



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN NON-TRAVMATİK 65 YAŞ ÜSTÜ VE ALTI  
HASTALARIN İSTENİLEN KONSÜLTASYONLAR AÇISINDAN  
NİTELİKSEL VE NİCELİKSEL OLARAK RETROSPEKTİF YAKLAŞIMLA  
KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Yasin KOÇAK

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2018



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN NON-TRAVMATİK 65 YAŞ ÜSTÜ VE ALTI  
HASTALARIN İSTENİLEN KONSÜLTASYONLAR AÇISINDAN  
NİTELİKSEL VE NİCELİKSEL OLARAK RETROSPEKTİF YAKLAŞIMLA  
KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Yasin KOÇAK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Halil İbrahim ÇIKRIKLAR

BURSA-2018

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	iii
GİRİŞ.....	1
GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
BULGULAR.....	22
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	28
KAYNAKLAR.....	33
TEŞEKKÜR.....	37
ÖZGEÇMİŞ.....	38

## ÖZET

Yaşlı bireyler, birbiri ile etkileşim gösteren birçok faktörün, sağlık hali ve fonksiyonel kapasite üzerine kompleks etkilerinin yoğun olarak hissedildiği kişiler olup, bu yaş grubuna yaklaşım, diğer branşlardan biraz farklı olarak, sadece tıbbi değil, psikolojik, sosyoekonomik, çevresel ve ailesel değerlendirmeleri de gerektirir.

Bu çalışmada acil servisimize başvuran ve herhangi bir bölümden konsültasyon istenen 65 yaş ve üzeri hastalar ile 65 yaş altı hastaların; cinsiyeti, acil servise başvuru nedeni, başvuru saati, kronik hastalıkların varlığı, istenilen konsültasyonlar ve sayıları, acil serviste kalış süreleri ve sonuçlanma biçimleri karşılaştırılmıştır. Araştırma retrospektif olarak yapılmış; geriatric hastaların acil servis başvurularının incelenmesi ve kronik hastalıklarının yansımalarının ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

Çalışmamızda geriatric hastaların acil serviste genellikle birden fazla branşı ilgilendiren hastalıklarının olduğu, genellikle acil kliniğinde birden fazla konsültasyon ihtiyacı duyulduğu tespit edildi. Ayrıca yaşlı hastaların acil serviste kalış süreleri, servis ve yoğun bakım yatış oranlarının da daha yüksek olduğu tespit edildi.

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun artmasına paralel sağlık hizmetlerini kullarımdaki oranları artmaktadır. Bu hastaların değerlendirilmesi 65 yaş altı hastalara göre multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu yaş grubunun eşlik eden kronik hastalıklarının daha fazla olması nedeniyle hastane personeline gerekli eğitimin verilmesi, geriatric yan dal uzmanlığının yaygınlaştırılması, hastanelerde geriatric kliniklerinin artırılması önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Acil servis, Konsültasyon, Geriatric.

## SUMMARY

### **Comparison of Non-Traumatic Patients Admitted to Emergency Service Over and Under 65 Years with Regard to Requested Consultations Using Qualitative and Quantitative Approach**

Elderly population, unlike other groups, require not only medical, but also psychological, socioeconomic, environmental and familial considerations. This age group has many factors on health status and functional capacity interacting with each other.

In this study, the patients who admitted to the emergency department aged 65 years and above and consulted to other departments were compared in terms of the reason for application, the time of application, the presence of chronic diseases, the number of consultations and the duration of their stay in our emergency department and the results. The aim of this study was to investigate emergency service applications of geriatric patients and to reveal the reflections of chronic diseases, retrospectively.

In our study, it was found that geriatric patients in emergency department usually have multiple diseases and usually need more than one consultation. In addition, the duration of the patient's stay in the emergency room and the rates of clinical admissions and intensive care units were higher.

As for our country, the rates of use of health services are increasing parallel to the increase in age. The evaluation of these patients requires a multidisciplinary approach which differs from the younger group. Since this age group has more chronic diseases, it is recommended to give special training to hospital staff, to expand geriatric branch expertise, and to increase geriatric clinics in hospitals.

**Key words:** Emergency service, Consultation, Geriatrics.

## GİRİŞ

Gerontoloji; 65 yaş ve üstü hastaların sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal ve fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır. Geriatrik hasta bakımı diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı ve psikoloğun birlikte çalıştığı bir ekip işidir. Yaşla birlikte acil servise başvuru sayısı ve sıklığı arttığı için bu ekibe acil servis doktorlarını da ekleyebiliriz (1).

Geriatric yan dalının kurulu olduğu üniversitelerde geriatric yan dal eğitimi verilmekte ve geriatric uzmanı yetiştirilmektedir. Uygulamadaki mevcut tüzüğe göre geriatric, iç hastalıklarına bağlı bir yan daldır ve öncelikle kişinin iç hastalıkları uzmanı olması gerekmektedir. Ardından 3 yıl süre ile geriatric bilim dalı veya ünitesinde huzurevleri ve bakımevleri vizitleri, psikiyatri nöroloji, üroloji, fizik tedavi rehabilitasyon bölümlerinde 1-2 aylık rotasyonları sonucunda yapılan sınavlarda başarılı olursa geriatric uzmanı olmaya hak kazanılmaktadır. Ayrıca geriatric yan dalının olduğu tüm üniversitelerde iç hastalıkları yan dal araştırma görevlilerine geriatric rotasyonu ve eğitimi teorik dersler, poliklinik ve servis uygulamaları ile geriatric eğitimi verilmektedir (1).

Yaşlanma ergenlik ile başlayan bir süreçtir ve bu süreçte vücutta fizyolojik değişiklikler görülür. Bilişsel fonksiyonlarda gerileme, koordinasyon becerilerinde zayıflama, karaciğerin çalışma kapasitesinde düşme, böbreklerin süzme kapasitesinde azalma gibi bulgular gözlenir. Bu değişiklikler sonucu kronik hastalıkların sıklığı ve immün sistemin zayıflaması ile enfeksiyon sıklığı artar (1).

Koruyucu ve tedavi edici tıp alanındaki gelişmeler, beslenme, barınma ve genel olarak yaşam koşullarının iyileşmesi toplumun beklenen yaşam süresini uzatarak yaşlanmaya neden olmaktadır (1).

Geriatric hastaların hastaneye başvuru, hastaneye yatma sıklıkları ve hastanede kalış süreleri yaşam süresinin uzamasına paralel olarak artmıştır. Kronik hastalıklarla birlikte morbidite ve mortalite sıklığı artmıştır (2).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 yılı verilerine göre Türkiye'de yaşlı nüfus oranı son beş yıl içinde %17.1 oranında artarak 6651503 kişi olmuştur (4).

65 yaş ve üzeri nüfusun artması, sosyoekonomik dengelerin değişmesi ile yaşlı nüfusun günlük yaşam içindeki aktif katılımları artmaktadır. Bu da yaşlılardaki sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerin çalışmaya devam etmesi ve günlük ihtiyaçlarını kendilerinin karşılaması bu yaş grubunda trafik kazası, iş kazası ve diğer yaralanmaları artırmaktadır. Yoğun ilaç kullanımı ve ilaç etkileşimlerinin olması da kazalara ve hastalıklara yakınlığa neden olabilmektedir. Bu durum da hastaların acil servise başvurularını artırmaktadır (2).

Acil servis başvurularının önemli bir kısmını geriatrik hastalar oluşturmaktadır. İlerleyen yıllarda sağlık harcamalarının büyük bir kısmının yaşlı hastalar için yapılacağı hesaplanmıştır. Özellikle kronik hastalıkların bu yaş grubunda sık görülmesi acil servise tekrarlayan başvuruları da beraberinde getirmektedir. Bu başvurular sonucunda da hastaneye yatış oranları yüksektir. Yoğun bakıma yatışların büyük bir kısmını yaşlı hastalar oluşturmaktadır (2).

Yaşlanmayla birlikte gelişen kronik hastalıklar, yoğun ilaç kullanımının getirdiği komplikasyonlar ve değişen aile yapısı ve sosyoekonomik özellikler acil servis başvurularını etkilemektedir (2).

Yaşlı hastalar bazı hastalıklarda beklenen tipik bulgular ile acil servise başvurmayabilirler. Azalmış böbrek kan akımı, azalmış hepatik kan akımı, zayıf homeostatik mekanizmalar terapötik ilaç düzeylerini etkiler. Kullanılan ilaçlar nedeniyle bazı bulgular maskelenebilir. Hipertansiyon, diyabet, kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıklar yüzünden bazı hastalıkların tanısını koymak zorlaşır. Örneğin böbrek fonksiyon testleri bozulmuş bir hastada kardiyak belirteçlerin kandaki düzeyi normalin üzerinde tespit edilebilir. Ya da diyabet nedeniyle hastanın ağrı duyusu azalmış olması sonucu muayene bulguları silik gözlenebilir (1).

Acil servislerdeki geriatric hasta başvuruları genel olarak acil ve ciddi durumları (kardiyovasküler sistem, nörovasküler sistem, metabolik düzensizlikler, ciddi enfeksiyonlar vb.) içermektedir (2).

Yaşlı hastaların özel ihtiyaçlarına acil servislerde daha az dikkat gösterilebilmektedir. Yaşlı hasta bakımının zorlukları nedeniyle bu yaş grubundaki hastaların değerlendirilmesi hem doktorlar hem de diğer sağlık personelinin oldukça zorlayıcı olmaktadır (2).

Geriatric hastaların değerlendirilmesi diğer erişkin hastalara göre daha zordur. Kronik hastalıkların varlığı, yoğun ilaç kullanımı, işitme ve görme problemleri nedeniyle iletişimde yaşanan zorluklar, demans ve serebrovasküler hastalık varlığında hastaların kendilerini ifade etmesindeki güçlükler bu grup hastaların değerlendirilmesini zorlaştıran önemli faktörlerdir (1).

Yine yaşlı hastaların bakıcı ya da aileleri tarafında kötü muamele görmesi sıkça rastlanan bir durumdur ve gözden kaçabilmektedir. Kötü muamele; gerek fiziksel olarak gerekse de ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak karşımıza çıkabilir (2).

## **A. Terminoloji**

Geriatric; 65 yaş ve üstü hastaların sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal ve fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır (1).

65 yaşın eşik değeri kabul edilmesinin bilimsel bir kaynağı olmamakla birlikte; 65 yaş orijinal olarak Otto von Bismark tarafından 1800'lerin sonunda çalışan Alman nüfus için bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması esnasında ortaya çıkmıştır. Bismark bu sosyal güvenlik sisteminin az maliyetli olması için 65 yaş seçmişti, çünkü Alman işçiler hiçbir zaman 65 yaşına erişemiyordu (2).

Kronolojik yaşın yanında kişinin fiziksel yaşı da geriatric hasta grubuna dahil edilmesine neden olabilir. Bu nedenle Tablo-1'de görüldüğü gibi geriatric sendromlar bir arada değerlendirilmelidir (2).



