



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

ACİL SERVİSE BAŞVURAN GERİATRİK HASTALARIN
İNCELENMESİ

Dr. AYŞEGÜL LOĞOĞLU
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. CÜNEYT AYRIK

MERSİN – 2013



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

ACİL SERVİSE BAŞVURAN GERİATRİK HASTALARIN
İNCELENMESİ

Dr. AYŞEGÜL LOĞOĞLU
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. CÜNEYT AYRIK

MERSİN – 2013

TEŞEKKÜR

Acil Tıp Uzmanlığı eğitimim süresince destekleriyle her zaman yanımda olan hocam, Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım **Sayın Doç. Dr. Cüneyt AYRIK'a**, uzmanlık eğitimimde ve tezimin hazırlanmasında destek ve katkılarından dolayı **Sayın Yrd. Doç. Dr. Seyran BOZKURT'a** ve **Sayın Yrd. Doç. Dr. Ataman KÖSE'ye**, uzmanlık tezimin istatistiksel analizlerinde desteklerinden dolayı, **Sayın Didem OVLA'ya**, uzmanlık eğitimim süresince her türlü zorluğa birlikte katlandığımız ve çalışmaktan mutluluk duyduğum **Sevgili Asistan Arkadaşlarıma**,

Varlıkları ve destekleri ile hayatıma anlam katan **Aileme**,

Sonsuz teşekkür ederim

Dr. Ayşegül LOĞOĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZET	4
ABSTRACT.....	5
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2. 1. Tanım.....	9
2. 2. Toplumların yaşlanması.....	9
2. 3. Yaşlılıkta oluşan fizyolojik değişiklikler	10
2. 3. 1 Kardiyovasküler sistem.....	10
2. 3. 2. Solunum sistemi.....	11
2. 3. 3. Gastrointestinal sistem.....	11
2. 3. 4. Renal sistem.....	12
2. 3. 5. Kas iskelet sistemi	13
2. 3. 6. Nörolojik sistem.....	13
2. 4. Farmakolojik etkiler.....	16
2. 5. Yaşlılarda morbidite ve mortalite	16
2. 6. Yaşlıların sağlık sorunları	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
4. BULGULAR.....	20
5.TARTIŞMA	33
6.SONUÇ.....	39
7. KAYNAKLAR	41
8.KISALTMALAR.....	46
9.TABLO DİZİNİ.....	47
10. ŞEKİLLER DİZİNİ	48

ÖZET

Çalışmamızda hastanemiz acil servisine başvuran yaşlı hastaların demografik, çeşitli klinik özellikleri ve sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

Çalışmamıza, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servisine 1 Aralık 2011-30 Kasım 2012 tarihleri arasında 12 aylık dönemde başvuran tüm 65 yaş ve üstü 11238 hasta alındı. Travma hastaları dışlandıktan sonra %10 rastgele örneklemeinden elde edilen 949 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma geriye yönelik olarak yapıldı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %53,8'i kadın, %46,2'si erkekti. Genç yaşlıların başvuru oranı diğer yaş gruplarına göre yüksekti. Çalışmamızda 65 yaş üzeri hastalarda en sık görülen beş kronik hastalık; HT (%40,8), KAH (%26,6), DM (%22,4), KKY (%11,1) ve Astım-KOAH (%10,7) olarak bulundu. 65 yaş üstü hastalarda kardiyak ilaçlar (%57) en sık kullanılan ilaç grubuydu. 65-74 ile 75-84 yaş grupları arasında antiagregan (p=0.029) ve nörolojik ilaçların kullanımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardı (p=0.014). 65 yaş üzeri hastaların başvuru şikayetleri değerlendirildiğinde en fazla başvurunun sırasıyla pulmoner sistem (%29,2), GİS (%27,8), SSS (%19) ve KVS'e (%18,8) ait şikayetler olduğu görüldü . En sık konsültasyon istenen üç bölüm kardiyooloji (%15,2), iç hastalıkları (%13,7) ve göğüs hastalıkları (%7,4) olarak bulundu ve yaş arttıkça konsültasyon istenme oranlarının arttığı tespit edildi (p=0,003). Acil servise başvuran 65 yaş ve üstü hastaların %75'i taburcu olurken, %21,1'nin yattığı bulundu. Yatışı yapılan hastaların %62,5' i servise, %37,5'inin yoğun bakıma yatırıldığı saptandı. Acil servisten taburcu edilen hastaların ortalama 162,70±170 dakika, yatan hastaların ortalama 220,56±302,158 dakika acil serviste kaldıkları tespit edildi (p<0.001). 85 yaş ve üzeri hasta grubunun acil serviste daha uzun süre kaldıkları ve hastaların ortalama 4±6,6 gün hastanede yattıkları bulundu. Konsültasyon istenen hastaların acil serviste anlamlı olarak daha uzun süre kaldıkları bulundu (p<0.001).

Sonuç olarak acil servise başvuran yaşlı hasta sayısının fazla olması acil servis çalışanlarının geriatri konusunda bilgi sahibi olması zorunluluğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: yaşlı hasta, acil servis, klinik özellik

ABSTRACT

In our study ,we aimed to investigate, the demographic, clinical characteristics and outcomes of elderly patients admitted to the emergency department

In our study, 11238 patient, aged 65 years and over, who were admitted to the department of the Mersin University Medicine Faculty emergency department between 1 December 2011 to 30 November 2012, 12 month period, were included. After exclusion of patients with trauma, derived from random sampling of 10%,949 patients were included in the study. Retrospective study was performed.

Of patients included in the study, 53.8% were female, 46.2% were male. The application rate of the young elderly were higher than other age groups. In our study, the five most common chronic disease in patients over the age of 65 were found to be, HT (40.8%), coronary artery disease (26.6%), diabetes mellitus (22.4%), congestive heart failure (11.1%), and asthma-chronic obstructive pulmonary disease (10.7%). Cardiac medications in patients over the age of 65 (57%) is the most commonly used drug groups. Between the age groups 65-74 and 75-84, and there was statistically significant difference in terms of usage neurological drugs ($p = 0.014$). Evaluation of patients and antiplatelet ($p = 0.029$) over the age of 65 complaints shows that the maximum application reasons were pulmonary system (29.2%), gastrointestinal (27.8%), CNS (19%) and CVS (18.8%) complaints. The most commonly requested consultation were from three departments, cardiology (15.2%), internal medicine (13.7%) and chest diseases (7.4%), were and consultation rates were increased with increasing age ($p=0,003$). Of patients with age 65 and older admitted to the emergency department, 75% were discharge, 21.1% were hospitalized. 62.5% of hospitalized patients were admitted to the hospital's service, 37.5% were invested in the intensive care unit. Patients discharged from the emergency department were found to be stayed in the emergency department average 162.70 ± 170 minutes, whereas patients hospitalized with an average 220.56 ± 302.158 minutes ($p < 0.001$). Group of patients over the age of 85 staying longer in the emergency department and hospitalization of the patients were found to be average 4 ± 6.6 days found. consulted patients were found to be stayed in the emergency department longer ($p < 0.001$).

As a result, the number of elderly patients admitted to the emergency room to be more urgent the necessity of the service staff to be knowledgeable about geriatrics.

Keywords: elderly patients, emergency department, clinical features

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık insan yaşamının geri dönüşümsüz bir süreci olarak kabul edilmektedir. İnsan ömrünü uzatmayı hedef almış çalışmalar ve ileri sürülen teoriler, yaşlanmanın sadece biyolojik bir süreç değil, psikolojik, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerin birlikte hazırladığı bir sonuç olduğunu ortaya koymaktadır^{1,2}. Birleşmiş Milletler yaşlılığı 60 yaş ve üzeri olarak tanımlarken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronolojik bir sınır belirleyip 65 yaş ve üstü yaş grubunu yaşlı olarak tanımlamıştır³. Bu kronolojik tanımlamaların yanı sıra yaşlılığın biyolojik, sosyal, ekonomik, fizyolojik ve kültürel tanımları yapılmaktadır¹.

Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı, 1985 yılında %4,2 iken, 2000 yılında %5,6’ya yükselmiştir. Bu oranın 2020 yılında %7,7’ye yükselmesi beklenmektedir⁴. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte, bu yaş grubuna özgü sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunların başında sağlık problemleri ve sosyal problemler gelmektedir.

Yaşlılıkla birlikte kas gücünde, kemik kitlesinde ve solunum kapasitesinde azalma, bağışıklık sisteminde zayıflama, beslenme bozuklukları, kanser baskılayıcı genlerin çalışmasında azalma, kan basıncı değişiklikleri ve bazı hormonal değişiklikler olur. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalık insidansı artmakta buna bağlı olarak sakatlıklar ve ölümler ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak ilaç tüketimi ve sağlık kurumlarının kullanımı da artmaktadır⁵.

Acil servis (AS) çalışanları açısından yaşlı hastalar, daha fazla zaman harcayan, değerlendirilmesi güçlükler arz eden ve AS kaynaklarını daha fazla kullanan popülasyonu oluşturmaktadır. Acil servislere başvuran 65 yaş ve üstü hasta sayısı her geçen gün artış göstermektedir⁵. Hızla kötüleşebildiği ve yoğun bakım ihtiyacı duyabildikleri için geriatrik hastaların ilk başvuru yerleri acil servislerdir. Çeşitli çalışmalarda yaşlı hastaların acil servis başvuru oranları %9-19 olarak bildirilmiştir⁶⁻⁹. Bu değerın 2020 yılında %25 ‘lere yükselmesi beklenmektedir⁶. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin (NCHS) çalışmasında, acil servise başvuran yaşlı hastaların %31,4’nü 65-74 yaş grubunun, % 55,8’ni 75 yaş ve üstü grubun oluşturduğu tespit edilmiştir⁶.

Acil servise başvuran geriatrik hastalıkların özelliklerinin bilinmesi doğru tanı ve acil tedavi yaklaşımında yol gösterici olabilir¹⁰. Yaşlı hastalara yaklaşımda, ana şikayetlere odaklanıldığında diğer hastalıklar atlanabilir. Yaşlı hastaların gençlere göre

daha sık ve daha karmaşık problemlerle acil servise başvurdukları, daha yoğun bir hizmete gereksinim duydukları, daha fazla radyolojik ve laboratuvar işlemine tabi tutuldukları, acil serviste daha uzun süre kaldıkları, bunlara ek olarak diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda hastane ve yoğun bakıma yatırıldıkları bildirilmektedir^{7,9-13}.

Acil servise başvuran yaşlı hastaların demografik özelliklerini, başvuru nedenlerini, tanı dağılımlarını, eşlik eden hastalıklarını, acil serviste kalış sürelerini ve sonuçlarını (yatış, taburcu, sevk, ölüm vb.) ortaya koymanın yaşlılara verilen hizmetin neresinde olduğumuzu gösterebileceği ve hizmet kalitesini arttırmaya yönelik çabalarımıza yol göstereceği olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamızda hastanemiz acil servisine başvuran yaşlı hastaların demografik, çeşitli klinik özellikleri ve sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Tanım

Yaşlılık, fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelemeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde tanımlanmaktadır³. Kronolojik yaşlılık, yaşlılıkla ilgili en sık kullanılan tanımdır. Kronolojik yaşlılıkta kendi içinde üç grupta incelenir. Sıklıkla emekliliği takip eden dönem olarak kabul edilen “genç yaşlılık” dönemi 65-74 yaş grubudur. Fonksiyonel kayıpların görülmeye başlandığı 75-84 yaş dönemi “ileri yaşlılık” ve özel bakıma ya da yardımcıya gereksinim doğduğu 85 yaş ve üzerindeki dönem ise “çok ileri yaşlılık” olarak tanımlanmıştır³.

