensive geriatric assessment. Geriatrics and Gerontology International 2004;4: 41-44
50. Seçkin Ü, Bodur H, Kutsal YG. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Türk Geriatri Dergisi 1998;1: 36-38
51. Hu SC, Yen D, Yu YC, Kao WF, Wang LM. Elderly use of the ED in an Asian metropolis. Am J Emerg Med 1999;17: 95-99.
52. Schumacher JG. Emergency medicine and older adults: continuing challenges and opportunities. Am J Emerg Med 2005;23:556-60
53. McCusker J, Bellavance F, Cardin S et al. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. Ann Emerg Med 2000;36: 438-45
54. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’ de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5: 5-13
55. Topeli A. Yoğun bakım ünitesinde geriatric hasta. Türk Geriatri Dergisi 2000;3:151-54

## TEZ VERİ FORMU

Adı Soyadı:		Yaş:	Tarih :...../...../2005		
		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	Saat (0-23 şeklinde):		
Dosya no:	Sosyal Güvence: <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Yeşil K. <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/> Ücretli				
Öğrenim durumu: <input type="checkbox"/> okur-yazar değil <input type="checkbox"/> okur yazar <input type="checkbox"/> ilk öğrenim <input type="checkbox"/> lise <input type="checkbox"/> üniversite					
Yaşam Çevresi: <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Bakıcı <input type="checkbox"/> Bakımevi <input type="checkbox"/> Diğer.....					
Medeni hali: <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul		Çocuk: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> > 4			
Hastalıklar: <input type="checkbox"/> KAH <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KKY <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BY <input type="checkbox"/> Demans <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Malignite <input type="checkbox"/> Diğer.....					
İlaçlar :					
Alışkanlıklar: <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Diğer					
Aldığı Bölüm: <input type="checkbox"/> Resüsitasyon <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/> Kapalı Resüsitasyon <input type="checkbox"/> Bakı Birimleri ve Diğer					
Şikayeti:			<input type="checkbox"/> Travmatik		
			<input type="checkbox"/> Nontravmatik		
Son 6 ayda AS'e Başvuru Sıklığı: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> > 4					
Vital bulgular	TA: / mmHG	Nabız: / dakika	SS: / dakika	A: °C	
Radyolojik tetkik	<input type="checkbox"/> PA AC <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> BBT <input type="checkbox"/> TORAX BT <input type="checkbox"/> BATIN BT <input type="checkbox"/> PELVİS <input type="checkbox"/> SERVİKAL <input type="checkbox"/> LSV <input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> EKSTREMİTE <input type="checkbox"/> BT ANJİO <input type="checkbox"/> SERVİKAL BT <input type="checkbox"/> TORAKAL BT <input type="checkbox"/> EXT BT <input type="checkbox"/> LOMBER BT <input type="checkbox"/> ADBG <input type="checkbox"/> DOPLER <input type="checkbox"/> DİĞER				
Laboratuvar tetkik	<input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> BFT-e <input type="checkbox"/> KARDİYAK ENZİM <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> GLUKOZ <input type="checkbox"/> KCFT <input type="checkbox"/> AMİLAZ <input type="checkbox"/> D-DİMER <input type="checkbox"/> TİT <input type="checkbox"/> PT/PTT <input type="checkbox"/> AKG <input type="checkbox"/> İLAÇ DÜZEY <input type="checkbox"/> KAN ALKOL <input type="checkbox"/> BHCG <input type="checkbox"/> Diğer...				
Konsültasyon :	<input type="checkbox"/> Var →→→ <input type="checkbox"/> Yok				
	1)				
	2)				
	3)				
	4)				
Son tanı:	1)		KOD:		
	2)		KOD:		
	3)		KOD:		
Sonuç:	<input type="checkbox"/> Yatış	<input type="checkbox"/> Taburcu	<input type="checkbox"/> Sevk	<input type="checkbox"/> KİT	<input type="checkbox"/> EX
Yattı ise :	<input type="checkbox"/> Servis:		<input type="checkbox"/> Yoğun bakım:		
Acil Servisten Çıkış	Tarih: ...../...../2005		Saat (0-23 şeklinde):		



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU**  
Tarih ve Sayı: 22.03.2005/74

**Etik Kurul Üyeleri**

Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR  
Doç. Dr. Cem Şeref BEDİZ  
Doç. Dr. Uğur MÜNGAN  
Doç. Dr. Hüseyin İŞLEKEL  
Doç. Dr. Arzu SAYINER  
Doç. Dr. Özgül SAĞOL  
Doç. Dr. Görsev YENER  
Yard. Doç. Dr. Cenk ERDAL  
Doç. Dr. Kamer UYSAL  
Doç. Dr. Mustafa SEÇİL  
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI

**Etik Kurul Başkanı**

Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR

**Etik Kurul Sekreteri**  
Yonca YILDIRIM

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Etik Kurulumuzun 22 Mart 2005 tarih ve 06/06/05 no.lu toplantısında, Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard. Doç. Dr. Rıdvan ATILLA'nın sorumlu olduğu 43 protokol no.lu "Bir Aylık Dönemde Acil Servise Başvuran Yaşlı ve Genç Hastaların Acil Servis Başvurularının Karşılaştırılması" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

*Mehmet Alakavuklar*  
Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR  
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları  
Etik Kurul Başkanı

Tel: 0232 412 22 54