

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ALTMİŞ BEŞ YAŞ ÜZERİ
HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Bengü MUTLU**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç Dr. Mustafa YILDIZ**

**ELAZIĞ
2012**

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Yrd. Doç. Dr. Mustafa YILDIZ

Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç Dr. Mustafa YILDIZ

Danışman

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri

..... _____
..... _____
..... _____
..... _____
..... _____

TEŞEKKÜR

Gerek asistanlık eğitimim süresince, gerekse tezimin her aşamasında birikim ve desteklerini esirgemeyen, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Mustafa YILDIZ'a,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden ayrı ayrı yararlandığım Dr. Mehmet Nuri BOZDEMİR ve Dr. İsa KILIÇARSLAN'a, tez verilerimin istatistiklerini yapmamda yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Süleyman Serdar Koca'ya,

İhtisasım süresince bir ekip zihniyeti ile birlikte çalıştığım tüm acil tıp araştırma görevlisi arkadaşlarıma, acil servis hemşireleri, acil tıp teknisyenleri ve diğer tüm acil servis personeline,

Bugünlere gelmemi sağlayan, sonsuz emeklerini ve sevgilerini benden esirgemeyen sevgili anne ve babama, tezimin yazımı sırasında yoğunluğuna rağmen yardımını esirgemeyen biricik kardeşim Begüm Mutlu'ya ve amcam İzzet Mutlu'ya, uzmanlığımı görmeyi çok arzulayan, manevi olarak desteklerini hep sırtımda hissettiğim ancak şu an aramızda olmayan büyükbabam ve dedeme

...teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Ülkemizde yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak, acil servisin yaşlı nüfus tarafından kullanımı da artmaktadır. Yaşlı hastalarda eşlik eden birçok hastalığın var olması nedeniyle komplike bir klinik oluşur. Yaşlı hastaların acil servis ortamında değerlendirilmeleri zor olabilir. Yaşlı nüfusun acil problemleri için özel eğitilmiş personellerin varlığı, daha hızlı ve kaliteli bir sağlık hizmetine sebep olacaktır. Bu nedenlerden dolayı acil servisine başvuran yaşlı hasta profilini çıkarmak önem kazanmıştır. Çalışmamızda acil servise başvuran hasta grubunun demografik özellikleri ve yaşlı hasta profilinin araştırılması planlanmıştır.

Haziran 2011 - Kasım 2011 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis'ine başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların şikâyetleri, tanıları, altta yatan hastalıkları, kullanmakta oldukları ilaçlar, hastanede geçirdikleri süre, yatış yapılan servisler ve ölüm oranları prospektif olarak kaydedildi.

Acil servis başvurularının ortalama %13.8'ini 65 yaş ve üzeri yaşlı popülasyon oluşturuyordu. Yaş ortalaması 74.8 ± 7.2 olarak bulundu. Hastalarımızın %49.2'si kadın, %50.8'i erkekti. En sık eşlik eden komorbid hastalıklar hipertansiyon (%37.2), koroner arter hastalığı (%21.9) ve diabetes mellitus (%18) olarak saptandı. En sık tanı konulan üç hastalık sırasıyla serebrovasküler hastalık (%5.3), konjestif kalp yetersizliği (%4.8) ve periferik vertigo (%4.2) olarak tespit edildi. Hastaların %38.3'ü yatırıldı. En sık yatış yapılan bölüm kardiyoloji olarak belirlendi.

Acil servislere başvuran geriatric hasta sayısının fazla olması, acil servis ekibinin geriatri konusunda bilgi sahibi olması zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini düşünülmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı hasta, acil servis, komorbide, polifarmasi.

ABSTRACT

DEMOGRAPHICS FEATURES OF PATIENTS OLDER THAN 65 YEARS PRESENTING TO EMERGENCY DEPARTMENT

Admission to the emergency department by the elderly is increasing proportionally with the increase in the elderly population in Türkiye. The presence of multiple diseases causes a complicated clinical situation. Evaluation of elderly patients in the emergency department may be difficult. Approaching the emergency problems of the elderly population with specially educated personnel will result in the provision of a faster and more qualified health service. From these reasons, knowing the elderly patient profile presenting to emergency department becomes important. Our study, we aimed to evaluate the demographics of elderly patients who were admitted to the emergency department.