2. 2. Toplumların yaşlanması

2011 yıl ortası nüfus tahminlerine göre dünya nüfusu yaklaşık 6 milyar 974 milyon kişidir. Dünya nüfusunun yüzde 1,1’ini oluşturan Türkiye nüfusu (74 milyon kişi), 187 ülke arasında 18. sırada yer almaktadır¹⁵. 2050 yılı nüfus tahminlerine göre dünya nüfusu 9 milyarı aşacaktır. Nüfusu 2050 yılında 94 milyon 585 bin kişi olarak tahmin edilen Türkiye’nin 187 ülke arasında 19. sırada yer alması beklenmektedir¹⁴.

DSÖ ve UNİCEF ‘in nüfus verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresinin arttığı bildirilmektedir^{6,9}. Doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve tüm ülkelerdeki ortalama yaşam süresinin artmasında son yüzyıllardaki sağlık, teknoloji ve endüstriyel alanlardaki gelişmelerin etkili olduğu belirtilmektedir^{1,2}.

Doğuşta beklenen yaşam süresi: Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır. Doğumda beklenen yaşam süresi genel olarak tüm dünyada artarken bazı ülkeler arasında doğumda beklenen yaşam süreleri farklılık göstermektedir.

Doğuşta beklenen yaşam süresinin en yüksek olduğu ülkeler arasında Japonya (83,7 yıl), Avustralya (82,1 yıl), İtalya (82 yıl) ve İsveç (81,7 yıl) bulunmaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresinin en düşük olduğu ülkeler arasında ise Mozambik (51 yıl), Afganistan (49,3 yıl) ve Kongo Demokratik Cumhuriyeti (48,9 yıl) bulunmaktadır.

Doğuşta beklenen yaşam süresi 74,6 yıl olan Türkiye, 186 ülke arasında 75. sırada yer almaktadır.

2045-2050 dönemi tahminlerine göre dünyada doğuşta beklenen yaşam süresinin 76 yıl olması beklenmektedir. Bu dönemde, doğuşta beklenen yaşam süresinin en yüksek olacağı varsayılan ülkeler arasında Japonya (87,4 yıl), İsviçre ve Avustralya (86 yıl) gelmektedir. Bu dönemde doğuşta beklenen yaşam süresinin en düşük olacağı tahmin edilen ülkeler arasında ise Çad (63,2 yıl), Afganistan (62,8 yıl) ve Lesoto (58 yıl) yer almaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresi 78,5 yıl olarak tahmin edilen Türkiye'nin, 186 ülke arasında 99. sırada yer alması beklenmektedir⁹. Doğumda beklenen yaşam süresinin artması genel nüfus içerisinde ki yaşlı yüzdesinin artması sonucunu doğurmaktadır. Türkiye'de 1985 yılında %4.2 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun, 2000'de %5.6, 2008'de %6.8 olduğu görülmekte, 2020 yılında ise bu değerin %7.7'ye yükselmesi beklenmektedir^{15,16}.

2. 3. Yaşlılıkta oluşan fizyolojik değişiklikler

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kişide fizyolojik ve anatomik bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılıktaki bu değişikliklere bağlı olarak, vücudun hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıkların sayısı artmaktadır¹⁷.

2. 3. 1 Kardiyovasküler sistem

Yaşlanma tek başına koroner arter hastalığı (KAH) için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Diğer risk faktörleri de yaşla beraber artar. Bu değişikliklerin etkisi kişi istirahat halinde iken minimaldir. Ancak, katekolamin ve sempatik sinir sistemi stimülasyonuna karşı kardiyak inotropik ve kronotropik maksimal ve submaksimal cevaplar belirgin olarak azalmıştır. Maksimum kalp hızı yaşla beraber azalır. Egzersizden sonra normale geri dönme süresi azalmıştır. Yaşlılarda sempatik uyarıya karşı azalmış adrenerjik cevabın sebebi bilinmemektedir. Adenilat siklaz protein miktarında azalma, adenilat siklaz aktivitesinde azalma veya inhibitör G proteinlerinin artışının rolü olabilir¹⁸.

Kalbin boyutları küçülür¹⁹. Yaşla beraber kalp kası atrofiye uğrar ve her bir kasılmada pompalanan kan miktarı da azalır. Kalp pompalama yeteneği %1 düşer²⁰. Sol ventrikül duvarı kalınlaşır. Kalp kapakları kalınlaşır .Sinoatriyal düğümde fibroz

doku oluşur^{19,21}.Kardiyak output azalır. Stres yanıtı azalır. Kalp hızı ve dolun hacmi azalır. Kalp çevresindeki yağ dokusu artar. Alt ekstremite venlerinde genişleme olur.Baroreseptörlerin aktivitesi azalır²⁰ Arterlerin esnekliği azaldığı için periferal direnç artar, sistolik kan basıncı artar, diyastolik kan basıncı hafifçe yükselir²².

İstirahat halinde yaşlı erkek ve kadınlarda ejeksiyon fraksiyonunda değişiklik olmaz. Maksimal egzersiz kapasitesi ve maksimal oksijen kullanımı yaşla beraber azalır. Fakat, iyi fiziksel kapasitede olan yaşlılar, kondisyonu düşük gençlerle aynı aerobik kapasitede olabilirler¹⁸.

2. 3. 2. Solunum sistemi

Yaşlanmayla beraber akciğerlerde elstisite 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 gelir. Kadınlarda değişiklikler nispeten daha azdır ve daha yavaştır. Total akciğer hacmi yaşla beraber belirgin bir değişiklik göstermez. Fakat yaş ilerledikçe, rezidüel hacim yüksek kapanma hacminden dolayı artar²⁰. İleri yaşlarda beyin solunum merkezinde, aortik ve karotid oksijen reseptörlerinde ki dejeneratif değişiklikler, kandaki oksijen ve karbondioksit değişikliklerine cevabı azaltır^{23,24}.

2. 3. 3. Gastrointestinal sistem

Yaşla beraber tükürük bezlerinde azda olsa bir dizi anatomik değişik olur. Asiner hücrelerde azalma olur. Tükürük elektrolitlerinde ve proteinde değişiklik olmaz. Oral mukozanın epitelial kısmında incelme olur. Diş etlerinde çekilme olur, diş sementumu açığa çıkar. Bu da yaşlı hastalarda özellikle kanal çürüklerine yatkınlığı artırır. Yaşlı kişilerin lokmayı çiğnemeleri dişler tam olduğunda bile daha az etkilidir. Dolayısıyla lokmayı ağızlarında daha uzun süre tutarlar, daha büyük parçalar yutarlar. Yutma daha az koordine. Özellikle takma dişlerde bu aspirasyon riskini artırır. Özafagusta üst üçtebirlik kısımda çizgili kaslarda hipertrofi, alt üçte ikide ise düz kaslarda kalınlaşma olur¹⁷. Yaşlanmayla birlikte hücre sayısı (efektif emilim düzeyi),motilite ve sfinkter aktivitesi kan akımı ,bazal ve uyarılmış mide asidi salınımı azalır.Mide asidindeki azalmaya bağlı olarak hızlanması beklenen mide boşalması,motilitedeki yavaşlamaya bağlı olarak uzar. Bu etkiler sonucunda gastri ülser riski ve perforasyon riski artar²⁵. Kalsiyum, demir, laktoz, ksiloz ve vitamin D absorpsiyonunda azalma olur. Laktaz

seviyesi azalır, bu da birçok yaşlı kişide süt ürünlerine karşı intolerans yaratır. Bunun yanısıra, yağda kolay çözünen bileşimlerin (vitamin A, vitamin K ve kolesterol) absorpsiyonu hızlıdır. Kalın barsakta transit zamanı azalmıştır. Kontraksiyon koordinasyonu değişir, opioid reseptörler arttığından yaşlılarda ilaçlara bağlı konstipasyona yatkınlık artmıştır. Yaşla beraber karaciğer kütlesi azalır. Hepatik kan akımı her 10 yılda %10 azalır. Fakat fonksiyonel olarak, rutin karaciğer fonksiyon testlerinde değişiklik gözlenmez. Vitamin K bağımlı pıhtılaşma faktörlerinde azalma olur. Safra kesesinin anatomisi ve fonksiyonları yaşlılarda iyi korunsa da safra kompozisyonunun litojenik indeksi artar, bu da yaşlı kişilerde kolesterol safra taşı oluşumunu artırır. Pankreasın sindirimle görevli enzimlerinde ve bikarbonat üretiminde normal yaşlanmayla değişiklik olmaz¹⁸.

2. 3. 4. Renal sistem

Böbreklerin yaşla beraber hem anatomi hem de fonksiyon açısından değişmesine rağmen, renal sistem sıvı ve elektrolit dengesini bir zorlukla karşılaşmadıkça oldukça iyi dengede tutar. 30 ve 80 yaşları arasında renal kitle %25-30 oranında azalır, yerini fibröz doku ve yağ dokusu alır. Özellikle renal kortekste olan değişiklikler belirgindir. Dolayısıyla en uzun, idrarı maksimum konsantre etme yeteneğinde olan nefronlar kaybolurlar. Glomerüller, diffüz skleroze olarak 75 yaşına gelindiğinde %30'u harap olmuştur. Filtre eden yüzeyde azalma olur. Bazal membran amino asit hidroksilasyonu nedeniyle kalınlaşır ve şeker içeriği artar. Renal piramidlerde interstisiyel fibrozis görülür. Toplayıcı kıvrımların sayısı ve uzunluğu azalır. İntrarenal vasküler yapılarda ise, afferent arteriollerde spiralleşme, büyük arterler ve efferent arterlerin boyutunda azalma olur. Bu anatomik yapılarda değişiklik fonksiyonlarda önemli değişikliklere yol açar. Yaşla beraber kreatinin klirensinde çizgisel bir azalma vardır. Fakat bir yaşlıdan diğerine değişiklik de gösterir. Bunun yanısıra idrar asidifikasyonunda azalma, asid yükünü atmada bozukluklar olur¹⁷. İdrarı maksimum dilue etme fonksiyonunda bozukluklar vardır^{18,20}. Yaşlı böbreklerde tübüler transport ve tübüler sayıda azalma olduğundan amino asit ve glukoz tutma özelliğide bozulmuştur ve glukoz eşiği daha düşüktür. Renin-anjiyotensin sistemi down regüle olur, volüm kaybı veya tuz kısıtlamasına renin cevabı azalmıştır. Atrial natriüretik peptid yaşla artar, aldesteron salınımını baskılayabilir. Ancak, anjiyotensin-konverting enzim inhibisyonunun renal kan akımı üzerine etkisi korunmuştur. Yaşla beraber böbreğin hormonal fonksiyonu olan,

vitamin D hidrosilasyonu, paratiroid hormon, kalsitonin ve glukagon metabolizması yavaşlar. Eritropoetin üretimi ise yaştan etkilenmez¹⁸.

2. 3. 5. Kas iskelet sistemi

İlerleyen yaşla birlikte kas kütlesi buna bağlı olarak kas gücü ve kas aktivite seviyesi azalır. Kas için gerekli protein alınmaması yaşlılarda kas atrofisinde etkindir. Düşmeler ve bunu takip eden ciddi yaralanmalar ileri yaşlarda yaygındır. Sinovyal dokuda azalma gelişir, eklem kırdağında kalsifikasyon gelişir. Bu eklem instabilitesi ve ağrıya yol açar. Kemik kütlesi ve kemik kuvvetinde azalma belirgin travma olmadan fraktürlere yol açar^{7,23}.