**Tablo-1: Geriatrik Sendromlar**

Demans
Depresyon
Senil osteoporoz
Hipertansiyon
Koroner arter hastalığı
Kalp yetmezliği
Kanser
Malnütrisyon
İnkontinans
Enfeksiyonlar
Düşme ve kırıklar
Yürüme bozuklukları
Görme ve işitme yetersizlikleri
Polifarmasi
Bası yaraları
Deliryum

## **B. Epidemiyoloji**

Dünyada geriatrik yaş grubundaki kişi sayısında hızlı bir artış gözlenmektedir. Koruyucu ve tedavi edici tıp alanındaki gelişmeler, beslenme, barınma ve genel olarak yaşam koşullarının iyileşmesi ile beklenen yaşam süresi uzamaktadır (1).

2016 nüfus sayımına göre ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus 6651503 kişidir ve tüm nüfusun %8.3'ünü oluşturmaktadır. Bu oran her geçen yıl artmaktadır. 2025 yılında bu oranın %10'a ulaşacağı hesap edilmektedir. 2015 yılı sonuçlarına göre Türkiye'de beklenen yaşam süreleri Türkiye geneli için 78 yıl, erkekler için 75.3 ve kadınlar için 80.7 yıl oldu (3).

Türkiye'deki yaşa göre nüfus projeksiyonlarında 0-14 yaş grubunda önümüzdeki 15 yıl içerisinde artış olmazken 65 yaş ve üzeri nüfusta iki katına kadar artış beklenmektedir (5).

Dünya genelinde yaşlı nüfusun hızla arttığı ve yaşam beklentisinin de gelişmiş ülkelerde 80 yaşlar ve üzerine çıktığı Tablo-2'de görülmektedir (8).

**Tablo-2:** Dünya ülkelerindeki yaşam beklentileri

<b>Ülke</b>	<b>Zaman Dilimi</b>	<b>Yaşam Beklentisi</b>
<b>Türkiye</b>	2015	75.8
<b>Afganistan</b>	2015	60.5
<b>A.B.D.</b>	2015	79.3
<b>İngiltere</b>	2015	81.2
<b>Fransa</b>	2015	82.4
<b>Mısır</b>	2015	70.9
<b>Yunanistan</b>	2015	81
<b>Japonya</b>	2015	83.7
<b>Suriye</b>	2015	64.5
<b>Somali</b>	2015	55
<b>İtalya</b>	2015	82.7
<b>Rusya</b>	2015	70.5
<b>Çin</b>	2015	76.1
<b>İsviçre</b>	2015	83.4

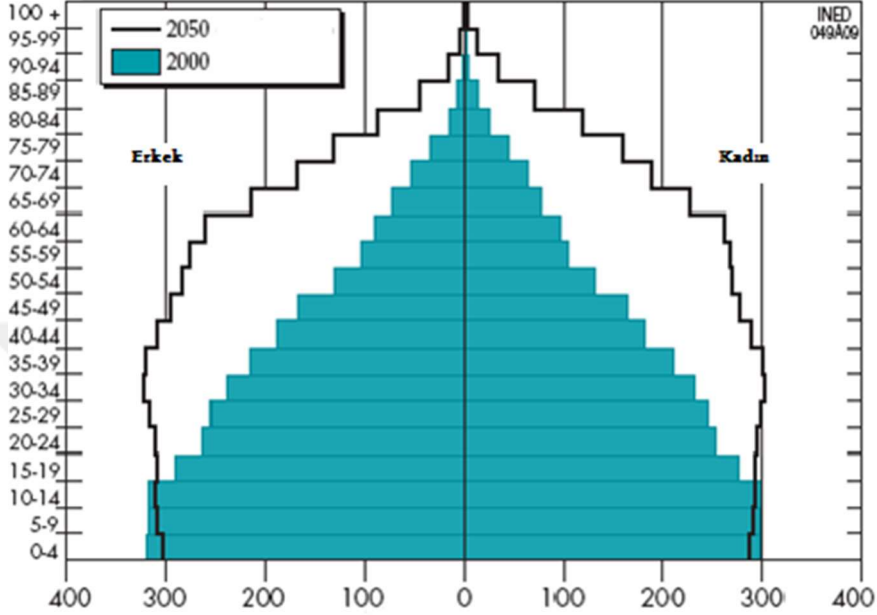
Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılı verilerinde görüldüğü gibi gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisi 80'li yaşları bulmaktadır. Beklenen yaşam süresinin uzaması ile yaşlılık dönemi de uzamakta ve yaklaşık 20 yıl gibi uzun bir dönemi bulmaktadır (8).

### **C. Demografik Özellikler**

Yapılan çalışmalarda 2050 yılında yaşlı nüfusun ilk defa çocuk nüfusa eşit olacağı hesaplanmaktadır (Şekil-1). Yaşlı nüfusta 80 yaş üstünde bulunanların nüfus artış hızı %4.3'tür. Genel nüfus artış hızı ise %1.2'dir. Türkiye barındırdığı yaşlı nüfus ile dünyada 19. sırada bulunmaktadır. Dünyada 960 milyon kişi okuryazar değildir. Bunların 700 milyonu kadındır ve yaşlı kadınlarda bu oran daha da yüksektir. Yaşlı kadınların büyük çoğunluğu (%50'ye yakın) duldur, erkeklerde oran %10-20'dir. Yalnız yaşayan ve çocuksuz yaşlı kadınların oranı da giderek artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte ekonomik güç de azalmaktadır. Dünyada 100 milyon yaşlının günde bir doların altında kazancı olduğu tahmin ediliyor. Yıllar içinde yaşlı nüfusun çalışma hayatına katılımı giderek azalmaktadır. Ayrıca iş hayatında düşük maaş ve kötü çalışma koşulları ile karşılaşmaktadırlar. Ülkemizde okur yazar olmayan

yaşlı nüfus erkeklerde %5 iken, kadınlarda %7.2'dir. Yaşlı nüfusun medeni durumları incelendiğinde erkeklerin %13.2'si, kadınların %50.4'ü duldur (4).

**Şekil-1:** Dünya nüfus piramidi 2000 ve 2050



#### **D. Patofizyoloji**

Yaşlanmanın temel nedenleri; telomer kısalması, telomeraz aktivitesinin sonlanması, mitokondriyal hasar, apoptozis, doğal ve yapay bazı maddelerle ortaya çıkan ölüm, fiziksel ve kimyasal etkiler, tükenen genlerdir (1).

Yaşlanma ile tüm organ sistemlerinde değişiklikler olur. Bu değişiklikler nedeniyle yaşlı nüfusun pediatri gibi ayrı bir kategoride değerlendirilmesi gerekir. Yaşlanma ile ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle hastaya yaklaşım, yapılan girişimler, kullanılan ilaçlar, hastalıkların bulguları da değişiklik gösterir (11).

Yaşlanmayla birlikte pek çok nörolojik değişiklik meydana gelir. Bu değişiklikler sonucu algılama, alet kullanımı, denge gibi günlük aktivitelerde kullanılan fonksiyonlar bozulur. Yaşla birlikte beyindeki hücre sayısı yavaşça azalmaya başlar. Beyin yaşlılarda daha az etkin çalışabilir. Yaşlı insanlar daha

yavaş reaksiyon verebilirler. Kelime hazinesi, kısa süreli hafıza, yeni materyalleri öğrenmek, kelimeleri hatırlamak gibi bazı bilişsel fonksiyonlar azalabilir. Kan-beyin bariyerinin etkinliği azalır, menenjit riski artar. Termoregülasyon merkezinin ısı değişikliklerine cevabı azalır ve vücut ısısını korumak zorlaşır. Otonom sinir sistem fonksiyonlarında değişimler görülebilir. Kan basıncı değişiklikleri ve ortostatik hipotansiyon riski artar. Nörotransmitterlerde değişiklikler görülür. Bu durum bilişsel fonksiyonlarda azalmaya neden olabilir. Altmış yaşından sonra, spinal kordda da hücre sayısı azaldığından yaşlı insanlarda duyu kayıpları da başlayabilir. Yaşlandıkça, sinir ileti hızı yavaşlar ama bu değişiklikler fark edilemeyecek kadar azdır. Sinir sisteminin darbelere karşı cevabı da azalır. Sinir dokusu gençlere göre kendisini daha yavaş ve kısmen tamir eder. Dolayısıyla, yaşlı insanlar travmaya daha açık ve darbelere karşı daha hassas ve kırılgandır (8).

Böbrekler azalan hücre sayısı nedeniyle küçülür ve daha az kanı filtrelemeye başlar. Kan daha az temizlenir. Daha çok su atılımına neden olarak dehidratasyona neden olurlar. Ama vücudun ihtiyaçlarını karşılamaya devam ederler. Renal vazopressin yanıtı azalır. Dehidratasyon riski ve elektrolit anormalliklerine zemin hazırlar. Böbrekte meydana gelen tüm değişiklikler sonucu ilaç eliminasyonunda azalmalar görülür. Mesane kapasitesi azalır. Mesane kasları zayıflayarak rezidü miktarının artmasına neden olurken, bu durum yaşlılarda sıklığı artan inkontinansa ve enfeksiyonlara neden olur. Kadınlarda menopozla birlikte üretra kısalır ve iç yüzey kalınlığı azalır. Üretra sfinkter tonusu azalacağından, idrar kaçırma olayları artabilir. Bu değişikliklere en büyük neden östrojen miktarındaki azalmadır. Erkeklerde ise, prostatta büyüme olabilir ve bu büyüme idrar çıkışını engelleyerek postrenal akut böbrek yetmezliği gibi ciddi durumlara neden olabilir (11).

Tüm deri tabakaları atrofiye uğramıştır. Ter bezlerinin sayısı ve aktivitesi azalmıştır. Bu nedenlerden dolayı derinin yalıtım görevi azalmıştır. Deri yaralanmaları, enfeksiyon riski ve hipertermi riski artmıştır (8).

Yaşlanmayla birlikte ilerleyici kemik kayıpları olur. Bu da kırık riskini artırır. Fibrokartilaj ve sinoviyal dokulardaki atrofi sonucu eklem instabilitesi,

hareket kısıtlılığı, kronik ağrılara, denge bozukluklarına neden olabilir. Kas dokusunda kayıp, yağ dokusunda artış olur. Yağ dokusundaki artış farmakokinetik değişikliklere neden olabilir (8).

Hücrel immünitede azalma ve antikor titrelerinde azalmalar olur. Bunun sonucunda kanser riskinde ve enfeksiyonlarda artış görülür (8).

Kardiyovasküler sistemde inotropik ve kronotropik yanıtta azalma görülür. Periferik vasküler rezistans artar. Ventriküler dolum azalır, kan basıncı artar. Organ perfüzyonları değişir. Miyokardın kan akımının neden olduğu duvar stresine yanıtı azalır. Maksimum kalp hızı azalır. Sonuç olarak egzersiz kapasitesi azalır. Tüm bu değişiklikler kardiyovasküler sistemin vücutta meydana gelen akut değişikliklere cevap gücünü azaltır (8).