Complaints, diagnosis, history of illnesses, medications, length of hospital stay, wards of admission, and mortality rates of patients older than 65 years, presenting to Firat University Emergency Department from June 2011 to November 2011 were recorded prospectively from patient records.

On average, 13.8% of the total number of patients who applied to the emergency department represented the geriatric population over the age of 65. Mean of age was 74.8 ± 7.2 . The results indicated that 37.2% hypertension, 21.9% coronary artery disease and 18% diabetes mellitus. Top three disease was found as follows: strokes (%5.3), congestive heart failure (%4.8), vertigo (%4.2). The gender distribution of the elderly was 49.2% women and 50.8 men. 38.3% of all admission to the geriatric patients were hospitalized. The most common department of hospitalization was cardiology.

High rates of geriatric patients applying to emergency department show the necessity for emergency staff to be informed and trained about geriatrics. We think that, more research needs to be done on this subject.

Keywords: Geriatric patient, emergency department, comorbidity, polipharmacy.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Epidemiyoloji	2
1.2. Yaşlılık Patofizyolojisi	4
1.3. Yaşlı Hastalarda Klinik	5
1.4. Yaşlı Hastalarda Tanısal Testler	7
1.5. Taburcu Etme	7
2. GEREÇ VE YÖNTEM	9
3. BULGULAR	12
3.1. Yaşlı Hastaların Başvuru Oranları	12
3.2. Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları	12
3.3. Birden Fazla Başvuru Yapan Hasta Sayısı Dağılımı	12
3.4. Başvuru Şikâyetlerinin Dağılımı	12
3.4.1. Başvuru Şikâyetlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı	13
3.4.2. Şikâyet Süreleri	14
3.5. Başvuru Saatlerinin Dağılımı	14
3.5.1. Başvuru Saatlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı	14
3.5.2. Hastaların Başvurdukları Saat Aralığına Göre Yaş Ortalamaları	15
3.6. Hastaneye Ulaşım Şekillerinin Dağılımı	15
3.6.1. Hastaneye Ulaşım Şekillerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	16
3.6.2. Ulaşım Şekillerinin Saat Aralığına Göre Dağılımı	16
3.6.3. Ulaşım Şekillerinin Yaşam Şekillerine Göre Dağılımı	17

3.6.4. Ulaşım Şekillerine Göre En Sık Beş Şikâyet	17
3.6.5. Ulaşım Şekillerine Göre Şikâyet Sürelerinin Ortalaması	18
3.6.6. Ulaşım Şekillerine Göre En Sık 5 Tanı	19
3.6.7. Ulaşım Şekillerinin Sonuç İle İlişkisi	19
3.6.8. Ulaşım Şekillerine Göre Acilde Kalış Sürelerinin Ortalaması	20
3.7. Hastaların Yaşadığı Yerleşim Yerlerinin Dağılımı	20
3.8. Hastaların Geldiği Mekânların Dağılımı	21
3.9. Hastaların Eğitim Düzeyinin Dağılımı	21
3.9.1. Hastaların Eğitim Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı	22
3.10. Hastaların Yaşam Şekillerinin Dağılımı	23
3.10.1. Hastaların Yaşam Şekillerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	23
3.11. Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklar	23
3.11.1. Hastaların Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklarının Dağılımı	24
3.11.2. Hastaların Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklarının Varlığının Sonuç İle İlişkisi	24
3.12. Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı	25
3.12.1. Hastaların Başvuru Öncesi Kullandığı İlaçların Dağılımı	25
3.12.2. Hastaların Başvuru Öncesi İlaç Kullanımının Sonuç İle İlişkisi	26
3.13. Acil Serviste İstenen Tetkikler	26
3.14. Tanıların Dağılımı	27
3.14.1. Tanı Gruplarının Dağılımı	27
3.14.2. Tanı Gruplarının Cinsiyetlere Dağılımı	28
3.14.3. Tanı Gruplarının Yaş Ortalamalarının Dağılımı	28
3.15. Yapılan Müdahaleler	29
3.16. İstenen Konsültasyonlar	30
3.16.1. Konsültasyon Sayısı	30
3.16.2. Konsültasyonların Bölümlere Dağılımı	30
3.17. Sonuçların Dağılımı	31
3.17.1. Sonuçların Cinsiyetlere Göre Dağılımı	31
3.17.2. Sonuçların Yaş Ortalamalarının Dağılımı	32
3.17.3. Sonuçların Şikâyet Süresi Ve Hastanede Kalış Süresi İle İlişkisi	32
3.17.4. Yatan Hastaların Şikâyetlerinin Dağılımı	33