2. 3. 6. Nörolojik sistem

Sinir sistemi değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar; serebrovasküler olay, beyin kanamaları, Alzheimer, demans, Parkinson hastalığı, deliryum, depresyon ve beyin iltihaplarıdır^{20,26}. Sinir sistemi değişiklikleri; yaşlandıkça yerine konulması mümkün olmayan nöron kayıpları oluşması nedeniyle hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş, kişilerin bazı günlük aktivitelerini yapmada olumsuz etkilere neden olur. Serebellum yaşlanmayla yaklaşık %25'lik bir hücre kaybına uğrar. Beyin ağırlığı erkeklerde %10, kadınlarda %5 azalır. Leptomeninks kalınlaşır. Ventriküllerin hacmi artar. Beyin metabolizma hızında ve kan akımında minimal azalma olur²⁰.

Demans (bunama); ilerleyen yaşla, beyindeki bir takım değişimler sonrası oluşan ilerleyici bir hastalıktır. Bellekte bozulmanın yanı sıra konuşma, söylenen şeyleri ya da daha önce bilinen şeyleri yapamama, çevresindeki eşya ve varlıkları tanıyamama; hesaplama, plan yapma gibi daha çok beyin frontal bölgesine ait becerilerde kayıplarla kendini gösterir. Demans şiddetli travma sonrası durumlar dışında sinsidir. Prognozu genellikle ilerleyici ve geri dönüşümsüzdür. Soyulma, zehirlenme, işkence gibi başkalarından zarar görme sanrı ve hezeyanlarına sık rastlanır. Hasta saldırgan olabilir ve intihar girişiminde bulunabilir. Erken safhalarda paranoid bozukluk ve psikozlar görülebilir²⁷.

Yaşlı kişiler, özellikle de santral sinir sisteminde (SSS) biraz rahatsızlığı olanlar, ilaç etkilerine karşı daha duyarlıdır. Birçok kişi için etkili ve güvenilir olan uyku ilaçları, yaşlı bir kişiyi konfüze edip, deliryuma sokabilir. Herhangi bir SSS rahatsızlığı

olmayanlarda entellektüel performans en azından 80'li yaşlara kadar korunur. Fakat bazı işleri yerine getirmek daha uzun sürebilir. Bu da santral sistemde biraz yavaşlamayı gösterir. Dil fonksiyonları özellikle de kelime haznesi 70'li yaşlara kadar iyi korunur. Diğer daha az belirgin değişiklikler, öğrenmede zorlanma (özellikle yabancı dilleri) ve klinik önemi olmayan unutkanlıktır¹⁸.

Tablo 2. Yaşlanmada fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri

Fizyolojik değişiklikler	Potansiyel etki
Sinir sistemi	
Kan beyin bariyeri etkinliğinde azalma	Menenjit riskinde artış ilaçlara abartılı yanıt
Vücut ısı değişikliklerine yanıtta azalma	Bozulmuş termoregülasyon
Otonomik sistem fonksiyonlarında değişiklikler	Ortostatik hipotansiyon riski Erektile fonksiyonda azalma İdrar inkontinansı
Nörotransmitterlerde değişiklikler	Kompleks mental fonksiyonlarda azalma
Cilt-mukoza	
Cilt tabakalarında atrofi	Bariyer özelliğinde azalma Yaralanma/Enfeksiyon riskinde artış
Kas iskelet sistemi	
İlerleyici kemik kaybı	Kırık riskinde artış
Fibrokartilajöz ve sinovial dokuda azalma	Eklemlerin instabilitesi ve ağrı Denge ve hareket bozuklukları
Vücut kitlesinde azalma	Farmakokinetik değişiklikler
Yağ doku oranında artış	Farmakokinetik değişiklikler
İmmün sistem	
Hücre aracılıklı immünitede azalma	Kanser gelişebilirliğinde artış Latent hastalıkların reaktivasyonuna eğilim
Antikor titrelerinde azalma	Enfeksiyon riskinde artış
Kardiyovasküler sistem	
İnotropik yanıtta azalma	Miyokardiyal duvar stres yanıtı etkinliğinde azalma
Kronotropik yanıtta azalma	Maksimum kalp hızında azalma
Periferik vasküler direnç artışı	Kan basıncında artış
Ventrikül dolusunda azalma	Organ perfüzyon değişiklikleri
Solunum sistemi	
Vital kapasitede azalma	
Akciğer/havayolu kompliansında azalma	Artmış hava yolu resistansı
Hiperkapni ve hipoksiye kemoreseptör	Hızlı dekompanseman potansiyeli
Solunum çabasında azalma	Parsiyel oksijen basıncında azalma Karbondiyoksitte artma
Diffüzyon kapasitesinde azalma	Parsiyel oksijen basıncında azalma
Hepatik fonksiyonlar	
Hepatik hücre kitlesinde azalma	Rejenerasyon kabiliyetinde azalma
Hepatik kan akımında azalma	Farmakokinetik değişiklikler
Mikrozomal enzim aktivite değişiklikleri	Farmakokinetik değişiklikler
Renal sistem	
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
Gastrointestinal sistem	
Mide mukozada azalma	Mide ülseri riskinde artış
Azalmış bikarbonat sekresyonu	Mide ülseri riskinde artış
Gis kan akımında azalma	Mide ülseri riskinde artış
Epitelial hücre rejenerasyonunda azalma	Uzun iyileşme zamanı

2.4.Farmakolojik etkiler

Yaşlanmayla birlikte farmokokinetik 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, dağılımı ve klerensini değiştirebilir. Yaşlı hastalar çok sayıda ilaç kullandıkları için ilaç etkileşimleri ve yan etkileri önemli problemlerdir. Üniversite hastanelerinde yapılan bir çalışma göstermiştir ki yaşlı hastaların %49 'una acilden taburcu edilirken yeni en az bir ilaç reçete edilmiştir ve bu hastaların %18'inde yeni reçete edilen ilaça 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 özellik sedatif-hipnotik ve narkotikle için önemli bir noktadır. Burada uyulması gereken en önemli kural uygulanacak ya da verilecek ilacın düşük dozda başlanıp yavaş ve dikkatlice artırılmasıdır^{6,28,29}.

2. 5. Yaşlılarda morbidite ve mortalite

Hastalıklar, çoğunlukla yaşlılarda atipik prezente olur, hekim bu gerçeği göz önüne almazsa, teşhiste yanılgılar söz konusu olabilir. Yaşlı vakalarda sıklıkla komorbid hastalıklar da söz konusudur ve acil hekiminin mutlaka mevcut tablonun, bu hastalıkların alevlenme dönemine ait yakınmalar mı, yoksa yeni bir hastalığa ait semptomlar mı olduğunu değerlendirmesi gerekir. Komorbid hastalıklar, özellikle çoklu ilaç kullanımı ile tedavi edilenler, hastanın tedavi sürecini de olumsuz yönde etkilerler. Yaşlı bireylerde, sağlık personeli tarafından tespit edilemeyen kognitif problemler de sıklıkla bulunabilir. Akut konfüzyonel durum olarak ifade ettiğimiz deliryum ve demans bu kognitif bozukluklar dahilinde değerlendirilen klinik tablolarıdır. Bilişsel fonksiyonlardaki bu bozukluklar, hastadan uygun anamnez almayı zorlaştırabilir³⁰⁻³².

Yaşlı hastalar, kendini iyi hissetmeme, güçsüzlük veya günlük işlerini yapamama gibi, silik, nonspesifik semptomlarla prezente olabilir. Genel halsizlik veya fonksiyonel düşüş gibi belirleyici olmayan semptomlar, sepsis, inme veya akut miyokard enfarktüsü (AMI) gibi önemli hastalıkların habercisi olabilir³³. Kalp hastalıkları yaşlılarda en sık hastaneye yatış ve ölüm sebebidir. Yaşla birlikte artmış periferik vasküler rezistans (PVR) hipertansiyon (HT) riskini artırır. Ateroskleroz en sık kalp hastalığı sebebidir. Bunun yanında serebrovasküler olay(SVO), mezenterik iskemi,

periferel arter hastalığı (PAH), aort diseksiyonu, aort anevrizması gibi durumlarında riskini arttırır¹⁸. Pek çok malign hastalık insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Bağışıklık sistemindeki baskılanma sonucu kanser sıklığı artış göstermektedir. Elli yaşa kadar malignite kadınlarda daha sık görüldüğü halde, bu yaştan sonra erkeklerde giderek artmakta ve 85 yaşa ulaşıldığında kanser mortalite hızları erkeklerde kadınların iki katına ulaşmaktadır. Ülkemizdeki verilere göre erkeklerde ölüme yol açan malign hastalıklar arasında akciğer, mide, barsak ve prostat ilk dört sırayı almaktadır. Kadınlarda ise akciğer, meme, mide ve barsak ilk dört sırada ölüme yol açan malign hastalıklardır. Malign geriatrik hastalıkta mortalite hızlarının daha yüksek oluşu; kısmen tanının daha geç evrelerde konabilmesi, eşlik eden hastalıkların yeterli tedavi olanaklarını ortadan kaldırması ile açıklanabilir¹⁸.

Yaşlı hastalarda enfeksiyon daha sık görülür, morbidite ve mortalite oranı daha yüksektir. Enfeksiyon genel olarak 65 yaş ve üstü kişilerde yatışa neden olan en sık on hastalıktan biridir. Enfeksiyon riskinin artmasının en önemli nedeni yaşlanmayla immun yanıtın ve yapının değişmesi gösterilebilir. Hastanede uzun yatmaya bağlı olarak hastane enfeksiyon riski artmaktadır²¹.

İleri yaşlarda depresyon insidansı artmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar yaşlı hastalarda sıklıkla atipik biçimlerde kendini gösterir. Depresyon en sık sorundur, kendini ajitasyon, anksiyete ve somatizasyon şeklinde gösterebilir. Yaşlılarda depresyon sıklıkla kronik hastalıkları, fiziksel hareket kaybı, kavrama fonksiyonlarında azalma, eş ya da arkadaşların kaybını veya finansal sıkıntıları takiben meydana gelir. Sosyal izolasyon ve bağımsızlığın kaybıyla kendini aciz veya umutsuz hissetme suicidal düşünce ve girişimlere sebep olabilir. İlaç yan etkisine bağlı da depresyon gelişebilir²³.

2. 6. Yaşlıların sağlık sorunları

Ülkemizde yaşlı sağlığı ile ilgili sorunların başında 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

döneminde iç ve dış koşullara uyumu artırırken, geç dönemlerinde genellikle uyumda azalmaya neden olmaktadır^{16,28}.

Yaşlılarda gerek yetersiz, gerekse fazla tanıya oldukça sık rastlanmaktadır³⁴⁻³⁶. Yaşlılarda çeşitli hastalık belirti ve bulgularının belirgin olmaması, kimi yaşlıların ve yakınlarının sağlık sorunlarını yaşlılığın gereği kabul etmesi gibi nedenler yetersiz ya da fazla tanıya neden olabilmektedir. Ayrıca, şikayetlerini inkar etme ya da şikayetlerini ifade etme gücü, sağlık personeline yeterli ilgi gösterilmemesi ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunlar, gençlere göre anlama düzeylerinin düşük olması yaşlılıktaki sağlık sorunlarının yükünü arttırmaktadır³⁴⁻³⁶.