Vital kapasite ve akciğer kompliyansı azalır. Havayolu direnci artar. Hiperkapni ve hipoksemiye kemoreseptör yanıt azalır. Hızlı dekompanzasyon gelişebilir. Difüzyon kapasitesi azalır. Buna bağlı olarak PaO<sub>2</sub> azalır, PaCO<sub>2</sub> ise artar. Akciğerlerin egzersiz, enfeksiyon gibi durumlardaki uyum kapasitesi azalır (8).

Karaciğerin hücre kitlesi azalır. Karaciğere kan akımı azalır. Karaciğerin kendini yenileme özelliği azalır. Mikrozomal enzim aktivitesi değişir. Bu da farmakokinetik değişikliklere neden olur. Karaciğerin eliminasyon fonksiyonlarında azalma gözlenir. İlaç etkileşimleri ve ilaçların vücuttan atılma süreleri değişir (8).

Gastrik mukozada, bikarbonat sekresyonunda, gastrointestinal sistemin kan akımında ve epiteliyal hücre yenilenmesinde azalma olur. Gastrik ülser riski, gastrik perforasyon riski artar. Daha uzun iyileşme süreleri görülür. Gastrointestinal sistem kanamalarında artış olabilir (8).

## **E. Acil Servis ve Geriatrik Hastalar**

Yaşlı nüfusun giderek artması bu nüfus grubundaki bireylerin acil servis kullanımını artırmıştır. Yaşlanmanın getirmiş olduğu fizyolojik değişiklikler bu hastaların değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Acil servislerin alt yapısının yaşlı hastalar için uygun olmaması, çoğu acil hekiminin yaşlı

hastalar konusundaki deneyim eksiklikleri, bu hastaların altta yatan birçok hastalığının olması, çoklu ilaç kullanımı, daha ciddi hastalıklar ile acile başvurması ve daha çok yatış ihtiyacının olması bu hastaların değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (11).

Geriatrik hastaların özellikleri:

1. Sıklıkla komplike nedenlerle başvururlar.
2. Sık gözlenen hastalıkların tipik olmayan bulgularıyla başvururlar.
3. Komorbid hastalıkların etkileri göz önüne alınmalıdır.
4. Polifarmasi siktir, başlangıç şikayeti, tanı ve tedavide önemli bir faktör olabilir.
5. Olası bilişsel düzey değişikliğini tanımak önemlidir.
6. Bazı tanısal değerlerin normal değerleri farklı olabilir.
7. Azalmış fonksiyonel rezerv akılda tutulmalıdır.
8. Sosyal destek eksiklikleri ve hastanın bakım ihtiyacı göz önünde tutulmalıdır.
9. Hastanın bazal durumu yeni gelişen hastalıkları saptamada önemlidir.

75 yaş ve üzerindeki kişilerin acil servis başvurusu her 100 kişide 64.8 iken, bu rakam genç hastaların 2 katıdır. Bu başvuruların %43'ü de ambulans ile yapılmaktadır (8).

Yaşla beraber meydana gelen fizyolojik değişiklikler, eşlik eden hastalıkların fazla olması ve çoklu ilaç kullanımı nedeniyle yaşlı hastaların klinisyen tarafından değerlendirilmesi ve tedavi edilmesinde güçlükler yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşlıların %75-90'ında en az bir hastalık ya da daha fazlasının bir arada bulunduğu gösterilmiştir (9). Türkiye'de yapılan bir araştırmada yaşlıların %90'ının bir, %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört veya daha fazla sayıda kronik hastalığı bulunduğu belirlenmiştir (12).

Acil serviste kalış süresi, konsültasyon istemi, hastaneye yatış ve hastanede kalış süresi yaşlı hastalarda genç hastalara göre daha fazladır (9). Yaşlı hastaların şikayetlerinin genellikle atipik ve silik olması triyajı zorlaştırmaktadır. Hastaların çoklu medikal problemleri nedeniyle ana şikayetlerini anlamak genelde zordur (13). Klinik yönden yaşlı hastaların prezentasyonu gençlere göre daha farklı olabilir. Laboratuvar değerleri

değişken olup, komorbid hastalıkları tanıyı güçleştirebilir. İşitme problemi, konfüzyon, dizartri ve mental durum değişiklikleri nedeniyle kooperasyonu sağlamak ve hastaların şikayetlerini anlamak güç olabilir (14). Hastanın acil servise başvurmasına neden olan medikal problemler de mevcut bilinç durumunu değiştirebilir, bu nedenle de hastayla iletişimde sorunlar yaşanabilir. Acil serviste hasta değerlendirmeleri genellikle hedefe yönelik olarak yapılmaktadır ama bu durum yaşlı hastalarda farklıdır. Yaşlı hastaları değerlendirirken daha ayrıntılı anamnez ve fizik muayene yapılması önerilmektedir. Ayrıntılı laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine ihtiyaç duyulabilir. Hatalı teşhis konma ihtimali daha fazladır (12). Acil servis doktorları yaşlı hastaları değerlendirirken daha fazla zaman harcadıklarını ve uzmanlık eğitimi sırasında aldıkları eğitimin bu açıdan yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (15). Birden fazla ilaç kullanımı yaygındır ve ilaç etkileşim ihtimali bu yüzden çok yüksektir. Azalmış fonksiyonel rezervleri olabilir ve sosyal desteğe ihtiyaç duyabilirler. Sağlık problemleri yanında psikososyal problemler de yaşlı hastalarda sık görülmektedir (12). Bu nedenlerle yaşlı hastaların acil bölümlerinde değerlendirilmesi ve sonuçlandırılması acil servis doktorları üzerinde negatif etkiler doğurabilir. Acil hekimleri diğer yaş gruplarına göre daha dikkatli olmak zorundadırlar. Yapılan bir araştırmada acil hekimlerinin yaşlı hastaları değerlendirirken kendilerini daha güç durumda hissettikleri ve daha zor teşhis koydukları bulunmuştur (12).

Tipik olmayan bulgular ile başvurmalarından dolayı yaşlı hastaların acil servislerde değerlendirilmeleri zorlayıcıdır. Tanı konduktan sonra tedavisinin düzenlenmesinde de benzer zorluklar yaşanmaktadır. Standart tedavi rejimleri yaşlanmanın yol açtığı çeşitli fizyolojik değişiklikler nedeniyle etkilenmektedir. Bilişsel düzeydeki azalmalar, duyma ve işitmedeki kayıplar da tedavinin etkinliğini değiştirebilmektedir (15).

Geriatric hastalar ile ilgili protokollerin oluşturulması, eğitilmiş personel varlığı ve geriatric hasta merkezli fiziksel ortam hazırlanması gibi girişimlerin deliryum, iatrojenik komplikasyonlar, maliyet ve hastanede kalış sürelerini azaltmakta; hastaların uzun dönem sonuçlarında olumlu etkiler yaratmakta ve hasta, hasta yakını ve doktor memnuniyetini arttırmaktadır (16).

Başvuru nedenlerine göre yaşlı hastalar sınıflandırıldığında:

### **E.1. Nörolojik Kaynaklı Başvurular**

Yaşlanmayla birlikte santral sinir sisteminde oluşan değişiklikler nedeniyle bu grup hastalarda nörolojik hastalıkların görülme sıklığı oldukça artmıştır. Demans, deliryum, serebrovasküler hastalıklar ve bunlara bağlı denge sorunları, motor aktivitelerdeki azalmalar hastaların günlük yaşamlarını oldukça etkilemektedir. Gerek bu hastalıkların kendileri, gerekse de yol açmış oldukları ikincil durumlar sonucu acil servislere ciddi hastalıklar ile başvurular olmaktadır (17).

3851 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %13.4'ünün nörolojik bulgularla acile başvurduğu tespit edilmiştir ki bu da tek bir hastalık grubu için yüksek bir düzeydir (18).

Yapılan çalışmalarda acil servislere nörolojik sebeplerle başvuruların genellikle aciliyet seviyesi yüksek nedenlerle olduğu görülmüştür. Bu durumların tanı konması zordur. Deliryum ve senkop gibi hastalıklarda ayrıntılı hikâye ve fizik muayene gereklidir. Tedavi ve tanıya yönelik olmalıdır ve refleks olarak antipsikotiklerin reçetelenmesinden kaçınılmalıdır. Spinal kord basılarının tipik bulguları ve işaretleri için dikkatli olunmalıdır. Yaşlılardaki nörolojik aciller hızlı ve atak tedavi gerektirir, gereken olgulara acil nöroloji veya beyin cerrahisi konsültasyonu istenmelidir (19).

### **E.2. Kardiyak Kaynaklı Başvurular**

Kardiyak kaynaklı başvurular acil servise en sık başvuru nedeni olabilmektedir. Yaşlanmayla birlikte kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler bu sisteme bağlı hastalıkların ciddi oranda artmasına neden olur. Kardiyovasküler sistem hastalıklarına ikincil gelişen durumlarda hayatı tehdit edici durumlara ve günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya neden olabilir (1).

Yaşlı hastalarda fizyolojik kapasitenin az olması nedeniyle daha kötü sonuçlar alınır, bunda tanı almadaki ve tedavideki zorluklar da nedendir. Yaşlı hastalarda hipertansiyon sıklığı artmıştır. Bu ve diğer fizyolojik nedenlerden dolayı akut koroner sendrom, konjestif kalp yetmezliği, disritmiler, aortik diseksiyon ve rüptüre abdominal aort anevrizması sık görülür (20).



### **E.3. Solunum Kaynaklı Başvurular**

Yaşlanmayla birlikte akciğerlerde meydana gelen değişiklikler sonucunda solunum sistemi problemleri giderek artmaktadır. Bu sorunda sigara kullanımı, hava kirliliği gibi çevresel etmenler de rol oynar. Çoğu yaşlıda görülen orofaringeal disfaji, altta yatan çoklu hastalık durumları (serebrovasküler olay, demans, vb.) aspirasyon pnömonisi riskini artırır (21).

Beslenme bozuklukları, T-hücre fonksiyonu azalması, mukosilyer aktivitede azalma, kötü ağız hijyeni, yutma fonksiyonunda azalmalar da enfeksiyon ve aspirasyon riskini artırır. Acil servise solunum problemi ile başvuran ve yaş ortalaması 80 olan 514 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada konjestif kalp yetmezliği %43, toplumdan kazanılmış pnömoni %35, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) %32, pulmoner tromboemboli (PTE) %18 altta yatan durum olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların %47'sinde birden fazla tanı vardır. Acil servise solunum problemi ile başvuran yaşlı hastalarda altta yatan çok ciddi sorunlar olabilmektedir. Yine pulmoner nedenlerle başvuran hastalarda hastaneye yatış ve tekrarlayan acil servis başvuruları sık görülmektedir. Mortalite ve morbidite oranları da bu hastalarda yüksektir (22).