3.17.5. Eksitus Olan Hastaların Şikâyetlerinin Dağılımı	33
3.17.6. Eksitus Olan Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı	34
3.17.7. Yatan Hastaların Tanı Gruplarına Göre Dağılımı	34
3.17.8. Yatış Yapılan Hastaların Yattıkları Bölümlerin Dağılımı	35
3.18. Yaşlı Hastaların Başvuru Sonrası Acilde Geçirdikleri Süre	35
4. TARTIŞMA	36
5. KAYNAKLAR	44
6. ÖZGEÇMİŞ	51

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Yaşlılıkta fizyolojik değişikler ve potansiyel etkileri	6
Tablo 2. Şikâyetlerin gruplandırılması	10
Tablo 3. Tanıların gruplandırılması	11
Tablo 4. Şikâyet gruplarının cinsiyetlere göre dağılımı	14
Tablo 5. Cinsiyetlere göre başvuru saatlerinin dağılımı	15
Tablo 6. Hastaların başvurdukları saat aralığına göre yaş ortalamaları	15
Tablo 7. Ulaşım şekillerinin saat aralığına göre dağılımı	17
Tablo 8. Ulaşım şekillerinin saat aralığına göre dağılımı	17
Tablo 9. Ulaşım şekillerine göre en sık beş şikâyet	18
Tablo 10. Ulaşım şekillerine göre şikâyet sürelerinin ortalaması	18
Tablo 11. Ulaşım şekillerine göre en sık beş tanı	19
Tablo 12. Ulaşım şekillerinin sonuç ile ilişkisi	20
Tablo 13. Ulaşım şekillerine göre acilde kalış sürelerinin ortalaması	20
Tablo 14. Tanı grupların cinsiyetlere göre dağılımı	28
Tablo 15. Tanı gruplarındaki hastaların yaş ortalamaları dağılımı	29
Tablo 16. Sonuçlara göre yaş ortalamaları	32
Tablo 17. Sonuçlara göre şikâyet sürelerinin ve acil serviste kalış sürelerinin ortalamaları	32

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Ülkemiz nüfus piramidinde yıllara göre değişim	3
Şekil 2. Yaşlı tarafından acil servisin kullanım oranları	4
Şekil 3. Şikâyetlerin sistematik gruplamasının yüzdeler halinde dağılımı	13
Şekil 4. Gruplama yapılmadan önce, en sık beş şikâyetin dağılımı	13
Şekil 5. Hastaneye geliş şekillerinin dağılımı	16
Şekil 6. Hastaneye geliş şekillerinin cinsiyete göre dağılımı grafiği	16
Şekil 7. Hastaların yaşadığı yerleşim yerlerinin dağılımı	21
Şekil 8. Hastaların geldiği mekânların dağılımı	21
Şekil 9. Hastaların eğitim düzeyinin yüzde dağılımı	22
Şekil 10. Hastaların eğitim düzeyinin cinsiyete göre dağılımı grafiği	22
Şekil 11. Hastaların yaşam şekillerinin dağılımı	23
Şekil 12. Hastaların yaşam şekillerinin cinsiyete göre dağılım grafiği	23
Şekil 13. Hastaların başvuru öncesi tanı konulmuş hastalıklarının dağılımı	24
Şekil 14. Hastaların başvuru öncesi tanı konulmuş hastalıklarının varlığının sonuç ile ilişkisi	24
Şekil 15. Hastaların başvuru öncesi kullandığı ilaçların dağılımı	25
Şekil 16. Hastaların bilmediği ilaç kullanımının eğitim düzeyi ile ilişkisi	25
Şekil 17. Hastaların başvuru öncesi ilaç kullanımlarının sonuç ile ilişkisi	26
Şekil 18. İstenen tetkiklerin dağılımı	26
Şekil 19. Tanı gruplarının yüzdeler halinde dağılımı	27
Şekil 20. Gruplama yapılmadan önce. En sık beş tanının dağılımı	27
Şekil 21. Müdahale yapılan hastaların dağılımı	29
Şekil 22. Konsültasyon sayılarının dağılımı	30
Şekil 23. Konsültasyon istenen bölümlerin dağılımı	30
Şekil 24. Sonuçların dağılımı	31
Şekil 25. Sonuçların cinsiyete göre dağılımı	31
Şekil 26. Sonuçların cinsiyete göre dağılımı	33
Şekil 27. Eksitus olanların acil servise geliş şikâyetleri	33
Şekil 28. Eksitus olanların acil serviste aldıkları tanıları	34
Şekil 29. Yatan hastaların acil serviste aldıkları tanı grupları	34
Şekil 30. Yatan hastaların kendi içinde yatış yapılan bölümlere dağılımı yüzde olarak dağılımı	35