Gelişmekte olan ülkelerde de gelişmiş olan ülkelerdeki gibi 65 yaş üzerinde yaşayanların sayısı artmaktadır. Tanı olanağı arttıkça, sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirlik yükseldikçe tedavi ve bakım sorunları gündeme gelecektir. Yaşlılarla ilgili sağlık sorunlarının çözümü ekip hizmeti gerektirir. Pahalıdır, tanı ve tedavi maliyeti yüksektir. Değişmekte olan morbidite ve mortalite paternlerine göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, belki çocuk hekimleri dışında tüm hekimlerimizin yaşlanan bir nüfusun ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim alması, bu konuda üniversitelerde geriatri ve gerantoloji ünitelerinin oluşturulması için akademik kadrolara destek verilmesi ve yaşlanma üzerine araştırmalara ödenek ayrılması gerekmektedir^{37,38}.

Acil servis sisteminde, yaşlı hastaların ihtiyaçlarına yanıt verebilmek için, geriatrik acil tıp prensiplerinin belirlenmesi gerekmektedir. Eşlik eden hastalıkların etkilerini ve kognitif bozukluk ihtimalini göz önünde tutmak önemlidir. Yaşlı hastalarda hastalıkların prezentasyonları genellikle kompleks yapıdadır ve hastalıklar sıklıkla atipik seyredir^{12,39}. Polifarmasi sık olup, prezentasyonda, teşhis ve tedavide etkili bir faktör olarak karşımıza çıkabilir. Sosyal destek unsurları yeterli olmayabilir. Bazal fonksiyonel durumun bilinmesi, yeni gelişen durumun değerlendirilmesi açısından önemlidir. Sağlık problemleri, ilişkili psikososyal durumlar açısından da değerlendirilmelidir

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamıza, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servisine 1 Aralık 2011-30 Kasım 2012 tarihleri arasında 12 aylık dönemde başvuran tüm 65 yaş ve üstü 11238 hasta alındı. Travma hastaları dışlandıktan sonra %10 rastgele örneklemesinden elde edilen 949 hasta çalışmaya dahil edildi. Rasgele örnekleme medcalc paket programı (MedCalc Software, Broekstraat 52, 9030 Mariakerke, Belgium) yardımıyla yapıldı. Bu çalışma üniversitemiz hastanesinde kullanılan hastane bilgi yönetim sistemi olan “Nukleus” programında ICD-10 kodlamasına göre geriye yönelik olarak yapıldı.

Tez çalışmamız için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 22/11/2012 tarih ve 2012/359 sayılı onayı alındı.

Acile başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların başvuru saati ve tarihi, yaşı, cinsiyeti, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, kullandığı ilaç sayısı, başvuru şikayetleri, istenilen konsültasyonlar, acilde kalış süreleri, acildeki son durumlar (yatış, taburcu, sevk, kendi isteğiyle terk, ölüm), tanıları, yattığı bölümler ve bölümdeki yatış süreleri önceden oluşturulan çalışma formuna kayıt edildi. Hastalar yaş gruplarına göre 65-74 (genç yaşlı), 75-84 (ileri yaşlı), 85 ve üzeri (çok ileri yaşlı) olarak üç gruba ayrıldı. Kullanılan ilaçlar ilaç indeksindeki sınıflamaya göre düzenlendi. Hastaların şikayetleri ve yatışta aldıkları tanılar Hockberger ve arkadaşlarının⁴⁰ yaptığı acil servisin klinik uygulama modelindeki sınıflamaya ek olarak acil servisimize başvuran hastalarda sık rastlanan şikayet ve tanılar eklenerek düzenlendi.

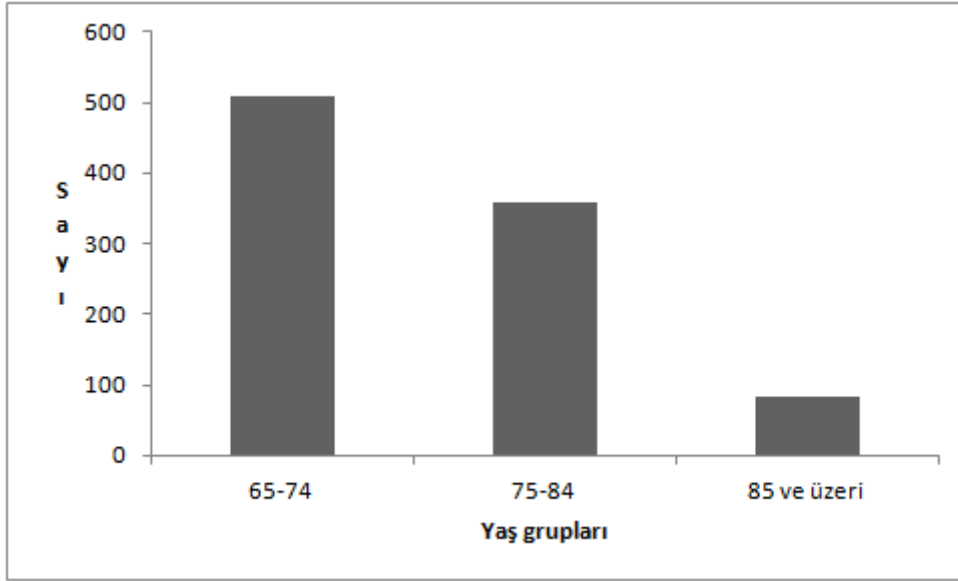
Travma hastaları (politravma, yüksekten düşme, mekanik yaralanmalar vb.), 65 yaş altı hastalar ve tekrarlayan başvurular çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 11.5.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlı kabul edildi. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde kategorik veriler frekans (n) ve yüzde (%) cinsinden, sürekli veriler ise ortalama \pm standart sapma cinsinden özetlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki istatistiksel değerlendirme için çapraz tablo istatistiklerinden Ki-kare, Fisher's exact ve Likelihood Ratio test istatistiği kullanılmıştır. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında ise bağımsız iki grup t testi (Independent Samples t test) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

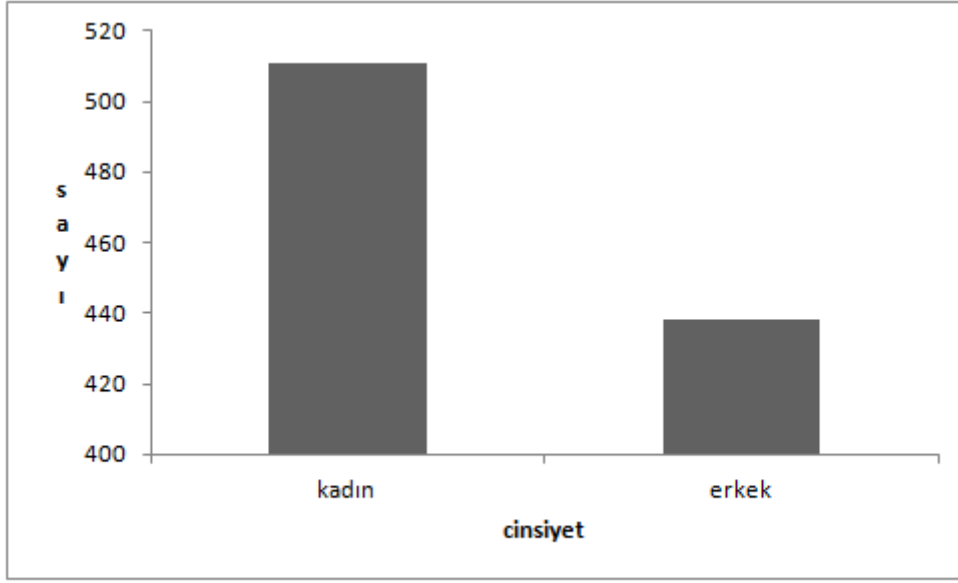
Araştırma süresince acil servise 72452 yetişkin hasta başvurusu olmuştur. Başvuran hastaların 11238'ni (%15) 65 yaş ve üzeri hasta grubu oluşturmaktadır. Travma öyküsü olan hastalar çıkarıldıktan sonra rastgele örnekleme sonucu elde edilen 949 hastanın verileri değerlendirilerek bulgular elde edildi.

Şekil 1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı



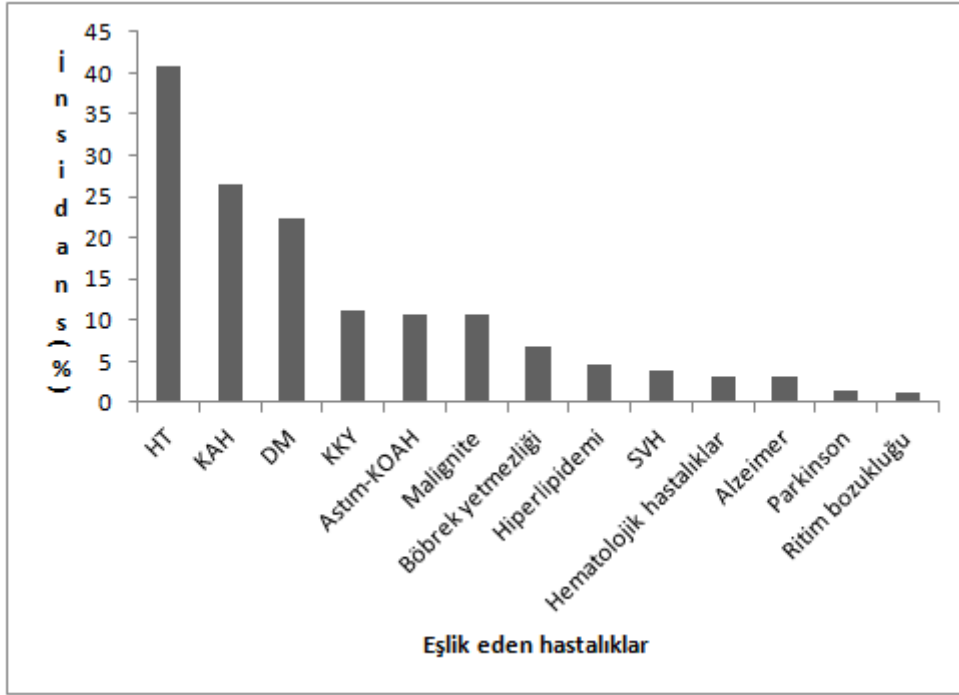
Genç yaşlıların (n=510 (%53,7)), ileri yaşlı (n=357 (%37,6)) ve çok ileri yaşlılara (n=82 (%8,6)) göre başvuru oranının daha yüksek olduğu görüldü (**Şekil 1**). Yaş ortalaması $74,5 \pm 8,5$ bulundu.

2. Cinsiyete göre hastaların dağılımı



Çalışmaya dahil edilen hastaların 511'i (%53,8) kadın, 438'i (%46,2) erkekti (Şekil 2).

Şekil 3. Eşlik eden hastalıklara göre hastaların dağılımı



Çalışmamızda 65 yaş üzeri hastalarda en sık görülen beş kronik hastalık; HT (%40,8), KAH (%26,6), DM (%22,4), KKY (%11,1) ve Astım-KOAH (%10,7) olarak bulundu (Şekil 3).