### **E.4. Sindirim Sistemi Nedenli Başvurular**

Gastrointestinal sistemin fizyolojik değişiklikleri, çoklu ilaç kullanımı, mukozanın rejenerasyon kapasitesinin azalması, kanlanmanın azalması tüm diğer sistemlerde olduğu gibi gastrointestinal sistem hastalıklarını da yaşla birlikte artırmaktadır. Yaşlanmayla birlikte bu sistemin kanserleri de artmaktadır. Gastrointestinal sistemin fonksiyon bozukluklarına bağlı olarak malnütrisyon da görülür. Malnütrisyon pek çok başka hastalığın oluşmasına zemin hazırlamakta ve mevcut hastalıkların gidişini kötüleştirmektedir (23).

### **E.5. Ortopedi ve Travma Kaynaklı Başvurular**

Yaşlanmanın getirdiği sinir sistemi ve kas-iskelet sistemi üzerindeki değişiklikler yaşlılarda travma ve bu travmaya bağlı ortopedik problemleri beraberinde getirir. Hastalar kemik dokulardaki kayıplar nedeniyle minör travmalarda bile ciddi kırık riski altındadır. Ayrıca bu kırıklar nedeniyle de ciddi mortalite ve morbiditeye maruz kalırlar. Yaralanmalara bağlı ölümlerin %25'ini yaşlılar oluşturur, A.B.D.'de 65 yaş üzeri hastalarda travma 7. en sık ölüm

nedenidir. Yaşlı hastalar daha ciddi yaralanmalara maruz kalırlar, yandaş hastalıklarının olma riski daha yüksektir, daha sık komplikasyona maruz kalırlar ve genç hastalara göre travma nedeniyle daha sık ölümler. 80 yaşın üzerindeki hastalarda travma ciddi kalıcı sakatlıklara neden olur. Yaşlı hastalar daha sık düşük enerjili ve ev içi kazalarda yaralanırlar. Düşmeler 65 yaş üzerindeki hastalarda en sık travmatik beyin yaralanması nedenidir ve 80 yaş üzerindeki için travmaya bağlı ölümlerin en sık nedenidir (24).

Kadınların hayat boyu %40 kalça kırığı, bilek kırığı ve vertebral cisim kırığı riski vardır, bu oran erkeklerde %25'ir. Kalça kırığı olan hastaların yaklaşık %20'si ilk bir yıl içinde ölümler. Üçte biri tam bağımlı, yarısı da yarı bağımlı olur (25).

#### **E.6. Enfeksiyon Kaynaklı Başvurular**

Yaşlanma ile immün mekanizmalardaki zayıflamalar nedeniyle enfeksiyon durumlarında artış gözlenir. Altta yatan hastalıkların artması da (KOA, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı, vb.) enfeksiyonlara zemin hazırlar. Yaşlı hastalar acil servislere büyük oranda akut enfeksiyonlar nedeniyle başvurur. Yaşlılar genç hastalara göre spesifik olmayan bulgu ve işaretler gösterirler, daha ciddi tablolarla başvurular ve saptanan organizmalar antibiyotiklere daha dirençlidir. Acil servis doktorlarının şüphe eşiğini düşük tutması ve şüphe varlığında toplumda saptanan mikroorganizmalara yönelik ampirik antibiyotik tedavisi başlaması önerilir (26).

#### **E.7. Onkoloji Kaynaklı Başvurular**

Yaşlanmayla birlikte tüm sistemlerde görülen kanserlerde artış olmaktadır. Tıptaki gelişmeler sayesinde kanserle yaşam süresinin uzaması, bu hastaların acil servis başvurularını artırmıştır. Hem yaşlılık hem de kanserin birlikteliği bu hastaları değerlendirmeyi oldukça zorlaştırmaktadır. 27765 erişkin hastanın değerlendirildiği Asya'da yapılan bir çalışmada, hastaların %24'ü 65 yaş üzeri ve bu yaşlı hastaların da %5.6'sı (en sık 2. başvuru) kanser nedeni başvurulardı (27).

#### **E.8. Nefroloji Kaynaklı Başvurular**

Yaşlanmadan etkilenen bir diğer sistem de böbreklerdir. Yaşlanmayla birlikte süzme kapasitesi ve böbreklere giden kan akımının azalması, sadece

böbrek fonksiyonlarını değil, çoklu ilaç kullanımı olan yaşlı hastalarda ilaç etkileşimlerini ve yan etkilerini de etkilemektedir. Renal fonksiyonlarda azalmalar yaşlılarda sıvı ve elektrolit bozukluklarına da yol açar (6).

Yaşlı hastalardaki ilaç yan etkilerini araştıran bir çalışmada evde tedavi alan ve hastaneye yatan hastaların %14'ünde yatış nedeni olarak ilaç yan etkisi bulunmuş, bu hastaların üçte birinde bozulmuş böbrek fonksiyonu tespit edilmiştir. Bu hastalarda genel olarak ileri yaştaki kadın hastalar olarak tespit edilmiştir (28).

### **E.9. Genitoüriner Kaynaklı Başvurular**

Yaşlanma ile kadın ve erkek genitoüriner sisteminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşam kalitesi bozulur ve acil servis başvurularında artışlar olur. İnkontinans, prostatizm gibi nedenlerle üriner sistem enfeksiyonları artar, bu nedenlerle de acil servislere hayatı tehdit edici (ürosepsis, akut böbrek yetmezliği, vb.) durumlara kadar gidebilen sebeplerle başvurular olmaktadır (8).

İzmir bölgesinde yapılan bir çalışmada acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri 7630 hastanın 1365'inin (%9.02) üriner sistem hastalıkları (en sık 3. neden) nedeniyle başvurduğu tespit edilmiştir (29).

### **E.10. Cerrahi Kaynaklı Başvurular**

Gerek yaşlı hastaların travmaya sık maruz kalmaları ve minör travmalardan ciddi etkilenmeleri, gerekse yaşlanmanın getirmiş olduğu etkiler nedeniyle yaşlı hastalarda cerrahi problemlere de sık rastlanır (8).

Acil servise karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada karın ağrısı çalışma dönemindeki tüm acil servis başvurularının %13.3'ünü oluşturmuştur. Tüm karın ağrısı nedeniyle başvuruların da %13.5'ini 65 yaş ve üzeri grup oluşturmuştur. %22.6 hastada tespit edilen akut kolesistit ise en sık konulan tanıdır. Hastaların %63.2'si hastaneye yatış almış ve %47.8'inde cerrahi tedavi yapılmıştır (30).

Cerrahi kliniklerine yatırılan hastaların retrospektif olarak değerlendirildiği başka bir çalışmada 70 yaş ve üzeri hastalar tüm hastaların %15.1'ini oluşturmaktadır. Bu grup ayrıca acil vakaların %20.7'sini oluşturmaktadır. Yaşlı hastaların %47.8'i acil durumlar nedeniyle yatırılmıştır,

gençlerde bu değer %32.53 olarak bulunmuştur. Kanseri vakaları yaşlı hastalarda %16.72 iken genç hastalarda %6.98'dir. Abdominal aciller %83.59 ile en yüksek cerrahi grubunu oluşturmaktadır (31).

#### **E.11. Psikiyatri Kaynaklı Başvurular**

Psikiyatrik problemler sanılanın aksine yaşlı hastalarda daha sık seyretmektedir. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaların azlığı ve acil servislerde yaşlı hastaların psikiyatrik problemlerinin farkındalığının düşük olması bu hastaların değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (32).

Bir psikiyatri acil servisinde yapılan bir çalışmada hastaların yarısında psikiyatrik hastalık hikâyesi bulunmuş. Üçte birinde kronik organik beyin hastalığı, üçte birinde de affektif bozukluk tespit edilmiştir. %22.9 hasta da ilaçların yanlış kullanımı nedeniyle başvuru tespit edilmiş ve hastaların çoğunda başvuru nedeni acil olarak değerlendirilmemiş ve başlangıç bulgularının en az altı aydır mevcut olduğu görülmüş (33).

#### **E.12. Endokrinolojik Nedenlerle Başvurular**

Yaşlanmanın getirdiği değişimler tüm endokrin sistem üzerinde etkisini gösterir. Endokrin sisteminin değişiklikleri tüm sistemleri etkiledikleri ve hastalıklarının bulguları net olmadığı ve geç ortaya çıktığı için ciddi ve hayatı tehdit edici sonuçlar doğurabilmektedirler. Yaşlı hastalarda artmış endokrin hastalıklar tip 2 diabetes mellitus (DM), osteoporoz, tiroid hastalıkları (özellikle hipotiroidi) ve bazı endokrin bezlerin kanserleridir (over ve pankreas). Eklem ağrıları ve uyku bozukluğu gibi sık ve spesifik olmayan şikayetlere yaşlı hastalarda hiperparatiroidizm ve hipofizer yetmezlik gibi ciddi durumlar sebep olabilmektedir. Osteoporoz aciliyet teşkil etmeyen bir hastalıktır. Ama A.B.D.'de 65-74 yaş arasında her 1000 kişiden 6.7'si ve 75-84 yaş arasında her 1000 kişiden 26'si vertebral kırık gibi osteoporozun neden olduğu acil bir durum nedeniyle hastaneye yatış almaktadır. 85 yaş üzerindeki hastalar için rakam her 1000 kişide 39'a kadar çıkmaktadır (34).

#### **E.13. Göz, Kulak-Burun-Boğaz ve Dermatoloji Kaynaklı Başvurular**

Görme, işitme ve cilt yaşlanmadan özellikle etkilenen organların başında gelir. Genellikle bu sistemler ile ilgili bozukluklar hayatı tehdit

etmeseler de kişinin hayat kalitesinde önemli etkileri vardır. Ayrıca görme ve işitme sistemindeki azalmaların yaşlı travmalarına neden olmaları da göz ardı edilmemelidir (1).

10 yıllık bir periyodu kapsayan bir çalışmada epistaksis nedeniyle 4503000 acil servis başvurusu olmuştur. Tüm popülasyon için bu her 1000 kişide 1.7 başvuruyu oluştururken, 70-79 yaş arasındaki kişilerde her 1000 kişide 12'ye kadar çıkmaktadır (35).

### **F. Yaşlılık ve Acil Servise Tekrarlayan Başvurular**

Yaşlı hastalarda acil servis kullanımı giderek artmaktadır. Tıp biliminde meydana gelen gelişmelerle yaşlı nüfusun artması, bu nüfusta daha çok kronik hastalığın olması, kronik hastalıklar için daha çok çeşit ve sayıda ilaç kullanımı, yaşlanma fiziolojisi nedeniyle kullanılan ilaçların daha çok yan etki göstermesi, sosyoekonomik değişiklikler nedeniyle yaşlı hastaların günlük hayata katılımının artması nedeniyle gerek dahili, gerek cerrahi nedenlerle acil servislere yaşlı hastalar daha çok ve daha sık başvurumaktadırlar. Yine sosyoekonomik nedenlerle acil serviste kalış süreleri hastalar için uzamaktadır. Yaşlı hastaların acil servislerde kaldığı sürelerin uzaması morbidite ve mortaliteler üzerine olumsuz etkiler yaratmaktadır. Çünkü acil servisler genel olarak yaşlı hastalar için uygun ortamlar olmaktan uzaktır (9).