KISALTMALAR LİSTESİ

%95 CI	%95 güven aralıkları
ABY	Akut böbrek yetmezliği
AF	Atrial fibrilasyon
AGE	Akut gastroenterit
BPH	Benign prostat hiperplazisi
CBC	Hemogram
dk	Dakika
DM	Diabetes mellitus
DVT	Derin ven trombozu
ECV	Elektriksel kardiyoversiyon
FÜTF	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
GİA	Geçici iskemik atak
GİS	Gastrointestinal sistem
HT	Hipertansiyon
İYE	İdrar yolu enfeksiyonu
KAH	Koroner arter hastalığı
KBB	Kulak burun boğaz
KBY	Kronik böbrek yetmezliği
KKP	Kronik kor pulmonale
KKY	Konjestif kalp yetersizliği
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
KPR	Kardiyopulmener resüsitasyon
KVS	Kardiyovasküler hastalık
MCV	Medikal kardiyoversiyon
MI	Miyokard infarktüsü
MKT	Minör kafa travması
MVR	Mitral kapak replasmanı
NG sonda	Nazogastrik sonda
NVS	Nörovasküler sistem
OR	Odds oranı

PaCO₂	Parsiyel arteriyel karbondioksit basıncı
PaO₂	Parsiyel arteriyel oksijen basıncı
RSI	Hızlı seri entübasyon
SAK	Subaraknoid kanama
SVH	Serebrovasküler hastalık
SVT	Supraventriküler taşikardi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USAP	Unstabil anjina pektoris
ÜSYE	Üst solunum yolu enfeksiyonu
VF	Ventriküler fibrilasyon
VT	Ventriküler taşikardi
YDT	Yumuşak doku travması

1. GİRİŞ

Yaşlanma her canlıda görülen, geri dönüşsüz, tüm sistemleri etkileyen kaçınılmaz bir fizyolojik süreçtir. Organizmanın molekül hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, türe özel bir zaman süresinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, iç ve dış çevredeki değişikliklere uyum yeteneğinin azalması sonucu, homeostazisi sürdüremedikleri, organ ve dokularda ilerleyici atrofi, fibrozis ve azalan elastisite ile karakterize yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümü olarak tanımlanmaktadır (1-8).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre yaşlılık 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilmektedir (4, 7, 9).

Yaşlı hastalar fizyolojik, farmakolojik, psikolojik ve sosyal yönden genç hastalardan farklı özelliklere sahiptir (5, 10-12). Yaşlanma süreciyle birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiklikler vücuttaki tüm sistemleri etkiler ve temel olarak duyuşal zayıflıklar, ruhsal sorunlar ve kronik hastalıklar ortaya çıkar (1). Evers ve ark. (13), yaşın farklı organ ve sistemler üzerindeki etkisinin genellikle normal fonksiyonları etkilemediğini; Akan ve ark. (10) ise yaşlıların normal şartlarda fonksiyonel rezervlerinde azalma olmasına rağmen bazal ihtiyaçlarını karşılayabileceğini ancak kronik hastalık varlığı ya da bir stres durumunda yeterli yanıtı veremediklerini vurgulamışlardır.

Tıbbın gelişimi, beslenme ve hijyene verilen önem ile son yüzyılda, beklenen yaşam süresi belirgin olarak artmıştır (4, 10). Yaşlı sayısındaki artışa paralel olarak fiziksel yetersizliği olan birey sayısı da artmaktadır (14). Yaşlı bireyler; fiziksel kapasitedeki yetersizlik, eş ve sevdiklerin kaybı, sosyal çevrede değişiklikler gibi nedenlerle günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlük, depresyon ve çevreye uyum problemi yaşamaktadırlar (11, 14-15).