Tablo 2. Yaş gruplarına göre eşlik eden hastalıkların karşılaştırılması

Hastalıklar	YAŞ GRUPLARI	n(%)	p
KAH	65-74	131 (25,7)	0,242
	75-84	104 (29,1)	
	85 ve üzeri	17 (20,7))	
Astım-KOAH	65-74	56 (11)	0,795
	75-84	39 (10,9)	
	85 ve üzeri	7 (8,5)	
DM	65-74	125 (24,5)	0,156
	75-84	75 (21)	
	85 ve üzeri	13 (15,9)	
HT	65-74	210 (41,2)	0,596
	75-84	140 (39,2)	
	85 ve üzeri	37 (45,1)	
KKY	65-74	44 (8,6)	0,013
	75-84	46 (12,9)	
	85 ve üzeri	15 (18,3)	
SVH	65-74	15 (2,9)	0,127
	75-84	16 (4,5)	
	85 ve üzeri	7,3 (7,3)	
Böbrek Yetmezliği	65-74	27 (5,3)	0,052
	75-84	27 (7,6)	
	85 ve üzeri	10 (12,2)	
Hematolojik Hastalıklar	65-74	16 (3,1)	0,589
	75-84	12 (3,4)	
	85 ve üzeri	1 (1,2)	
Parkinson	65-74	5 (1)	0,377
	75-84	7 (2)	
	85 ve üzeri	2 (2,4)	
Alzheimer	65-74	9 (1,8)	0,015
	75-84	15 (4,2)	
	85 ve üzeri	5 (6,1)	
Malignite	65-74	46 (9)	0,857
	75-84	33 (9,2)	
	85 ve üzeri	6 (7,3)	
Hiperlipidemi	65-74	28 (5,5)	0,206
	75-84	15 (4,2)	
	85 ve üzeri	1 (1,2)	

KKY'nin eşlik eden hastalık olması bakımından yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardır ($p=0,013$). Yaş artıkça KKY görülme sıklığı artmaktadır. Alzheimer hastalığı bakımından yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($p=0,015$). Bu farklılık 65-74 yaş grubu ile 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Yaş grupları arasında diğer hastalıkların eşlik etmesi bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı (**Tablo 2**).

Tablo 3. Yaş gruplarının kullandıkları ilaçlara göre karşılaştırılması

İLAÇLAR	YAŞ GRUPLARI	n(%)	p
Kardiyak ilaçlar	65-74	275 (53,9)	0,1
	75-84	214 (59,9)	
	85 ve üzeri	52 (63,4)	
	Total	541 (57)	
Antiagreganlar	65-74	179 (29,2)	0,029
	75-84	135 (37,8)	
	85 ve üzeri	26 (31,7)	
	Total	310 (32,7)	
Antidiyabetikler	65-74	117 (22,9)	0,316
	75-84	74 (20,7)	
	85 ve üzeri	13 (15,9)	
	Total	204 (21,5)	
Antikoagülanlar	65-74	69 (13,5)	0,512
	75-84	58 (16,2)	
	85 ve üzeri	14 (13,9)	
	Total	138 (14,5)	
Bronkodilatatörler	65-74	60 (11,8)	0,522
	75-84	35 (9,8)	
	85 ve üzeri	7 (8,5)	
	Total	102 (10,7)	
GİS ilaçları	65-74	36 (7,1)	0,286
	75-84	23 (6,4)	
	85 ve üzeri	2 (2,4)	
	Total	61 (6,4)	
NSAİD	65-74	20 (3,9)	0,785
	75-84	15 (4,2)	
	85 ve üzeri	2 (2,4)	
	Total	37 (3,7)	
Antipsikotikler	65-74	6 (1,2)	0,609
	75-84	2 (0,6)	
	85 ve üzeri	1 (1,2)	
	Total	9 (0,9)	
İmmunsupresanlar	65-74	21 (4,1)	0,505
	75-84	10 (2,8)	
	85 ve üzeri	5 (5)	
	Total	36 (3,7)	
Troid ilaçları	65-74	2 (0,4)	0,732
	75-84	1 (0,3)	
	85 ve üzeri	0	
	Total	3 (0,3)	
Nörolojik ilaçlar	65-74	15 (2,9)	0,014
	75-84	23 (6,4)	
	85 ve üzeri	7 (8,5)	
	Total	45 (4,7)	

65 yaş üstü hastalarda en sık kullanılan ilaç grupları kardiyak ilaçlar (%57), antiagreganlar (%32,7), antidiyabetikler (%21,5), antikoagülanlar (%14,5) ve bronkodilatatörlerdi (%10,7). Çalışmaya alınan hastalarda ortalama ilaç kullanımı $2\pm 1,284(1-7)$ olarak bulundu. Antiagregan ilaçları alma durumu bakımından yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı fark vardı ($p=0,029$). Bu farklılık 65-74 ile 75-84 yaş grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Nörolojik ilaçlar alma durumu bakımından yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardır ($p=0,014$). Bu farklılık 65-74 ile 75-84 grupları arasında ($p<0,05$) ve 65-74 ile 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (**Tablo 3**).

Tablo 4. Şikayet gruplarına göre hastaların dağılımı

Şikayet Grupları	n (%)
Pulmoner sistem	276 (%29,2)
GİS	264 (%27,8)
SSS	181 (%19)
KVS	179 (%18,8)
Nonspefisik Şikayetler	137 (%14,4)
Kas-iskelet	77 (%8,1)
Enfeksiyon hastalıkları	47 (%0,5)
KBB	31 (%3,6)
Genitoüriner sistem	25 (%2,6)
Göz	10 (%1,1)
Deri	7 (%0,7)
Toksikoloji	1 (%0,1)

65 yaş üzeri hastaların başvuru şikayetleri değerlendirildiğinde en fazla başvurunun sırasıyla pulmoner sistem (%29,2), GİS (%27,8), SSS (%19) ve KVS'e (%18,8) ait şikayetler olduğu görüldü (**Tablo 4**).

Tablo 5. Hastaların şikayetlerine göre acil serviste kalış süreleri

Şikayetler	n(%)	Acilde kalış süresi (dakika)
		mean± Std.deviasyon
Nefes darlığı	233 (%24,6)	241,43±287,331
Göğüs ağrısı	156 (%16,4)	198,62±228,627
Karın ağrısı	153 (%16,1)	197,46±192,524
Ekstremitte ağrısı	70 (%7,4)	89,64±92,948
Halsizlik	67 (%7,1)	214,22±348,872
Baş ağrısı	59 (%6,2)	89,32±82,239208,811
Bulantı-kusma	57 (%6)	213,40±211,083
Baş dönmesi	51 (%5,4)	147,92±132,925
Ateş	47 (%5)	214,79±100,23
Öksürük-balgam	43 (%4,6)	250,45±254,43
Üşüme titreme	38 (%4)	162,11±195,125
Bilinç kaybı	34 (%3,6)	266,03±227,166
KBB şikayetleri	31 (%3,6)	44,19±28,522
Kuvvet kaybı	25 (%2,6)	181,80±156,331
Genel durum bozukluğu	24 (%2,5)	239,29±200,454
Çarpıntı	23 (%2,4)	161,65±146,168
Makattan kanama	15 (%1,6)	175,53±78,230
Ağızdan kan gelmesi	14 (%1,4)	208,43±149,051
İshal	15(%1,6)	149,67±168,655
İdrar yapamama	12 (%1,3)	159,67±216,380
Kabızlık	10 (%1,1)	79±41,952
Gözle ilgili şikayetler	10 (%1,1)	66,50±43,846
Konuşma bozukluğu	8 (%0,8)	242,50±381,688
Yemek yememe	8 (%0,8)	198,08±126,545
Yan ağrısı	7 (%0,7)	110,71±89,183
Bel ağrısı	7 (%0,7)	55,71±36,791
Kaşıntı	7 (%0,7)	81,43±74,146
Hematüri	6 (%0,6)	141,33±88,660
Nöbet	4 (%0,4)	497,50±281,558
İlaç içme	1 (%0,1)	600

Yaşlı hastalar acil servise sıklık sırasına göre nefes darlığı (%24,6), göğüs ağrısı (%16,4) ve karın ağrısı (%16,1) şikayetleri ile başvurduğu gözlemlendi. Üşüme, titreme, halsizlik, genel durum bozukluğu gibi spesifik olmayan şikayetlerin yüksek olduğu saptandı. Nöbet geçirme, bilinç kaybı, genel durum bozukluğu ve göğüs ağrısı şikayeti ile acile başvuran hastaların acil serviste daha uzun süre kaldıkları bulundu (**Tablo 5**).

Hastaların 417'sinden (%43,4) konsültasyon istenirken 532'sinden (%54,6) istenmediği saptandı. Konsültasyon istenen hastaların acilde 266,56±269,071 dakika istenmeyenlerin ise 103±86,2 dakika kaldıkları bulundu. Konsültasyon istenilen hastaların acil serviste istatistiksel anlamlı olarak daha uzun süre kaldıkları bulundu ($p<0,001$).

En sık konsültasyon istenen üç bölüm kardiyoloji (%15,2), iç hastalıkları (%13,7) ve göğüs hastalıkları (%7,4) olarak bulundu. En az konsültasyon istenen üç bölüm ise sırasıyla kadın doğum (%0,1), psikiyatri (%0,3) ve üroloji (%0,6) olarak bulundu.

Tablo 6. Yaş gruplarına göre konsültasyon istenme oranları

Yaş grupları	Konsültasyon		Total
	Var	Yok	
65-74	204 (%40)	306 (%60)	510 (%100)
75-84	163 (%45)	194 (%55)	357 (%100)
85 ve üzeri	50(%52)	32 (%48)	82 (%100)
Total	417 (%45,4)	532 (%54,6)	949 (%100)

Konsültasyon istemi bakımından yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardı ($p=0,003$). Bu farklılık 65-74 ile 75-84 yaş grupları arasında ($p= 0,0037$) ve 65-74 ile >85 yaş grupları arasında ($p= 0,0215$) görüldü. Yaş arttıkça konsültasyon istenme oranlarının gözlendi (**Tablo 6**).

Tablo 7. Acil serviste son durumlarına göre hasta dağılımı

Acildeki son durum	n(%)
Yatış	200 (%21,1)
Taburcu	712 (%75)
Dış merkeze sevk	23 (%2,4)
Eksitus	10 (%1,1)
Kendi isteğiyle terk	4 (%0,4)
Toplam	949(%100)

Acil servise başvuran 65 yaş ve üstü hastaların 712'si (%75) taburcu olurken 200'ünün (%21,1) yattığı saptandı (**Tablo 7**).

Tablo 8. Konsültasyon istenen bölümlere göre yatış oranları

	Yatış	Taburcu	Toplam
Kardiyoloji	64 (% 44,4)	80 (%50,6)	144 (%100)
Dahiliye	49 (%37,6)	81 (%62,4)	130 (%100)
Göğüs Hastalıkları	20(%28,5)	50 (%71,5)	70 (%100)
Nöroloji	15 (%23,8)	48 (%76,2)	63 (%100)
Genel Cerrahi	14 (%50)	14 (%50)	28 (%100)
KVC	9 (%69,2)	4 (%30,8)	13 (%100)
Enfeksiyon Hastalıkları	4 (%14,9)	23 (%85,1)	27 (%100)
Anestezi ve Reanimasyon	6 (%42,8)	8 (%57,2)	14 (%100)
Ortopedi ve Travmatoloji	4 (%66,6)	2 (%33,4)	6 (%100)
Nöroşirürji	4 (%50)	4 (%50)	8 (%100)
Üroloji	4 (%66,6)	2 (%34)	6 (%100)
KBB	4(%57,1)	3 (%42,9)	7 (%100)
Göz	2 (%25)	6 (%75)	8 (%100)
Psikiyatri	1 (%33,4)	2 (%66,6)	3(%100)
Kadın Doğum Hastalıkları	0	1 (%0,1)	1(%100)

Konsültasyon istenen bölümlere göre yatış oranları **Tablo 8'** de verilmiştir.