Yaşlı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada %37'lik bir tekrarlayan başvuru oranı görülmüş ve risk faktörü olarak da önceki hastane yatışı, anksiyete ve sosyoekonomik yetersizlikler tespit edilmiştir (34).

### **G. Yaşlı Hastaları Değerlendirmedeki Zorluklar**

Yaşlanmanın fiziolojik etkileri, çoklu ilaç kullanımı, acil servislerin alt yapısının yaşlı hasta değerlendirmeye uygun olmaması, bazı hastalıkların bulgularının baskılanması, yaşlı hastalarla ve yakınları ile yaşanan iletişim problemleri bu grup hastaların acil servislerde değerlendirilmesini güçleştirmektedirler. Acil servis doktorlarının ve diğer sorumlu personelin de

yaşlı hastaları değerlendirmede yeterli tecrübelerinin ve isteklerinin olmaması yaşlı hastaların acil servis yönetimlerinin zorluklarından (9).

Yapılan çalışmalarda 65 yaş üzeri hastalarda tipik olmayan bulgular akut koroner sendromda sık görülür. 75 yaş üzerindeki hastalarda bu acil servislere transferde ciddi gecikmelere (50 dakika) neden olmakta, triyaj esnasında da yine bir gecikme gözlenmektedir (37).

Deliryum acil servise başvuran yaşlı hastaların yaklaşık %10'unda görülmekte ancak %35'i tanı alabilmektedir. Ayrıca yaşlı hastalar günde ortalama 3-6 ilaç kullanmakta iken sadece 3-4 ilacın ismini doğru hatırlamaktadır. Aynı durum dozaj, başlangıç endikasyonu gibi ilaç bilgileri için de geçerlidir (37).

## **H. Yaşlılarda Triage**

Yaşın triyaj sistemi üzerine bir etkisi yoktur. Ama yaşlı hastaların acil servislere daha acil şikâyetler ile başvurdukları bilinmektedir. Ayrıca spesifik olmayan bulgularla başvurmaları nedeniyle yaşlı hasta triyajında özellikle dikkatli olunmalıdır. Yaşlı hastaların erken tanı ve tedavi almaları ile daha etkin tedavi olabileceği ve günlük yaşam aktivitelerine eski düzeyden devam edebilecekleri akılda tutulmalıdır. 1200 yataklı bir hastanenin acil servisinde yapılan bir çalışmada acil tanı ve tedavi gerektiren bir tanı alan hastaların triyaj anında daha az acil olarak belirlendiği tespit edilmiş. Bu duruma neden olarak da vital bulguların triyaj anında alınmamış olması, nörolojik durumların iyi değerlendirilememesi, tipik olmayan klinik bulgularla başvurmaları olarak tespit edilmiştir (38).

## **I. Yaşlılarda Hikaye**

Yaşlı hastalar çocuklar ile birlikte değerlendirilirse hikaye almanın en zor olduğu hasta grubunu oluşturur. Hastalarla işitsel ve görsel bozukluklar nedeniyle iletişimin zor olması yanında, geçirilmiş serebrovasküler olay (SVO),

Alzheimer, demans gibi hastalıklar gibi altta yatan problemler de hikaye alımını zorlaştırmaktadır (9).

Yaşlı hastaların kendi ilaçlarını kendi kullandığı durumlarda ilaç isim ve dozajlarını hatırlama zorlukları, birden fazla bakıcı durumunda ise bakım veren kişilerin bilgi eksiklikleri, iyi bir dosyalama sistemi eksikliği de hikaye alımındaki diğer zorluklardır. Tüm zorluklara karşın iyi bir hikaye her hastada olduğu gibi yaşlı hasta grubunda da fizik muayene ile birlikte tanı koymadaki en önemli basamaktır (9).

Deliryum, demans ve azalmış bilinç düzeyindeki değişiklikleri değerlendirmek için de ayrıntılı hikaye almanın önemi büyüktür (8).

### **J. Yaşlı Hastalarda Fizik Muayene**

Yaşlanmanın getirmiş olduğu değişiklikler nedeniyle altta yatan ciddi hastalıklar fizik muayene ile tespit edilemeyebilir. Aynı zamanda kullanılmakta olan ilaçlar da mevcut durumun maskelenmesine neden olabilmektedir. Ciddi enfeksiyon bulguları olan yaşlı hastaların %30'unda ateş olmayabilir. Yaşlı hastalarda tekrarlayan fizik muayeneler de önemlidir. Gerek yaşlılık fizyolojisi gerekse de acil servis gibi bir ortamda hastalarda meydana gelebilecek değişiklikler hızla hastanın durumunun kötüleşmesine neden olabilir (37).

### **K. Yaşlı Hastalarda Laboratuvar Değerlendirilmesi**

Yaşlı hastalarda gerek iyi bir hikayenin alınmasındaki zorluk gerekse de fizik muayenenin yanıltıcı olabilmesi nedeniyle hekimler laboratuvar isteklerine daha çok yönelmektedir. Daha fazla sayıda ve çeşitte yapılan tetkikler hem zaman hem de maliyette artışlara neden olmaktadır. Bu tetkiklerle geçirilen zamanda hastanın tanı ve tedavisinin gecikmemesine özen gösterilmelidir (37).

## **L. Yaşlı Hastalarda Konsültasyonlar ve Görüntüleme Yöntemleri**

Yaşlanmayla birlikte altta yatan hastalıkların artması, polifarmasi ve yaşlı hastaların değerlendirilmesinin getirdiği zorluklar nedeniyle acil servislerde yaşlı hastalara istenen konsültasyon ve görüntüleme yöntemleri için düşük bir eşik değer vardır (8).

Yaşın artması bazı durumlarda görüntüleme yöntemi istemek için yeterli bir neden olabilmektedir. Örneğin 60 yaşın üzerinde Glaskow Koma Skalası 15 bile olsa bilinç kaybı veya amnezisi olan hastaların %28'inde kraniyal görüntüleme patoloji tespit edilmektedir (25).

## **M. Yaşlı Hastalarda İlaç Kullanımı**

Yaşlı hastalar gençlerle kıyaslandığında üç kat daha fazla reçeteli ilaç ve dört kat da reçetesiz ilaç kullanır. İlaç yan etkileri acil servis başvurularının %10'unu ve hastaneye yatışların %25'ine kadarını oluşturabilmektedir. Bir ilaç yerine iki ilaç kullanımı ilaç etkileşimini %13, üç ilaç kullanımı %30, beş ilaç kullanımı %58 artırmaktadır. Bu oran sayı yediye çıktığında %82 olmaktadır. Acil servise başvurularda sık görülen mental durum değişikliği, halsizlik, senkop ve fenalık hissi gibi durumlara yaşlı hastalarda büyük oranda ilaç yan etkileri neden olmaktadır (25).

Yaşlı hastalarda yukarıda sayılan nedenlerle hikaye alırken ayrıntılı bir şekilde ilaç listesi, dozaj, ne zaman, neden başlandığı ve hastanın bu ilaçları nasıl kullandığı mutlaka sorgulanmalı ve iyi bir şekilde dosyaya kayıt edilmelidir. Acil servislerde yaşlı hastalara ilaç başlanırken mutlaka yan etkileri ve birbirleri ile etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır (25).

## **N. Yaşlı Hastalarda Hastaneye Yatış ve Hastanede Kalım**

Yaşlı hastalar gençlerle karşılaştırıldığında hastaneye daha çok yatış alırlar, daha uzun süre kalırlar, acil servisten yatış alma oranları da gençlere göre daha fazladır ve yattıkları süre boyunca daha çok kaynak kullanırlar (8).



A.B.D.'de 2006 yılında acil servis başvurularının %14.5'i yaşı hastalar tarafından yapılmış, bu hastaların %40'ı hastaneye yatırılmış ve bu yatışların da %6'sı yoğun bakımlara gerçekleştirilmiştir. Hastane yataklarını dolduran erişkin hastaların yaklaşık yarısını 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturur (37).

Yaşı hastalar acil servislerde diğer yaş gruplarından daha uzun süre kalırlar (%19-58) ve acil servislerin kaynaklarını daha fazla kullanırlar (40).

### **O. Yaşı Hastalarda Taburculuk**

Taburculuk yaşı hastalarda oldukça iyi planlanmalı ve doğru zamanlarda yapılmalıdır. Basit bir ayak burkulmasında bile hastanın hareket kabiliyetini kısıtlayıp hastayı bağımlı bir hale getirebileceği bu nedenle de devreye evde bakım hizmetleri, gerekirse sosyal hizmetler veya bakım evlerinin girebileceği akılda tutulmalıdır (37).

75 yaş ve üzerindeki, yatış öncesi bağımsız olan hastaların %75'i taburculuk anında tam olarak bağımsız değillerdir. 75 yaş üzerindeki hastaların %15'i ise taburculukta bakımevlerine gitmektedirler (37).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Acil Servis'ine, 10.03.2017-23.05.2017 tarihleri arasında başvuran ve en az bir bölümden konsültasyon istenilen 1000 hasta taranarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmadaki veriler retrospektif olarak ve dosya tarama yöntemi ile elde edilmiştir. Çalışmada 18 yaşını dolduran, gebelik durumu olmayan, travma harici başvurular incelenmiştir. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.05.2017 tarihli 2017-8/19 sayılı onayı ile çalışmaya başlanmıştır.

Her hasta için; ad, soyad, protokol numarası, yaş aralığı, cinsiyet, başvuru saati ve tarihi, başvuru nedeni, kronik hastalıkların varlığı, konsültasyon istenen bölümler ve sayısı, acil serviste kalış süresi ve hastaların sonuçlanma biçimleri kayıt edilmiştir. Veriler toplandıktan sonra SPSS 21.0 Programı'na girilerek istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Değişkenler ortalama  $\pm$  standart hata ya da medyan (minimum : maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Normallik testi sonucuna göre gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız çift örneklem t testi ya da Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları ise Pearson ki-kare testi ya da Fisher' in kesin ki-kare testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya Uludağ Üniversitesi SUAM Acil Servis'e 10.03.2017-25.05.2017 tarihleri arasında başvuran ve en az bir bölümden konsültasyon istenilen 1000 hasta alındı. Bu hastaların %56.9'u (n=569) erkek ve %43.1'i (n=431) kadındı.