Acil servisler her türlü acil durumda 24 saat ulaşılabilir tanı ve tedavi merkezleridir (16-18).

Yaşlı hastalar özel fizyolojileri, kendisi ve ailesi ile yaşanan iletişim problemleri, kendilerine ait prezentasyonları ve taburculuklarındaki güçlükler ile acil servis için özel bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu özel hasta grubunda tek bir şikâyete yönelerek, sadece hayatı tehdit eden ve sık rastlanan hastalıklar üzerinde yoğunlaşmak doğru tanı koymayı zorlaştırmaktadır. Doğru tanı koyabilmek için fazla

sayıda tetkik istenmekte ve daha uzun takip sürelerine gereksinim duyulmaktadır. Tüm bu sorunlarla acil servisin yoğunluğu içerisinde başa çıkabilmek gerekmektedir (19-21).

1.1. Epidemiyoloji

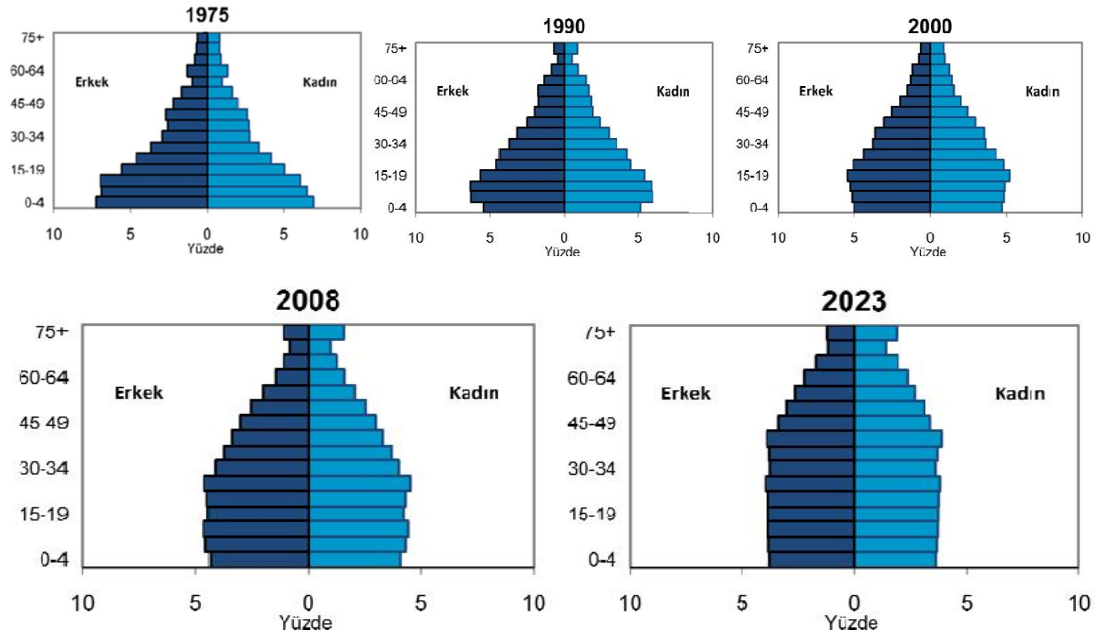
Yüzyılımızda özellikle gelişmiş toplumlarda en önemli demografik hareket yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının giderek artmasıdır (2, 11, 22). Yaşlı hasta popülasyonunun hızla artması, acil servise başvuran ve yatan yaşlı hasta sayısında da önemli artışlara neden olmuştur. Günümüzde tüm acil başvurularının yaklaşık %15' ini yaşlı hasta grubu oluşturmaktadır ve 2020 yılında bu başvuru oranının %25 olması tahmin edilmektedir (1-2, 8, 19-20).