Tablo 9. Yatış yerlerine göre hastaların dağılımı

Yatış yeri	n(%)
Servis	125 (62,8)
Yoğun bakım	75 (37,2)
Toplam	200 (100)

Yatışı yapılan hastaların 125'inin (%65,4) servise, 75'inin (%34,6) yoğun bakıma yattığı gözlemlendi (**Tablo 9**).

Tablo 10. Hastaların yatış tanılarına göre dağılımı

	n(%)
KVS hastalığı	70 (%35)
GİS hastalığı	32 (%16)
Pulmoner hastalık	25 (%12,5)
Nefrolojik hastalıklar	17 (%8,5)
SSS hastalıkları	16 (%8)
Genitoüriner sistem	12 (%6)
Hematolojik hastalıklar	11 (%5,5)
Sistemik enfeksiyon hastalıkları	6 (%3)
KBB hastalıkları	4 (%2)
Ortopedik hastalıklar	2 (%1)
Onkolojik hastalıklar	2 (%1)
Göz hastalıkları	2 (%1)
Psikiyatrik hastalıklar	1 (%0,5)
Toplam	200 (%100)

Hastaların 70'i (%35) KVS hastalığı, 32'si (%16) GİS hastalığı ve 25'inin (%12,5) pulmoner hastalık tanıları ile yatış yaptığı bulundu (**Tablo 10**).

Tablo 11. Hastaların yattığı bölümlere göre dağılımı ve acilde kalış süreleri

Yattığı bölüm	n(%)	Acilde kalış süreleri	
		mean	Std.deviasyon
Kardiyoloji	64 (%31)	163,69	298,247
İç hastalıkları	49 (%24,5)	295,88	302,901
Göğüs hastalıkları	20 (%10)	298,75	394,898
Nöroloji	15 (%7,5)	15	287,040
Genel cerrahi	14 (%7)	246,07	117,448
Kalp damar cerrahisi	9 (%4,5)	162,78	192,25
Anestezi ve reanimasyon	6 (%3)	85	55,045
Enfeksiyon hastalıkları	4 (%2)	297,50	205,185
Üroloji	3 (%1,5)	73,33	50,580
KBB	4 (%2)	108,75	138,225
Göğüs cerrahisi	3 (%1,5)	138,33	153,324
Nöroşirurji	4 (%2)	186,25	77,607
Ortopedi ve Travmatoloji	2 (%1)	160	141,421
Göz	2 (%1)	35	7,071
Psikiyatri	1 (%0,5)	140	-
Toplam	200 (%100)	220,56	302,158

65 yaş ve üstü hastaların en sık yattığı üç bölüm sırasıyla kardiyoloji (%31), iç hastalıkları (%24,5) ve göğüs hastalıkları (%10) olarak bulundu (**Tablo 11**). Hastaların ortalama $4\pm 6,6$ gün (min-max; 1-48) hastanede yattıkları bulundu.

Taburculuk kararı verilen hastaların acilde kalış sürelerinin ortalaması $162,70\pm 170$ (min-max; 15-2075) dakika bulundu. Yatan hastaların ortalama $220,56\pm 302,158$ (min – max; 15-2290) dakika acilde kaldıkları tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Tablo 12.Yaş gruplarına göre acilde kalış süresi

	Yaş grupları	n	minimum	maximum	Mean
Acilde kalış süresi (dakika)	65-74	510	20	1210	154,85±163,507
	75-84	357	20	2075	188,24±223,674
	85 ve üzeri	82	15	2290	241,48±319,420

Acilde kalış süreleri bakımından yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($p<0,001$). 85 yaş ve üzeri hasta grubunun acilde daha uzun süre kaldıkları bulundu (**Tablo 12**).

Hastaların en uzun süre yattıkları bölümler anestezi ve reanimasyon (14,17±10,741 gün), göğüs cerrahisi (11±6,24 gün) ve ortopedi ve travmatoloji (11±12,728) bölümleri olarak bulundu. En kısa süre yattıkları bölümler sırasıyla göz hastalıkları (5±2,82 gün), KBB (5,25±3,775 gün) ve kardiyoloji (5±3,92 gün) olarak bulundu.

5.TARTIŞMA

Acil servise başvuran geriatric hastalıkların özelliklerinin bilinmesi doğru tanı ve acil tedavi yaklaşımında yol gösterici olabilir¹⁰. Yaşlı hastalara yaklaşımda, ana şikayetlere odaklanıldığında diğer hastalıklar atlanabilir. Yaşlı hastaların gençlere göre daha sık ve daha karmaşık problemlerle acil servise başvurdukları, daha yoğun bir hizmete gereksinim duydukları, daha fazla radyolojik ve laboratuvar işlemine tabi tutuldukları, acil serviste daha uzun süre kaldıkları, bunlara ek olarak diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda hastane ve yoğun bakıma yatırıldıkları bildirilmektedir^{7,9-13}.

Çalışmamızda hastanemiz acil servisine başvuran yaşlı hastaların demografik, çeşitli klinik özellikleri ve sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

Gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan yaşlı popülasyonun yüzdesi giderek artmaktadır⁴¹. Bu artışa paralel olarak yaşlı hastaların acil servise başvurularında da artış olmaktadır. Satar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise başvuru oranı %12,3 olarak tespit edilmiştir⁴². Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %13 olarak bulunmuştur¹. MeÜTF AS'te 2006 yılında yapılan başka bir çalışmada bu oran %9 olarak bulunmuştur¹¹. Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri hastaların acil servise başvuru oranı %15 olarak saptandı. Bu oran çeşitli çalışmalarda bildirilen %11,3-%37,2 arasında değişen oranlarla uyumluluk göstermektedir^{10,43,46}. 1986 yılında yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri kişilerin nüfusun %15,3'ünü oluşturmalarına rağmen acil servise başvuru oranlarının %19 olduğu, 1992 yılında yapılan başka bir çalışmada ise nüfusun %12'sini oluşturduğu ve AS başvurularının %14,9 olduğu belirtilmiştir^{42,43}. Ülkemizde yaşlı nüfusun oranı Avrupa ve Amerika kıtasına oranla daha düşük olmasına rağmen AS başvuru oranlarının benzer olarak yüksek olduğu görülmüştür. Acil servise yaşlı hasta başvuru oranlarındaki bu farklılık ülke, şehir, acil servislerin bulunduğu lokalizasyon, o bölgenin nüfus özellikleri gibi bir çok faktörden etkilenebildiğini göstermektedir.

Vanpee ve arkadaşlarının çalışmasında 75 yaş ve üzeri acil servise başvuran hastaların oranı %12,3'tür⁴⁴. Daha önce yapılan bir çalışmada 65-74 yaş grubunda oran %45,3, 75-84 yaş grubunda %37,4 ve 85 yaş üzeri olan grupta %17,2 idi⁴⁵. Yaş grupları ile ilgili oranlarımız 65-74 yaş grubunda %53,7, 75-84 yaş grubunda %37,6 ve 85 yaş üzeri olan grupta %8,6'dır. Oranlarımız Wofford ve arkadaşlarının ve ülkemizde yapılan başka bir çalışma ile karşılaştırıldığında (%48, %40,8 ve %11,2) uyumluluk

göstermektedir^{45,46}. Çalışmamızda genç yaşlıların ileri ve çok ileri yaşlılara göre başvuru oranlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu durum Türkiye'deki nüfus dağılımlarına bakıldığında genç yaşlı grubunun sayısının fazla olması ile açıklanabilir⁴⁷.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 511'i (%53,8) kadın, 438'i (%46,2) erkek olarak bulundu. 65 yaş ve üstü hastalarla ilgili yapılan bir çok çalışmada kadınların acil servislere daha fazla başvurduğu tespit edilmiştir⁴⁴⁻⁴⁶. Lim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaşlı hastaların %56'sının erkek olduğu bildirilmiştir⁴⁸. Gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde, kadınların doğumda beklenen yaşam süreleri erkeklerden daha fazladır. Türkiye İstatistik Kurumu 2011 verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun %41'inin erkek, %59'unun kadın olduğu göz önüne alınırsa bu rakamlar anlamlı kabul edilmektedir⁴⁷. Çalışmamızda yaş ortalaması 74,5 yıl olarak bulundu. Yapılan çeşitli çalışmalarda yaş ortalaması 73,4-78 arasında bulunmuştur^{13,43,49,50}.

Gençlikten yaşlılığa doğru insan vücudunda doğal olarak meydana gelen morfolojik ve fizyolojik değişiklikler bireylerde birtakım hastalıklara neden olmaktadır⁴⁹. Yaşlılarda kronik hastalık prevalansını saptamaya yönelik Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en az bir kronik hastalığı olanların sıklığı %78 olarak belirlenmiştir⁵¹. Literatürde, ülkemizde 65 yaş üzerindeki kişilerin %90'ının kronik bir hastalığa sahip olduğu, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla hastalığın bir arada olduğu belirtilmektedir⁵². Çalışmamızda kronik hastalıkların birlikteliğine bakmaksızın hastaların %40,8'inde hipertansiyon, %26,6'sında KAH, %22,4'ünde DM, %11,1'inde KKY ve %10,7'sinde Astım-KOAH bulunmuştur. Lim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve sıklık sırasına göre HT, KAH, DM, pulmoner hastalık bulunmuştur⁴⁸. Chiovanda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sıklık sırasına göre pulmoner hastalık, DM, KVS, demans olarak tespit edilmiştir⁵³. Leung'un yaptığı çalışmada ise romatizmal hastalığı takiben HT, kırıklar, mide ülseri, DM' nin izlediği tespit edilmiştir⁵⁴. Çalışmamızda eşlik eden hastalık bakımından KKY tüm yaş grupları arasında, Alzheimer hastalığı ise 65-74 yaş grubu ile 85 ve üzeri yaş gruplarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaş ilerledikçe KKY ve alzheimer sıklığı artmış olarak bulundu.

Toplumun giderek yaşlanması ile akut ve kronik hastalıkların oranı ve dolayısıyla kronik ve çoklu ilaç kullanımı artmıştır. Yaşlı hastalarda sıklıkla günlük 2-5 arası düzenli ilaç kullanımı bulunmaktadır⁵⁵⁻⁵⁷. Yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri

insanların %90'dan fazlası haftada en az bir ilaç almakta, %40'tan fazlası 5 veya daha fazla ilaç almaktadır⁵⁸. Çoklu ilaç kullanımının yaşla birlikte arttığı bunun sebebi olarak uygunsuz ilaç yazımı, tedaviye uyumsuzluk veya etkisiz tedavi, ilaç-hastalık etkileşimleri ve ilaç yan etkilerinin bilinmemesi gösterilmiştir⁵⁹⁻⁶⁴. Çoklu ilaç kullanımı için yaş, cinsiyet, ırk, eğitim durumu, yaşam tarzları, eşlik eden hastalık sayısı ve sağlık hizmetleri gibi bir çok risk faktörü tespit edilmiştir^{55,60-62,65}. Çalışmamızda KVS (%57) ilaçları en sık kullanılan ilaç grubunu oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla antiagregan ilaçlar (%32,7), antidiabetikler (%21,5), antikoagulanlar (%14,5) ve bronkodilatörler (%10,7) takip etmektedir. Seçkin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sıklık sıralaması NSAİİ, KVS ve osteoporoz tedavisine yönelik ilaçlar olmuştur⁴⁶. Lim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sıklık sıralaması NSAİİ, antihipertansifler, antidiabetiklerin olduğu bulunmuş ve çalışmamızdan farklı sonuçlanmıştır⁵³. Çalışmamızda eşlik eden hastalıkların sıklık sırası ile en sık kullanılan ilaçlar genel olarak uyumluluk göstermektedir. İleri yaşlarda KKY, Alzheimer, diğer nörolojik hastalıklar ve pulmoner hastalık prevalanslarının artması bu durumu açıklayabilir. 65-74 ile 75-84 yaş grupları arasında antiagregan ve nörolojik ilaçların kullanımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulundu. Çalışmamızda yaş ilerledikçe Alzheimer hastalık oranının artmış bulunması ile bu sonuç açıklanabilir.