Çalışmaya katılanlar yaş değerlerine göre altmış beş yaş ve üstü (n=500) ve altmış beş yaş altı (n=500) olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır. Altmış beş yaş ve üstü katılımcıların %42.6'sı (n=213) kadın iken %57.4'ü (n=287) erkek idi. Buna karşın 65 yaş altı katılımcıların %43.6'sı (n=218) kadın iken, %56.4'ü (n=282) erkek idi ve iki yaş grubu arasında cinsiyet dağılımına göre fark yoktu (p=0.750).

Acil servise başvuru saatleri yaş grupları arasında farklılık göstermektedir (Tablo-3).

1. 00:00-07:59 saatleri arasında acil servise başvuru oranı <65 yaş grubunda daha yüksektir (p=0.002).
2. 08:00-15:59 saatleri arasında acil servise başvuru oranları gruplar arasında farklılık göstermemektedir (p=0.947).
3. 16:00-23:59 saatleri arasında acil servise başvuru oranı ≥65 yaş grubunda daha yüksektir (p=0.002).

**Tablo-3:** Acil servise başvuru saatlerine göre hastalar

Saat	YAŞ		p-değeri
	<65 (n=500)	≥65 (n=500)	
<b>00:00-7:59</b>	101(%20.20)	65(%13)	<b>&lt;0.001</b>
<b>8:00-15:59</b>	173(%34.60)	172(%34.40)	
<b>16:00-23:59</b>	226(%45.20)	263(%52.60)	

Veriler n(%) olarak verilmiştir.

İki yaş grubu arasında acil servise en sık başvuru nedenleri karın ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve yüksek ateş olarak tespit edilmiştir. 65 yaş altı hastalarda en sık başvuru şikayeti karın ağrısı iken, 65 yaş ve üzeri hastalarda en sık başvuru nedeni nefes darlığıdır (Tablo-4).

**Tablo-4:** Acil servise en sık başvuru nedenleri

YAŞ			
<65 (n=500)		≥65 (n=500)	
<b>Karın Ağrısı</b>	107(%21.40)	<b>Nefes Darlığı</b>	97(%19.40)
<b>Göğüs Ağrısı</b>	63(%12.60)	<b>Karın Ağrısı</b>	70(%14)
<b>Nefes Darlığı</b>	38(%7.60)	<b>Göğüs Ağrısı</b>	40(%8)
<b>Yüksek Ateş</b>	33(%6.60)	<b>Yüksek Ateş</b>	37(%7.40)
<b>Halsizlik</b>	23(%4.60)	<b>Genel Durum Bozukluğu</b>	28(%5.60)
<b>Diğer</b>	236(%47.20)	<b>Diğer</b>	228(%45.60)

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir

Ek hastalık görülme sıklığına göre yaş grupları arasında yapılan karşılaştırmaya göre ise;

1. Hipertansiyon görülme sıklığı ≥65 yaş grubunda daha yüksektir.
2. Diyabet görülme sıklığı ≥65 yaş grubunda daha yüksektir.
3. Konjestif kalp yetmezliği görülme sıklığı ≥65 yaş grubunda daha yüksektir.
4. Koroner arter hastalığı görülme sıklığı ≥65 yaş grubunda daha yüksektir.
5. Astım/KOAH görülme sıklığı ≥65 yaş grubunda daha yüksektir.
6. Tabloda verilen diğer ek hastalıkların görülme sıklığına göre yaş grupları arasında fark yoktur (Tablo-5).

**Tablo-5:** Konsültasyon istenen hastalarda kronik hastalıklar

Ek Hastalık	YAŞ		p-değeri
	<65 (n=500)	≥65 (n=500)	
Hipertansiyon	112 (%22.40)	247 (%49.40)	<0.001
Diyabet	63 (%12.60)	118 (%23.60)	<0.001
HL	11 (%2.20)	4 (%0.80)	0.069
KBY	17 (%3.40)	30 (%6)	0.052
KKY	6 (%1.20)	52 (%10.40)	<0.001
KAH	45 (%9)	82 (%16.40)	<0.001
Astım/KOAH	7 (%1.40)	30 (%6)	<0.001

KBY: Kronik böbrek yetmezliği, KKY: Konjestif kalp yetmezliği, KAH:Koroner arter hastalığı

Veriler n(%) olarak verilmiştir.

İstenen konsültasyon sıklığına göre yaş grupları arasındaki karşılaştırmaya göre;

1. Kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları, reanimasyon, göğüs hastalıkları, nöroloji ve onkoloji konsültasyonu istenme sıklığı ≥65 yaş grubunda daha yüksektir.
2. Kadın hastalıkları ve gastroenteroloji konsültasyonu istenme sıklığı <65 yaş grubunda daha yüksektir.
3. Tabloda yer alan diğer konsültasyonların istenme sıklığı bakımından yaş grupları arasında fark yoktur (Tablo-6).

**Tablo-6:** Hastaların konsültasyon istenen bölümlere göre karşılaştırılması

KONSÜLTASYON	YAŞ		p-değeri
	<65 (n=500)	≥65 (n=500)	
Kardiyoloji	82(%16.40)	126(%25.20)	<b>0.001</b>
Nefroloji	28(%5.60)	33(%6.60)	0.509
İç Hastalıkları	39(%7.80)	50(%10)	0.222
Enfeksiyon Hastalıkları	48(%9.60)	118(%23.60)	<b>&lt;0.001</b>
Reanimasyon	31(%6.20)	80(%16)	<b>&lt;0.001</b>
Göğüs Hastalıkları	54(%10.80)	119(%23.80)	<b>&lt;0.001</b>
Genel Cerrahi	66(%13.20)	64(%12.80)	0.851
Nöroloji	73(%14.60)	99(%19.80)	<b>0.029</b>
Nöroşirürji	26(%5.20)	28(%5.60)	0.780
Üroloji	12(%2.40)	19(%3.80)	0.202
KBB	10(%2)	4(%0.80)	0.106
Onkoloji	28(%5.60)	44(%8.80)	<b>0.050</b>
Göğüs Cerrahisi	7(%1.40)	14(%2.80)	0.123
Kadın Hastalıkları	13(%2.60)	0	<b>&lt;0.001</b>
Hematoloji	16(%3.20)	12(%2.40)	0.443
Psikiyatri	7(%1.40)	4(%0.80)	0.363
Dermatoloji	6(%1.20)	4(%0.80)	0.525
Gastroenteroloji	59(%11.80)	34(%6.80)	<b>0.006</b>
Endokrinoloji	6(%1.20)	1(%0.20)	0.124
Romatoloji	3(%0.60)	6(%1.20)	0.506
Göz Hastalıkları	5(%1)	4(%0.80)	1.00
Kalp Damar Cerrahisi	5(%1)	13(%2.60)	0.057

Veriler n(%) olarak verilmiştir.

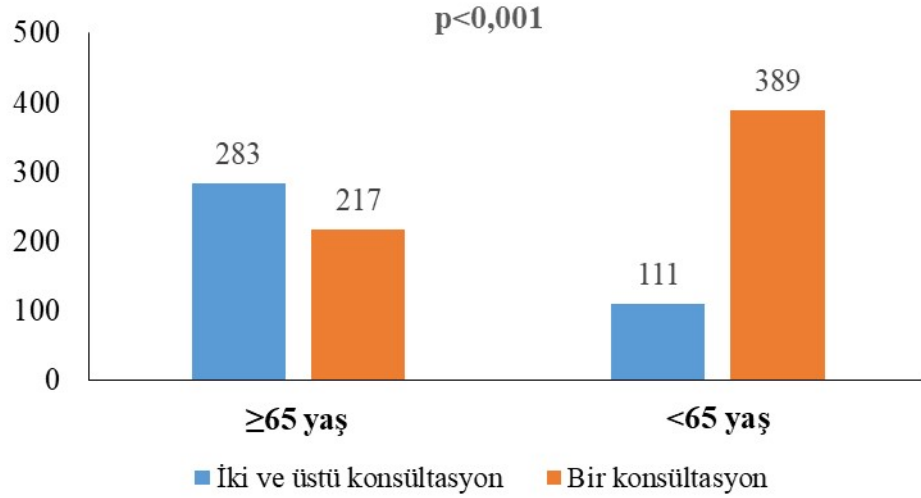
Altmış beş yaş ve üzeri grupta yalnızca bir bölümden konsültasyon istenen hasta oranı %43.4 (n=217) iken, altmış beş yaş altı grupta %77.8 (n=389) olmuştur (Tablo-7).

**Tablo-7:** Konsültasyon sayılarına göre hastalar

Konsültasyon istenen bölüm sayısı	<65 yaş (n=500)	≥65 yaş (n=500)
1	389(%77.8)	217(%43.4)
2	103(%20.6)	215(%43)
3	4(%0.8)	49(%9.8)
4	3(%0.6)	13(%2.6)
5	1(%0.2)	6(%1.2)

Veriler n(%) olarak verilmiştir.

Altmış beş yaş ve üzeri yaş grubunun %56.6'sında (n=283), <65 yaş grubunun ise %22.2'sinde (n=111) en az iki farklı bölümden konsültasyon istenmiş olup, iki ve üzeri konsültasyon istenme sıklığı bakımından yaş grupları arasında fark bulunmuştur (p<0.001) (Şekil-2).



**Şekil-2:** İstenen konsültasyon sayısına göre hastaların dağılımı

Altmış beş yaş ve üstü grubunda (n=500) ortalama acil serviste kalış süresi  $9.23 \pm 0.39$  saat (minimum-maksimum: 1-58), <65 yaş grubunda (n=500) ise  $7.96 \pm 0.32$  saattir (minimum-maksimum: 1-49). 65 ve üzeri yaş grubunda acil serviste kalış süresinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,001).

İki ve üzeri konsültasyon istenen kişilerde (n=394) ortalama acil serviste kalış süresi  $10.74 \pm 0.44$  saat (minimum-maksimum: 1-58), bir

konsültasyon istenen kişilerde (n=606) ise  $7.20 \pm 0.26$  saat (minimum-maksimum: 1-43) olup, iki ve üzeri konsültasyon istenen kişilerde acil serviste kalış süresinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).

Sonuç değişkenine göre yaş grupları arasında fark bulunmuştur. Alt grup analizlerde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

1. Taburcu olanların oranı <65 yaş grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur ( $p=0.004$ ).
2. Klinik yatış oranları bakımından gruplar arasında fark yoktur ( $p=0.595$ ).
3. YBÜ yatış oranı  $\geq 65$  yaş grubunda daha yüksektir ( $p < 0.001$ ).
4. Uygun servis ya da yoğun bakım yeri olmaması nedeniyle sevk oranı  $\geq 65$  yaş grubunda daha yüksektir ( $p=0.009$ ).
5. Acil serviste gözlenen eksitus oranı gruplar arasında farklılık göstermemektedir ( $p=0.124$ ).
6. Tedaviye red oranı <65 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.008$ ).



## TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya nüfusunun giderek yaşlanmasının doğal bir sonucu olarak yaşlılara özgü hastalıklar ve sosyal problemler ile bunlara yönelik çözüm önerileri önem kazanmaya başlamıştır. Türkiye, genç nüfusu fazla olan fakat giderek yaşlanan bir ülke olup, toplum yapısındaki bu değişime hazırlıklı değildir (56).

Acil tıp klinikleri sağlık sistemi içerisinde çok önemli bir yere sahiptir. Toplumda görülen salgın hastalıklar, doğal afetler, nüfus değişimleri gibi etmenler acil servisin hasta popülasyonunu direkt olarak etkilemektedir. Yaşlı hastaların kronik hastalıklarının akut etkileri hastanelere başvuruları ve acil servis kullanımını arttırmaktadır. İlerleyen yıllarda bu sayı giderek artarak acil servis için büyük bir yük olacaktır. Dolayısıyla bu yaş grubunun fizyolojik ve psikososyal özelliklerini kavramak önemli olacaktır (41,42).

Türkiye’de geriatri uzmanının ve servisinin mevcut olduğu hastane sayısı yeterli düzeye ulaşmamıştır. Hastanelerde yaşlı hastaları sahiplenen spesifik klinikler bulunmamakta ve bu nedenle yaşlı hastaların hastaneye yatışlarında problem yaşanmaktadır. Acil Tıp doktorları yaşlılar ile ilgili spesifik bir eğitim almamaktadır (56).

Kadınların nüfus içindeki oranları ve doğumda beklenen ortalama yaşama süreleri genel olarak her toplumda daha fazladır. Bu nedenle yaşlı popülasyonunda kadın oranı daha fazladır. Yapılan bir çalışmada acil servise başvuran yaşlı hastaların %50.3’ü kadın, %49.7’si erkek, diğer bir çalışmada ise %57’si kadın, %43’ü erkek olarak saptanmıştır (41,43,44). Bizim çalışmamızda ise diğer çalışmalardan farklı olarak herhangi bir bölümden konsültasyon istenen yaşlı hastaların %42.6’sı kadın iken,%57.4’ü erkektir. Erkek hasta oranının yüksek olması yaşanan bölgenin nüfus yoğunluğuyla alakalı olabileceği gibi; erkek hastaların daha ciddi nedenlerle acil servise başvurmuş olabileceğini de gösterebilir.

Ünsal ve arkadaşları (41) yaşlı hastaların acil servise başvurularını değerlendirdiklerinde en sık nedenleri hipertansiyon, kardiyak ve pulmoner

hastalıklar, üst solunum yolu ve idrar yolu enfeksiyonu olarak saptamışlar. Kekeç ve arkadaşları (45) geriatric hastaların en sık başvuru sebeplerini metabolik/sistemik hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıklar olarak belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise yaşlı hastalarda en sık başvuru nedenleri nefes darlığı, karın ağrısı ve göğüs ağrısı olarak tespit edilmiştir. Genç hastalarda ise konsültasyon istenen hastaların en sık başvuru nedeni karın ağrısı olarak tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla oranda yatırılarak tedavi edildiği ve hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda yaşlı hastaların hastaneye yatış oranları %18.9, %21.2, %28.2, %59.35 olarak tespit edilmiştir (30,37,46,47). Bizim çalışmamızda ise konsültasyon istenen 65 yaş ve üzeri hastaların %34'ü klinik yatış, %14.4'ü yoğun bakım ünitesine yatış olarak sonuçlanmıştır. Klinik yatış oranı 65 yaş altı hastalarda %35.6 bulunmuş olup, gruplar arasında anlamlı fark yoktur. Konsültasyon istenen hastalar taburculuk açısından incelendiğinde 65 yaş altı hastaların %38.2'si taburcu olmuşken; 65 yaş ve üzeri hastaların ise %29.6'sı taburcu olmuştur. Sonuçlara göre yaşlı hastaların kliniğe ya da yoğun bakıma yatış veya başka bir merkeze sevk oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Salvi ve arkadaşlarının (37) yaptığı bir çalışmada gece saatlerinde hastaların daha az başvurduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda en sık başvuru saatleri 16:00-23:59 olarak tespit edilmiştir. Konsültasyon istenen hastalardan 65 yaş ve üzeri olanların yalnızca %13'ü 00:00-07:59 zaman dilimi arasında başvururken, 65 yaş altı hastalarda bu oran %20.2 olarak tespit edilmiştir. Gece başvurularının az olması hastanemizin şehir merkezinin dışında olması etkilemiş olabilir. En sık başvuru saatleri olarak insanların mesai bitişi ile başlıyor olması nedeniyle, nöbet dağılımının ve acil servis personel sayısının bu saatlere göre belirlenmesi faydalı olabilir.

Acil durumlarda geriatric değerlendirmenin genç hastalara göre daha kapsamlı ve çok yönlü olarak yapılması gerektiği aşikardır. Geriatric acillerde hastanın kapsamlı olarak değerlendirilmesi; fonksiyonel kayıpları, hastaneye tekrar başvuru sayılarını ve uzun süreli bakım ihtiyacını azaltır (48). Geriatric

hastalarla ilgili seminerler düzenlenebilir, bu seminerlere aile hekimleri de dahil edilerek bakım ve tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi hedeflenebilir.

Yaşlılarda kronik hastalıkların varlığını saptamaya yönelik Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre en az bir kronik hastalığa sahip olma oranı %78 olarak belirlenmiştir (49). Literatürde ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerin %90'ında en az bir tane kronik hastalığın varlığı tespit edilmiştir. %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört veya daha fazla kronik hastalık olduğu belirtilmektedir (50). Chiovanda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sıklık sırasına göre pulmoner hastalık, DM, KVS ve demans olarak tespit edilmiştir (51). Çalışmamızda en az bir bölümden konsültasyon istenen 65 yaş ve üzeri hastalarda eşlik eden hastalık bakımından en sık %49.4 ile hipertansiyon tespit edilmiştir. Daha sonra sırasıyla DM %23.6, KAH %16,4 olarak tespit edilmiştir. En az bir bölümden konsültasyon istenen 65 yaş altı hastalarda ise hipertansiyon sıklığı %22.4, DM sıklığı %12.6, KAH sıklığı %9 olarak tespit edilmiştir. Yaşlı hastalarda genç hastalara göre kronik hastalık sıklığı daha yüksektir. Bu nedenle basit bir şikayetle başvursa dahi geriatrik hastalar muayene edilirken her zaman daha dikkatli olunmalıdır.

Loğoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre acil servise başvuran 65 yaş ve üstü hastaların %43.9'undan konsültasyon istenmiştir. Konsültasyon istenen hastaların ise %47.9'una yatış verilmiştir. En sık konsültasyon istenen beş bölüm ise kardiyoloji (%15.2), iç hastalıkları (%13.7), göğüs hastalıkları (%7.4), nöroloji (%6.6) ve genel cerrahi (%3) olarak bulunmuştur (52). Başka bir çalışmada en sık konsültasyon istenen beş bölüm sırasıyla kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi ve nöroloji olarak bulunmuştur (58). Bizim çalışmamızda ise 65 yaş ve üzeri hastalarda en sık konsültasyon istenen bölümler sırasıyla kardiyoloji (%25.2), göğüs hastalıkları (%23.8) enfeksiyon hastalıkları (%23.6), nöroloji (%19.8) ve reanimasyon (%16) olarak bulunmuştur. Yine çalışmamızda 65 yaş altı hastalardan en sık konsültasyon istenen bölümler ise kardiyoloji (%16.4), nöroloji (%14.6), genel cerrahi (%13.2), gastroenteroloji (%11.8) ve göğüs hastalıkları (%10.8) olarak tespit edilmiştir. Kadın hastalıkları ve gastroenteroloji konsültasyonu genç hastalarda daha sık istenirken;

kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları, reanimasyon, göğüs hastalıkları, nöroloji ve onkoloji konsültasyonları yaşlı hastalarda daha çok istenmiştir.

Yaşlılarda görülen ek hastalıklar nedeniyle istenilen konsültasyon sayıları artmaktadır. Loğoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, yaş arttıkça istenen konsültasyon artmaktadır (52). Bizim çalışmamızda 65 yaş ve üzeri konsültasyon istenen hastaların %56.6'sının acil servis takipleri sırasında iki ve üzeri bölüm tarafından değerlendirildiği tespit edilmişken bu oran 65 yaş altı hastalarda %22.2 olarak bulunmuştur. Yaş grupları arasındaki bu ciddi farkın nedeni yaşla beraber gelişen kronik hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonları olarak değerlendirilebilir.

Baum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre yaşlı hastaların acil serviste kalış süresi 5-6 saat olarak tespit edilmiştir (53). Ross ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise acil serviste ortalama kalış süresi 15.6 saat olarak bulunmuştur (54). Satar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise bu süre 2.5 saattir (57). Çalışmamızda ise konsültasyon istenen hastaların ortalama acil serviste kalış süreleri 65 yaş altı hastalarda  $7.96 \pm 0.32$  saat iken, 65 yaş ve üzeri hastalarda ise  $9.23 \pm 0.39$  olarak tespit edilmiştir. Acil serviste kalış süresi yaşlı hastalarda daha uzundur. Bu durum yaşlı hastalarda eşlik eden hastalıkların fazlalığı, kendilerini ifade etmede güçlük çekmeleri, acil servise spesifik olmayan nedenlerle başvurmaları, altta yatan ve ayırıcı tanı yapılması gereken ciddi hastalık olasılığının daha yüksek olması ve daha çok bölümden konsültasyon istenmesi olarak değerlendirilebilir.

Nitekim çalışmamızda iki ve üzeri konsültasyon istenen kişilerde ortalama acil servis takip süresi  $10.74 \pm 0.44$  saat iken, bir konsültasyon istenen kişilerde ise bu süre  $7.20 \pm 0.26$  saat olarak tespit edilmiştir. Konsültasyon sayısı ile hastaların acil serviste kalma süreleri arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Toplumun giderek yaşlanması sonucu kronik hastalıkların oranı artmakta, yaşlı bireylerin hastane başvuruları da giderek artmaktadır. Bu nedenle hastanelerde geriatrik hastalar için uygun servislerin açılması, iç hastalıklarının yan dalı olan geriatri ihtisasının yaygınlaştırılarak geriatri

alanında uzman hekimlerin sayısının artması önerilebilir. Bunun yanında hastane personellerinin tamamının geriatrik hasta bakımı konusunda bilinçlendirilmesi gerekir. Acil servis doktorlarının ise geriatrik hastalarda daha dikkatli olması, eğitim programlarında geriatrik hasta bakımı ile ilgili seminerlere yer verilmesi önerilir.

Türkiye’de geriatri uzmanlığının yaygınlaşması, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve altyapı sorunlarının giderilmesi, interdisipliner geriatri ekiplerin yaygınlaştırılması, devlete ve sivil toplum örgütlerine ait yaşlılık politikalarının oluşturulması, uluslararası geriatri camiası ile entegrasyon ve iş birliği önemli hedeflerdendir. Bunların gerçekleşmesinde ilgili kurum ve kuruluşlara önemli sorumluluklar düşmektedir.