Bazı sanayileşmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranı %12-18 arasında değişmektedir. 2050'li yıllarda 65 yaş üstü nüfusun 15-64 yaş nüfusuna göre gelişmiş ülkelerde 2 kat ve gelişmekte olan ülkelerde ise 3 kat daha hızlı artacağı ve 2025 yılında dünyadaki yaşlı insan sayısının 800 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri istatistiklerine bakıldığında toplumun %12'sinin 65 yaş ve üstü hastalardan oluştuğu ve oranın 2030'da %20'ye çıkmasının beklendiği görülmektedir (1-2, 9, 20-21). 2000-2030 yılları arasında yaşlı popülasyonun Avrupa'da %15.5'ten %24.3'e, Kuzey Amerika'da %12.6'dan %20.3'e, Asya'da %6'dan %12'ye, Latin Amerika ve Karaiblerde %5.5'ten %11.6'ya çıkması beklenmektedir (9).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 65 yaş üstü insanların oranı 1985 yılında %4.2, 1995 yılında %4.7, 2000 yılında %5.7, 2005 yılında %7.8, 2008 yılında %6.8 ve 2010 yılında %7.2 olarak bildirilmiştir (2, 9, 14, 22-23). Son yıllarda 65 yaş üzeri nüfusta 1980-2000 yılları arasındaki 20 yıllık süreye göre daha hızlı artış olmuştur. 2010 yılı TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre yaşadığımız il olan Elazığ için ise bu oran %7.8'dir (23). 2025 yılına kadar ülkemizde 65 yaş üstü insanların oranının %9-10'a ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yapılan çalışmalarda beklenen yaşam süresi 1955 yılında 48 yıl iken, 1975 yılında 59 yıla, 1995 yılında 65 yıla yükselmiştir ve 2025 yılında bu sürenin 73 yıla çıkacağı tahmin edilmektedir (2). Ülkemizde 2025 yılı için tahmin edilen ortalama yaşam beklentisi erkekler için 70 yıl, kadınlar için ise 75 yıldır (2).

1970'li yıllardan sonra nüfus piramitlerindeki hızlı daralma yerini, 1990'lı yıllardan itibaren daha yavaş bir daralmaya bırakmıştır, bu doğrultuda tahmin edilen 2023 piramidi şekil 1'de görülmektedir (24).

Ülkemizde halen 65 yaşın üzerinde 5 milyondan fazla kişi yaşamaktadır ve bu sayının 2030 yılında da 10 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (14, 23). Ülkemizdeki bu nüfus dağılımı değişikliği diğer ülkelerde yapılan incelemelerle benzerlik göstermektedir (25, 26).

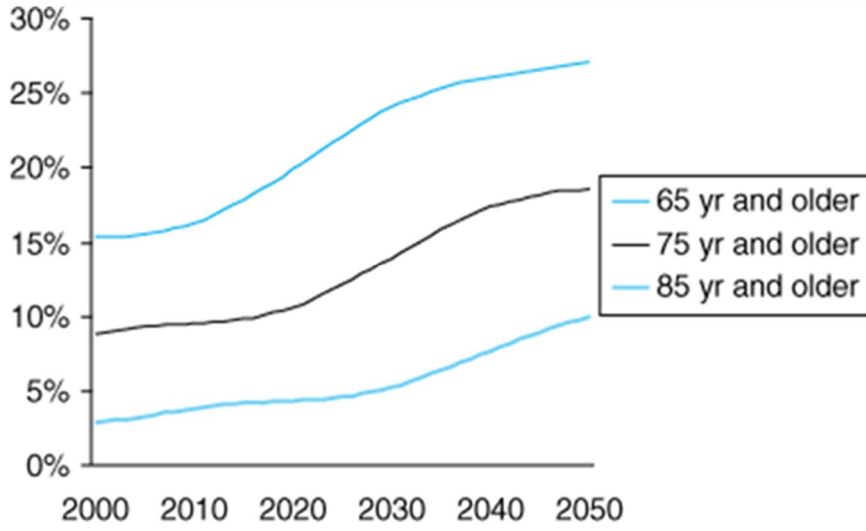


Şekil 1. Ülkemiz nüfus piramidinde yıllara göre değişim

Genel nüfus içerisinde yaşlı oranındaki bu artış;

- Başta tanı ve tedavi yöntemleri olmak üzere sağlık alanındaki çarpıcı ilerlemeler ve hizmetler,
- Enfeksiyon ve hastalıklara bağlı ölümlerin azalması,
- Bebek ve anne ölüm hızının düşmesi ve doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması,
- Yeterli beslenme olanaklarının sağlanması ve yaşam standartındaki gelişmeler,
- Eğitim olanakları ve düzeyinin artması,
- İnsanların yaşam sürelerinin ve standartlarının artması

...nedeniyle meydana gelmiştir (1, 24).