Çalışmamızda başvuru şikayetleri sıklık sırasına göre nefes darlığı (%24,6), göğüs ağrısı (%16,4), karın ağrısı (%16,1), ekstremitte ağrısı (%7,4) ve halsizlik (%7,1) olarak bulundu. Yapılmış bir çok çalışmada şikayetlerin sıklık oranı açısından farklı sonuçlar bulunmuştur^{44,48,66,67}. Çalışmamızda yaşlı hastaların acil servise başvuru nedenleri sistem olarak ele alındığında sıklık sırasına göre solunum sistemi şikayetleri (%31,1), GİS (%27,9), spesifik olmayan şikayetler (%20,2), KVS (%18,6), ve SSS (%17,8) şikayetlerinin izlediği tespit edilmiştir. MEÜTF acil servisinde 2006 yılında yapılan bir çalışmada başvuru şikayetlerinde en sık KVS şikayetleri (%27) olduğu bunu sırasıyla GİS, solunum sistemi, kas iskelet sistemi şikayetlerinin takip ettiği bulunmuştur¹¹. Hacettepe tıp fakültesi acil servisinde yapılan başka bir çalışmada en sık başvuru şikayet grubu sırasıyla SSS (%14,3), KVS (%13,3), solunum sistemi (%11,8) karın ve yan ağrısı (%10,1) takip etmiştir⁴⁶. Çalışmamızda solunum sistemi şikayetlerinin ilk sırada yer alması kardiyak kökenli olabilecek nefes darlığı şikayetinin solunum sistemi şikayetleri içinde değerlendirilmesi ile açıklanabilir. Ayrıca hastalık

şikayetlerinin farklılığı bölgenin mevsimsel özellikleri, hastanenin donanımı ve acil servislerin bulunduğu yer ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda üşüme, titreme, halsizlik, genel durum bozukluğu gibi spesifik olmayan şikayetler bir arada değerlendirildiğinde bu semptomlarla başvuru oranlarının yüksek olduğu saptandı. Non spesifik şikayetlerin fazlalığı yaş ilerledikçe bilişsel fonksiyonlarda meydana gelen yetersizlikle açıklanabilir³³. Ayrıca bu tür şikayetler altta yatan pek çok hastalığın spesifik olmayan semptomlarıdır.

Hastaların 417'sinden (%43,9) konsültasyon istendiği gözlemlendi. Konsültasyon istenen hastaların %47,9'u yatmıştır. En sık konsültasyon istenen beş bölüm kardiyoloji (%15,2), iç hastalıkları (%13,7), göğüs hastalıkları (%7,4), nöroloji (%6,6) ve genel cerrahi (%3) olarak bulundu. Başka bir çalışmada en sık istenen beş konsültasyon sırasıyla kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji ve nöroloji olarak bulunmuştur²⁸. Bizim sonuçlarımıza göre konsültasyon istenilen hastaların yarısına yakını yatırılmıştır. Bu sonuç acil servis doktorlarının yatış gereken hastaları öngörüsünün yüksek olması ile açıklanabilir. İstenilen konsültasyonların oranı hastaların var olan sağlık problemleri, hastalıkların ciddiyeti ve acil serviste o şifte çalışan doktorların klinik bilgi ve becerisi, acil servisin yoğunluğu vb. ile orantılı olarak farklılık gösterebilir. Gençlerle karşılaştırıldığında yaşlı hastalardan daha fazla konsültasyon istendiği bulunmuştur²⁸.

Çalışmamızda yaş gruplarına bakıldığında konsültasyon istenme oranı ilerleyen yaşlarla birlikte artmaktadır. Yaşla birlikte eşlik eden hastalıklar ve bu hastalıkların yaşlı üzerindeki etkisinin belirginleşmesi bunun sebebi olarak gösterilebilir. Yaş grupları karşılaştırıldığında 85 ve üzeri grupta daha çok iç hastalıklarından konsültasyon istendiği bulunmuştur. İleri yaşlarda eşlik eden hastalık oranının artması, bilişsel fonksiyonlardaki azalma, böbrek yetmezlikleri, elektrolit anormalliklerine yatkın oldukları bilinen bir gerçektir ve bu sonuç bunu desteklemektedir²⁸.

Nöbet, bilinç kaybı, genel durum bozukluğu ve göğüs ağrısı ile acile başvuran hastaların acilde daha uzun süre kaldıkları bulunmuştur. Bu durum bu tür şikayetlerle getirilen hastalarda ayırıcı tanı yapmanın güçlüğü ve uzun gözlem süresi gerektirmesi nedenleriyle açıklanabilir.

Baum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı hastaların acilde kalış süresi 5-6 saat olarak bulunmuştur⁶⁸. Ross ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acilde kalış süresinin 15,8 saat olduğu belirtilmiştir¹⁰. Satar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise

bu süre yaklaşık 2,5 saat bulunmuştur⁴⁵. Çalışmamızda acilde kalış süresi 174,89±206,220 dakika olarak bulundu. Taburcu edilen hastaların acilde kalış sürelerinin ortalaması 162,70±170 dakika iken yatan hastaların ortalama 220,56±302,158 dakika acilde kaldıkları tespit edildi. Birçok çalışmada acil serviste yaşlı hastaların daha uzun kaldığı belirtilirken hastanemizde bu sürenin daha kısa olduğu bulundu. Yaş grupları karşılaştırıldığında 85 yaş ve üzeri hastaların ortalama 244 dakika ile diğer yaş gruplarına göre daha fazla acil serviste kaldıkları tespit edildi. Bu durum yaşlı hastalarda eşlik eden hastalıkların fazlalığı, kendini ifade etmelerindeki güçlük, acil servise spesifik olmayan nedenlerle başvurmaları, altta yatan ve ayırıcı tanı yapılması gereken ciddi hastalık olasılığının daha yüksek olması ve konsültasyon ihtiyacının varlığı nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda hastaların 712'si (%75) taburcu olurken, 200'ü (%21,1) yatmıştır. 2006 yılında MEÜTF acil servisinde yapılan bir çalışmada yatış oranı %28,2 saptanmıştır¹¹. Özşaker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %23,7 bulunmuştur⁴⁹. Çalışmamızda dış merkeze yatış amaçlı sevk edilen %2,4 oranında eklenirse %23,5 ile bu çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Yaşlı hastaların yoğun bakıma yatış oranları açısından %2 - %70,4 gibi farklı değerler gösteren çalışmalar mevcut^{5,69,70}. Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun taburcu edildiği, %21'1'inin yatırıldığı, yatırılan hastaların 125'inin (%62,8) servise, 75'inin (%34,1) yoğun bakıma yatırıldığı bulundu. Başka bir çalışmada yaşlılarda yatış oranı %17,7 olarak bulunmuştur²⁸. Sonuçlarımız genel olarak literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların genel olarak KVS hastalığı (%33,8), GİS hastalığı (%16) ve pulmoner hastalık (%12,6) tanıları ile yatışının yapıldığı bulundu. Yaşlı hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur¹¹.

Hastaların en sık yattığı üç bölüm kardiyoloji (%31), iç hastalıkları (%24,5) ve göğüs hastalıkları (%10) olarak bulundu. En az ortopedi ve travmatoloji (%1), göz hastalıkları (%1) ve psikiatri (%0,5) bölümüne yattıkları bulundu. MEÜTF hastanesinde yapılan başka bir çalışmada hastaların yatırıldıkları servisler sırasıyla kardiyoloji (%31), iç hastalıkları (%23,8) ve nöroloji (%10) olarak bildirilmiştir¹¹. Bu dağılım literatürde değinildiği gibi yaşlı hastaların problemlerinin cerrahi hastalıklar olmaktan çok medikal hastalıklar olduğu bilgisiyle uyumludur^{7,27,48}.

Çalışmamızda hastaların hastanede ortalama $4\pm6,6$ gün (1-48) yattıkları bulundu. Hastaların en uzun süre sırasıyla anestezi ve reanimasyon ($14,17\pm10,741$ gün), göğüs cerrahisi ($11\pm6,24$ gün) ve ortopedi ve travmatoloji ($11\pm12,728$ gün) bölümünde yattıkları bulundu. Bu süreler hastaların mevcut hastalıklarının ciddiyeti, yapılan müdahalenin büyüklüğü, yapılan girişimlere yanıt alınma süresi ve komplikasyonlar ile orantılı olabilir.

6.SONUÇLAR

Araştırma süresince acil servise 72452 yetişkin hasta başvurusu olmuştur. Başvuran hastaların 11238'ni (%15) 65 yaş ve üzeri hasta grubu oluşturmaktadır. Travma öyküsü olan hastalar çıkarıldıktan sonra rastgele örnekleme sonucu elde edilen 949 hastanın verileri değerlendirilerek bulgular elde edildi. Çalışmamızda;

1. Başvuran hastaların çoğu kadın ve genç yaşlılardı ve yaş ortalaması $74,5 \pm 8,5$ idi.
2. Yaşlılarda en sık görülen beş kronik hastalık sırasıyla HT, KAH, DM, KKY ve Astım-KOAH olarak bulundu.
3. Yaş artıkça KKY görülme sıklığının arttığı gözlemlendi.
4. Eşlik eden hastalık olması bakımından genç yaşlı ve çok ileri yaşlı gruplar karşılaştırıldığında Alzheimer hastalığının çok ileri yaşlı grupta daha yüksek oranda görüldüğü saptandı
5. 65 yaş üstü hastalarda kardiyak ilaçlar, antiagreganlar ve antidiyabetikler en sık kullanılan ilaç gruplarıydı
6. İleri yaşlı grupta antiagregan ve nörolojik ilaçların kullanım oranı daha yüksekti
7. Yaşlı hastaların acil servise sıklıkla pulmoner sistem, GİS, SSS, KVS ve nonspesifik şikayetlerle başvurdukları bulundu.
8. Hastaların %43,9 konsültasyon istendiği ve konsültasyon istenen hastaların %47,9'unun yatırıldığı ve yaş ilerledikçe konsültasyon isteme oranlarının arttığı saptandı.
9. En sık konsültasyon istenen beş bölüm kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, nöroloji ve genel cerrahi bölümüydü.
10. Konsültasyon istenen hastaların acil serviste anlamlı olarak daha uzun süre kaldıkları bulundu
11. Başvuran yaşlı hastaların çoğunun taburcu edildiği, %21'1'inin yatırıldığı bulundu.
12. Çalışmamızda hastaların genel olarak KVS hastalığı, GİS hastalığı ve pulmoner hastalık tanıları ile yatışının yapıldığı ve sıklık sırasına göre kardiyoloji, iç hastalıkları ve göğüs hastalıklarına yatış yapıldığı bulundu.
13. Yatış kararı verilen hastaların acil serviste kalış süresi taburcu edilenlere göre anlamlı olarak daha uzundu
14. Yaş gruplarına göre acilde kalış süresi bakımından 85 yaş ve üzeri hasta grubunun acilde daha uzun süre kaldığı bulundu

15. Nöbet, bilinç kaybı, genel durum bozukluğu ve göğüs ağrısı ile acile başvuran hastaların acilde daha uzun süre kaldıkları bulundu
16. Hastaların en uzun süre sırasıyla anestezi ve reanimasyon, göğüs cerrahisi ve ortopedi ve travmatoloji bölümünde yattıkları bulundu.
17. Çalışmamızda hastaların hastanede ortalama $4\pm6,6$ gün (1-48) yattıkları bulundu.