Yan dal eğitiminin yaygınlaştırılıp, eğitim hedeflerinin ortaya konarak rotasyonlarının tamamlanması, huzurevi ve bakımevleri ile iş birliği ve organizasyonun artırılması gereklidir.

Sonuç olarak yaptığımız çalışmada acil servise başvuran ve konsültasyon istenen hastalar tarandığında 65 yaş ve üzeri hastaların genellikle birden fazla bölümü ilgilendiren hastalıkları olduğunu, bu nedenle daha çok bölümden konsültasyon istendiğini tespit ettik. Kronik hastalıkların varlığı nedeniyle multidisipliner bir yaklaşımla takip ve tedavilerinin yapılması daha uygundur. Yaşlı hastaların klinik ve yoğun bakım yatış oranları daha yüksektir. Bunları göze alarak yaşlı hastaların geriatri kliniğinde, geriatri uzmanı eşliğinde takipleri daha uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Arıoğlu S. Geriatriye giriş. Yasavul U (editör). Ankara: Hacettepe İç Hastalıkları 2003; 809-11.
2. Roy H, Russell C. The encyclopedia of aging and the elderly. Sheri W (eds). New York: Medrounds; 2006.
3. Türkiye'deki yaşa göre nüfus projeksiyonları 2015. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>. (Erişim Tarihi: 29.12.2017).
4. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010;49(3):39-45.
5. Nüfus projeksiyonları 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do%3Fid%3D15844>. (Erişim Tarihi: 10.12.2017).
6. Ülkelere göre yaşam süreleri 2015. <http://wikiyours.com/makale/ulkelere-gore-yasam-sureleri>. (Erişim Tarihi: 17.12.2017).
7. Hwang U, Morrison RS. Journal of the American geriatrics society 2007;55(11):1873-6.
8. Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. <http://www.nobelmedicus.com/tr/Makale.aspx?m=101>. (Erişim Tarihi: 29.12.2017).
9. Mattu A. Geriatric emergency medicine. 2006;24:13-4.
10. Sanders AB. The elder patient in emergency medicine: a comprehensive study. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (eds). New York: Mc Graw Hill 2004. 1896-900.
11. Taymaz T. Acil polikliniğinden yatırılan geriatric hastaların ayrıntılı irdelenmesi, Akad Geriatri 2010;2:167-75.
12. Kutsal YG (editör), Aslan D (editör yardımcısı). Temel geriatri. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevleri Yayını, 2007.
13. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. Canadian Medical Association Journal 2007;177(11):1362-8.
14. Karadağ B, Çat H, Öztürk AO, Basat O, Altuntas Y. Acil polikliniğine başvuran ve gözleme alınan hasta profili: Üç yıllık inceleme, Akad Geriatri 2010;2:176-85.
15. Wilber ST, Gerson LW. A research agenda for geriatric emergency medicine. Acad Emergency Medicine 2003;10(3):251-60.
16. Hwang U, Morrison RS, The geriatric emergency department, Journal of the American Geriatrics Society 2007;55(11):1873-6.
17. Koc F, Kekeç Z, Büyük S. Acil servise baş ağrısı yakınması ile başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2010;13(1):1-4.
18. Koç F, Kekeç Z. Acil servise başvuran geriatri olgularının nörolojik yönden irdelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2011;14(2):117-21.

19. Pousada L. Common neurologic emergencies in the elderly population. *Clinics in Geriatric Medicine* 1993;9(3):577-90.
20. Gupta R, Kaufman S. Cardiovascular emergencies in the elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2006;24(2):339-70.
21. Varkey AB. Aspiration pneumonia. <http://emedicine.medscape.com/article/296198-overview> (Erişim Tarihi: 30.12.2017).
22. Ray P, Al-Harty A. Management of acute respiratory failure in elderly patients - prognosis and risk factors. *Emergency Medicine and Critical Care Review* 2006;9(2):70-4.
23. şentürk Ö. Yaşlılık ve gastrointestinal sistem. [http://www.dromersenturk.com/ders\\_sunuyaslilik-ve-gastrointestinal-sistem.pdf](http://www.dromersenturk.com/ders_sunuyaslilik-ve-gastrointestinal-sistem.pdf) (Erişim Tarihi: 11.12.2017).
24. Blumenthal J, Plummer E, Steven R, Gambert RS. Trauma in the elderly: causes and prevention. *Clinical Geriatrics* 2010;18(1):21-4.
25. Meldon S, Ma JO, Woolard R. *Geriatric Emergency Medicine*. New York: McGraw Hill; 2004.
26. Caterino JM. Evaluation and management of geriatric infections in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2008;26(2):319-43.
27. Hu SC, Yen D, Yu YC, Kao WF, Wang LM. Elderly use of the ED in an asian metropolis. *The American Journal of Emergency Medicine* 1999;17(1):95-9.
28. Hellden A, Bergman U, Von Euler M, et al. Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. *Drugs and Aging* 2009;26(7):595-606.
29. şahin S, Boydak B, Savaş MS, Yalçın A, Akçıçek F. Acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların özellikleri. *Akademik Geriatri Dergisi* 2011;3:41-6.
30. Durukan P, Çevik Y, Yıldız M. Acil servise karın ağrısıyla başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2005;8(3):111-4.
31. Coros MF, Copotoiu C, Copotoiu S, et al. Surgical Emergencies in Elderly. *Chirurgia* 2008;103(3):283-90.
32. Kulaksızoğlu IB. Yaşlılık ve psikiyatrik hastalıklar. 2011 [http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg\\_22\\_4/11.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/11.pdf). (Erişim Tarihi: 10.12.2017).
33. Puryear DA, Lovitt R, Miller DA. Characteristics of elderly persons seen in an urban psychiatric emergency room. *Hospital & Community Psychiatry* 1991;42(8):802-7.
34. Green MF. Endocrinologic disorders elderly. *British Medical Journal* 1974;9(1):232-6.
35. Pallin DJ, Chng YM, McKay MP, et al. Epidemiology of epistaxis in US emergency departments, 1992 to 2001. *Annals of Emergency Medicine* 2005;46(1):77-81.
36. Naughton C, Drennan J, Treacy P, et al. The role of health and non-health related factors in repeat emergency department visits in an elderly urban population. *Emergency Medicine Journal* 2010;27(9):683-7.

37. Salvi F, Morichi V, Grilli A, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal and Emergency Medicine* 2007;2(4):292-301.
38. Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, et al. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Medical Weekly* 2005;135(9-10):145-50.
39. Birnbaumer D. The elder patient. In: J. Marx, Mosby (eds). *Rosen's Emergency Medicine*. 2009: <https://clinicalgate.com/the-elder-patient/>. (Erişim Tarihi: 10.12.2017).
40. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review* 2011;68(2):131-55.
41. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan ÇO. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;83-8.
42. Rodoplu Ü, Ersoy G. Acil serviste geriatrik hastaya yaklaşım. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 2003;3(1):20-9.
43. Şahin S, Boydak B, Savaş S, Yalçın A, Akçiçek F. Acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların özellikleri. *Akad Geriatri* 2011;3:41-6.
44. Mert E. Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006;9(2):70-4.
45. Kekec Z, Koc F, Büyük S. Acil serviste yaşlı hastaların yatışlarının gözden geçirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2009;8(3):21-4.
46. Gülalp B, Aldinç H, Karagün Ö, Çetinel Y, Benli S. Geriatri hastasının acil serviste şikayet ve sonuçlandırılışı. *Turkish Journal Emergency Medicine* 2009;9(2):73-7.
47. Schumacher JG, Deimling GT, Meldon S, Woolard B. Older adults in the emergency department: predicting physicians' burden levels. *Journal of Emergency Medicine* 2006;30:455-60.
48. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Efficiency and applicability of the comprehensive geriatric assessment in the emergency demartment: a systematic review. *Aging Clinical Experimental Research* 2010;5:1-8.
49. Poncia HDM, Ryan J, Carver M. Next day telephone follow up of the elderly: a needs assessment and critical incident monitoring tool for the accident and emergency department. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 2001;17(5):337-40.
50. Fadiloğlu Ç, Tokem Y, Geriatrik rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7(4):241-6.
51. Leung MFE. Team approach and comprehensive geriatric assessment. *Geriatrics and Gerontology International* 2004;40:41-4.
52. Loğoğlu A. Acil Servise Başvuran Geriatrik Hastaların İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). Mersin: Mersin Üniversitesi; 2013.
53. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in emergency room: age-related differences in emergency department use and care. *Journal of the American Geriatrics Society* 1987;35:398-404.



54. Ross MA, Compton S, Richardson D, et al. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Annals of Emergency Medicine* 2003;41(5):668-77.
55. Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL, et al. Emergency department utilization by the elderly: analysis of the national hospital ambulatory medical care survey. *Academic Emergency Medicine* 1996;3(7):694-9.
56. Türkay A. Türkiye'deki Acil Tıp Uzman ve Araştırma Görevlisi Doktorların Geriatrik Hastalara Bakış Açısı (Uzmanlık Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2012.
57. Bozkurt S. Bir Aylık Dönemde Acil Servise Başvuran Yaşlı ve Genç Hastaların Acil Servis Başvurularının Karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2005.



## TEŞEKKÜR

Acil Tıp Uzmanlık eğitimim süresince değerli katkıları ve çalıőmamın gerçekleşmesinde, asistanlık eğitimim süresince yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesinden yararlanma olanağı sağlayan, tez danışmanım sayın Doç. Dr. Halil İbrahim ÇIKRIKLAR'a, değerli hocalarım; Prof. Dr. Erol ARMAĞAN'a, Prof. Dr. Őule AKKÖSE AYDIN'a, Prof. Dr. Şahin ASLAN'a, Doç. Dr. Özlem KÖKSAL'a, Doç. Dr. Halil KAYA'ya, Uzm. Dr. Fatma ÖZDEMİR'e ve Uzm. Dr. Aslıhan DURAK'a sonsuz saygı ve Őükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi süresi boyunca her zaman saygı ve sevgiyle acil serviste birlikte çalıőtığımız değerli asistan, hemőire ve personel arkadaşlarıma, her konuda sabırla yardımcı olan, destekleyen, benimle birlikte bu süreci yaşayan eşim Betül KOÇAK'a desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Aksaray'da doğdum. Ankara Atatürk Lisesi'nden 2005 yılında mezun oldum. 2005 yılında kazandığım Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2011 yılında mezun oldum. Yaklaşık iki yıl boyunca Karabük Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak çalıştım. Nisan 2013'te Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile kazandığım Bursa Şevket Yılmaz EAH Acil Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladım. Haziran 2016'da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne geçiş yaptım ve uzmanlık eğitimime burada devam ettim. 2017 yılında eşim Betül KOÇAK ile evlendim.