Şekil 2. Yaşlılar tarafından acil servisin kullanım oranları

Acil servisin yaşlılar tarafından kullanımı gittikçe artmaktadır ve gelecek yıllarda da aynı şekilde artışın devam edeceği tahmin edilmektedir (19) (Şekil 2).

1.2. Yaşlılık Patofizyolojisi

Acil servisler yaşlı hastaların 24 saat çoklu ve karışık şikâyetleri ile başvurabilecekleri başlıca merkezlerdir (27).

Yaşlı bir hastanın acil servis başvurusu sırasında hızlı, hatasız ve eksiksiz değerlendirilmesi, acil servis hekimlerinin bu özel popülasyonun genel özelliklerini çok iyi bilmesi ile mümkündür.

Yaşlı hastaların şikâyetleri genellikle karışık yapıdadır ve ilk bakışta acil bir problemi çağrıştırmayabilir, bu nedenle geniş ve detaylı bir değerlendirmeye gereksinim duyulur (20, 27).

Yaşlı hastaların fonksiyonel kapasitelerinde azalma, değerlendirilmesi gereken durumlardan biridir. Normal yaşlanma sürecinde kardiyak, pulmoner, hepatik, renal, nörolojik ve immün fonksiyonel rezervlerde azalma meydana gelir. Bunlar tek başlarına ayrı birer problem olmakla beraber hastaların hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), konjestif kalp yetersizliği (KKY), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi komorbid hastalıklarının ve çoklu ilaç kullanımlarının varlığı da kliniği büyük ölçüde etkiler. İstirahat halinde çoğu yaşlı asemptomatiktir, araya giren stres faktörleri ile organ fonksiyonları kritik düzeyin altına düşer ve semptomlar başlar (2, 20, 28).

Yaşlı hastalarda deliryum ve demans gibi kognitif problemler de sıkça mevcut olsa da bu durum genellikle dikkatten kaçır. Bu bozukluklar doğru anamnez almayı ve taburculuk kararlarını zorlaştırır (15, 20-21, 27).

Hastanın bazal fonksiyonel durumu ve yaşam koşulları hakkında bilgi sahibi olmak, akut bir patolojinin gözden kaçırılmamasında yardımcı olacaktır. Bu nedenle hastanın en yakınında bulunan ve bakımı ile ilgilenenlerin bilgisine ihtiyaç vardır. Bunun için çoğunlukla hasta yakını ve bakıcılarının da bilgi ve düşüncelerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Yaşlı hastaların, gelişen sağlık problemleri ve eş kayıpları gibi nedenlerle başta depresyon olmak üzere çok sayıda psikososyal sorunla karşılaşma riskleri de göz önünde bulundurulması gereken önemli bir durumdur (2, 20).

1.3. Yaşlı Hastalarda Klinik

Yaşlı hastaların acil serviste klinik değerlendirmesi acil servis hekimleri için diğer hastalardan daha zordur. Hastanın değerlendirilmesinde detaylı bir anamnez alınması çok önemlidir. Yaşlı hastaların acil servis başvuru şikâyetleri genellikle karışık özelliktedir (Tablo 1).

Yaşlı hastaların var olan komorbid hastalıklarından dolayı iyi tanımlanmış tek bir problemle acil servis başvuruları nadirdir. Sıklıkla hastadan alınan anamnez yeterli olmadığından yakınlarının bilgi ve gözlemine gereksinim duyulur. Hastanın olası bilişsel problemleri, uzun süreli şikâyetlerin varlığı, altta yatan hastalıklarından ya da kullandığı ilaçlardan ötürü atipik bir kliniğin varlığı, derdini çekindiği ya da ifade etmede zorlandığı için anlatamaması acil hekiminin başta gelen sıkıntılarından. Bu nedenle hastanın özgeçmişi ve kullandığı ilaçlar da dikkatle sorgulanmalıdır (8, 20, 27, 29). Çoklu ilaç kullanımına bağlı ilaçlar arasında etkileşim ve yan etkiler önemli bir problem olarak karşımıza çıkabilir (21, 27).

“Kendimi iyi hissetmiyorum.”, “Halsizim.”, “Her yerim ağrıyor.” veya “Günlük işlerimi yapamıyorum.” gibi ilk aşamada acil bir problemi akla getirmeyen şikâyetlerle başvurularla sıkça karşılaşılır. Bu atipik şikâyetlerin zemininde çok sayıda hayatı tehdit eden hastalık olabileceği için, geniş ve detaylı bir değerlendirme gereklidir (20).