Sonuç olarak acil servise başvuran yaşlı hasta sayısının fazla olması acil servis çalışanlarının geriatri konusunda bilgi sahibi olması zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Bu konuda ileriye yönelik yapılacak daha kapsamlı çalışmalarla acil servise başvuran geriatrik hastaların özelliklerinin bilinmesi bizlere doğru tanı ve acil tedavi yaklaşımında yol gösterici olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Gökçe Y, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri I, Ankara: Medicografics Ajans ve Matbaası,1997:5-6
2. Cassel KC. Geriatric Medicine, Fourth Edition, Molecular and biologic factors in aging 2003;2:15-16
3. WHO Expert Committee Health of elderly. Geneva World Health Organization;1989
Erişim adresi: www.who.int/iris/handle Erişim tarihi:15 Ocak 2012
4. Türkiye İstatistik Yıllığı, 2004. Devlet İstatistik enstitüsü web sitesi
Erişim adresi:http://www.die.gov.tr/yillik/yillik_2004.pdf. Erişim tarihi:15 Ocak 2012
5. Dikmenoğlu N, Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri Cilt1. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997:22-35
6. Ateşkan Ü. Geriatrik aciller. Acil iç Hastalıkları Kitabı 2003, pp 668-75.
7. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of the emergency department by elderly patients: projections from a multicenter data base. Ann. Emerg Med 1992;21:802-807
8. Durukan P, Çevik Y, Yıldız M. Acil servise karın ağrısıyla başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2005;8(3):111-114
9. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. Türk Geriatri Dergisi 2003;6(3):83-88.
10. Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. Ann Emerg Med. 2003 May;41(5):668-77.
11. Mert E. Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(2):70-74
12. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC ve ark. Care of the elderly in the emergency department. Ann Emerg Med.1986;15:528-535
13. Lim KH, Yap KB. The prescribing pattern of outpatient polyclinic doctors. Singapore Med J 1999;40:742-44
14. Türkiye'nin demografik yapısı ve geleceği, 2010-2050. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü web sitesi <http://www.tuik.gov.tr> Erişim tarihi 28 Aralık 2012
15. T.C. Başbakanlık Türkiye istatistik Kurumu 2008 yılı verileri, www.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 28 Aralık 2012
16. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu . Dünyada ve Türkiye de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7:105-10

17. Çivi S, Tanrikulu Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi 2000; 3: 85-90
18. Ersan T, Arıoğul S. Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler. Hacettepe Tıp Derg 2002;33:68 -72.
19. Arulat T. Aile Hekimlerinin birinci basamakta yaşlı hasta değerlendirmesindeki sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi, Antalya 2009. Kongre Kitabı, 2009: 17-22.
20. Doğan A, Dönmez KB, Nakipoğlu G, Özgirgin N. Geriatrik inmeli hastalıklar ve komplikasyonlar. Türk Geriatri Dergisi 2009; 12: 118-23.
21. Çurgunlu A. Yaşlıda üriner sistemi enfeksiyonuna pratik yaklaşım. Akademik Geriatri Kongre Kitabı 2009: 112-5.
22. Duranay M. Hipertansif yaşlı izlemi ve tedavisinde özellikler. Akademik Geriatri Kongre Kitabı 2009: 23-30.
23. Birnbaumer D. Geriatrics: unique concerns. In Rosen P, Barkin R, Danzel FD, Hockberger RS editors. Emergency Medicine Concept and Clinical practise. 4th Edith. 1998:162-68
24. 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
25. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beger T. Yaşlıda ilaç kullunımı. Türk Geriatri Dergisi 1999;2:33-38.
26. Beğer T. Yaşlanma ve Yaşlılık. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu İstanbul, 1998: 9-13.
27. Kayacan S. Olgularla acilde yaşlı hasta değerlendirilmesi. Akademik Geriatri Kongre Kitabı 2009: 143-4.
28. Bozkurt S. Bir aylık dönemde acil servise başvuran yaşlı ve genç hastaların acil servis başvurularının karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilimdalı, İzmir, 2005
29. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of use, advers outcomes, and effectiveness of intervention. Ann Emerg. 2002;39(3):238-47.
30. Beers MH. Inappropriate medication prescribing in skilled-nursing facilities. Ann Intern Med 1992;117:684-685

31. Bayer AJ, Chadha JS. Changing presentation of myocardial infarction with increasing old age. J Am Geriatr Soc 1986; 34:263-265
32. Lewis LM, Miller DK. Unrecognized delirium in ED geriatric patients. Am J Emerg Med 13:142,
33. Taylan İ. Acil serviste inme tanısı almış olan 65 yaş ve üstü hastaların karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa, 2012
34. Rodoplu Ü, Ersoy G. Acil serviste geriatrik hastaya yaklaşım. Acil Tıp Dergisi 2003;3:19-22
35. Lunenfeld B. The ageing male: demographics and challenges. World J Urol 2002;20:20:11-16
36. Batman A. Yaşlı popülasyonun özellikleri ve sunulan hizmetler. Türk Geriatri Dergisi 2002;5: 123-2433.
37. Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Türk Geriatri Dergisi 1999;2:179-87
38. Güler Ç. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Editörler: Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S. Geriatri Cilt 1.1997:50-59
39. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in emergency room: age-related differences in emergency department use and care. J Am Geriatr Soc 1987;35:398-404.
40. Hockberger RS, Binder LS, Graber MA, Hoffman GL, Perina DG, Schneider SM, et al. American College of Emergency Physicians Core Content Task Force II. The model of the clinical practice of emergency medicine. Ann Emerg Med 2001;37:745-70.
41. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi 2004;7:225-30)
42. Satar S, Sebe A, Avcı A, Karakuş A, İçme F. Yaşlı hasta ve acil servis. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;29:43-50
43. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC, ve ark. Care of the elderly in the emergency department. Ann Emerg Med. 1986;15:528-535
44. Vanpee D, Swine C, Vandenbossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. Eur J Emerg Med. 2001 Dec;8(4):301-4.
45. Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL, Folmar S, Ellis SD, Messick CH. Emergency department utilization by the elderly: analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Acad Emerg Med. 1996 Jul;3(7):694-9

46. Gülalp B, Aldinç H, Karagün Ö, Çetinel Y, Benli S. Geriatri hastasının acil serviste şikayet ve sonlandırılışı. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2009; 9(2):73-77.
47. Strange GR, Chen ER. Use of emergency departments by elder patient: A Five Year Followup Study. Acad. Emergeg Med. 1998;5:1157-1162
48. Lim KH, Yap KB. The prescribing pattern of outpatient polyclinic doctors. Singapore Med J 1999;40:742-44
49. Özşaker E, Demirkorkmaz F, Dölek M. Acil servise başvuran hastaların bireysel özelliklerinin ve başvuru nedenlerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2011;14:128-134
50. Taymaz T. Acil Servisten yatırılan geriatrik hastaların ayrıntılı incelenmesi. www.akadgeriatri.org 2009;5:1158
51. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, et al. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27(3):89-94.
52. Fadiloğlu Ç, Tokem Y. Geriatrik rehabilitasyonda hemşirenin rolü, Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(4):241-6
53. Chioventa P, Vincentelli GM, Alegiani F. Cognitive impairment in elderly ED patient: nened for multidimensional assestment for beter management after discharge. Am J Emerg Med 2002;20:332
54. Leung MFE. Team approach and comprehensive geriatric assessment. Geriatrics and gerontology international 2004;40:41-44
55. Gurwitz JH. Polypharmacy. A new paradigm for quality drug therapy in the elderly? Arch Intern Med 2004;164:1957–1959
56. Hilmer SN, Gnjdic D. The effects of polypharmacy in older adults. Clin Pharmacol Therapeutics 2009; 85:86–98
57. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE et al. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatr Soc 2006; 54:1516–1523
58. Kaufman DW, Kelly JP, Rosemberg L, Anderson TE, Mitchell MAA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the united State: the Slone survey. JAMA 2002;287:337–344.
59. Linjakumpu T, Hartkainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among elderly. J Clin Epidemiol 2002; 55:809–817

60. Koh Y, Kutty FBM, Li SC. Drug-related problems in hospitalized patients on polypharmacy: the influence of age and gender. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2002;1:39–48
61. Lund BC, Camahan RM, Egge JA, Chrischilles EA, Kaboli PJ. Inappropriate prescribing predicts adverse drug events in older adults. *Ann Pharmacother*. doi:10.1345aph.1M657
62. Spinewine A, Schmader KE, Barber N et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet* 2007;370:173–184
63. Veehof LJG, Meyboom-de Jong B, Haaijer-Raskamp FM. Polypharmacy in the elderly-a literature review. *Eur J Gen Pract* 2000;6:98–106
64. Jyrkka J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy stauts as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging* 2009;26:1039–1048
65. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT . Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:345–35114.
66. Barbosa JC, Ahluwalia M, Kirkland L, Le Blanc ME. Geriatric epidemiology in a large urban seting emergency department: A view of things to come The 129 Annual Meeting of APHA 2001. Abstract 22998
67. Brokaw M, Zaraa AS . Biopsychosocial profile of geriatric population who frequently visits emergency deparment. *Ohio Med* 1991;87:347-50
68. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in emergency room:age-related differences in emergency department use and care. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:398-404.
70. Ünal S. Yaşlanma ve enfeksiyon. Editörler Kutsal YG, Çakmakçı M,Ünal S *Geriatri cilt 2* 1997:438-41
71. 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

8.KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AS	Acil servis
DM	Diabetes mellitus
DSÖ	Dünya sağlık örgütü
GİS	Gastrointestinal sistem
HT	Hipertansiyon
İYE	İdrar yolu enfeksiyonu
KAH	Koroner arter hastalığı
KBB	Kulak burun boğaz
KKY	Konjestif kalp hastalığı
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hasalığı
KVC	Kalp damar cerrahisi
MEÜTF	Mersin üniversitesi tıp fakültesi
NSAİİ	Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç
SSS	Santral sinir sistemi
SVH	Serebrovasküler hastalık
UNİCEF	Birleşmiş Milletler çocuklara yardım fonu

9. TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1. Yaşlanmada fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri	18
Tablo 2. Yaş gruplarına göre eşlik eden hastalıkların karşılaştırılması	23
Tablo 3. Yaş gruplarının kullandıkları ilaçlara göre karşılaştırılması	25
Tablo 4. Şikayet gruplarına göre hastaların dağılımı	26
Tablo 5. Hastaların şikayetlerine göre acil serviste kalış süreleri	27
Tablo 6. Yaş gruplarına göre konsültasyon istenme oranları	28
Tablo 7. Acil serviste son durumlarına göre hasta dağılımı	29
Tablo 8. Konsültasyon istenen bölümlere göre yatış oranları	29
Tablo 9. Yatış yerlerine göre hastaların dağılımı	30
Tablo 10. Hastaların yatış tanılarına göre dağılımı	30
Tablo 11. Hastaların yattığı bölümlere göre dağılımı ve acilde kalış süreleri	31
Tablo 12. Yaş gruplarına göre acilde kalış süresi	32

10. ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları	20
Şekil 2. Cinsiyete göre hastaların dağılımları	21
Őekil 3. 65 yaŐ űst hastalarda eŐlik eden hastalıkların dağılımları	22