Tablo 1. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri (5, 20-21, 31)

SİNİR SİSTEMİ	
Kan-beyin bariyeri etkisini azalması	Menenjit riskinde artma
Isı değişimlerine azalmış cevap	İlaçlara artmış yanıt
OSS fonksiyonlarında değişiklik	Bozulmuş termoregülasyon
Nörotransmitterlerde değişme	Kan basıncındaki değişimler
	Azalmış erektil fonksiyon
	İdrar inkontinansı
	Mental fonksiyonlarda yavaşlama
DERİ-MUKOZA	
Tüm cilt katmanlarında atrofi	Azalmış yalıtım
Ter bezleri sayı ve aktivitesinde azalma	Deri hasarı ve enfeksiyon riski artar
	Hipertermi riski
KAS İSKELET SİSTEMİ	
Progresif kemik kaybı	Fraktür riskinde artma
Fibröz kartilaj ve sinovyal dokuda atrofi	Eklem instabilitesi ve ağrı
Adipoz doku oranında artma, yağsız vücut kitlesinde azalma	Bozulmuş denge ve mobilite
	Farmakokinetiklerde değişiklik
İMMÜN SİSTEM	
Hücre sel bağışıklıkta azalması	Neoplazm riskinde artma,
Azalmış antikor titreleri	Latent hastalıkların alevlenme eğilimi
	Enfeksiyon riskinde artma
KVS	
İnotropik cevapta azalma	Miyokard duvar stresine düşük yanıt
Kronotropik cevapta azalma	Maksimum kalp hızında azalma
Periferel vasküler dirençte artma	Kan basıncında artma
Ventriküler dolumda azalma	Organ perfüzyonlarında azalma
SOLUNUM SİSTEMİ	
Vital kapasitede azalma	
Azalmış akciğer / hava yolu kompliansı	Havayolu direncinde artma
Kemoreseptör cevap azalmasına bağlı hiperkapni/hipoksemi	Hızlı dekompanasyon potansiyeli
Azalmış solunum dürtüsü	PaO ₂ 'de azalma, PaCO ₂ 'de artma
Difüzyon kapasitesinde azalma	PaO ₂ 'de azalma
Öksürme ve glottik reflekslerde azalma	Aspirasyon riskinde artma
HEPATİK FONKSİYON	
Karaciğer hücre kitlesinde azalma	Rejenerasyon yeteneği azaltılmış
Hepatik kan akımında azalma	
Mikrozomal enzim aktivitelerinde değişiklik	Farmakokinetiklerde değişiklik
RENAL SİSTEM	
Renal hücre kitlesinde azalma	Azalan ilaç eliminasyonu
Bazal membranda kalınlaşma	
D vitamini hidroksilasyonunda azalma	Hipokalsemi, osteoporoz riskinde artma
Total vücut suyunda azalma	Farmakokinetiklerde değişiklik
Azalmış susuzluk tepkisi	Dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu riskinde artma
Renal vazopressin cevabında azalma	
GİS	
Azalan gastrik mukoza ve bikarbonat sekresyonu	Gastrik ülser riskinde artma
GİS'de azalan kan akımı	Perforasyon riskinde artma
Epitelial hücre rejenerasyonunda azalma	İyileşmede gecikme

OSS: Otonom Sinir Sistemi, KVS: Kardiyovasküler Sistem, PaO₂: Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı, PaCO₂: Parsiyel Arteriyel Karbondioksit Basıncı, GİS: Gastrointestinal Sistem

Yaşlı hastaların muayenesinde; yaşlanmayla ortaya çıkan fonksiyonel değişiklikler tanı ve tedavi sürecinde mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (5, 20-21). Çalışmalar yaşlı hastaların %2-6'sının asemptomatik bir şekilde miyokard infarktüsü (MI) geçirdiğini göstermiştir (21). Yaşlı hastalar genç hastalara göre enfeksiyona daha yatkın ve daha yüksek morbidite-mortalite oranlarına sahiptirler (21). Karın ağrısı da yaşlılarda değerlendirmesi zor olan ve sıkça karşılaştığımız bir semptomdur. Buna rağmen %75'inin tanısı acil serviste koyulmaktadır (21).

Tüm bu değişiklikler fizyolojik olmasına rağmen bunlara bağlı kronik hastalık prevalansının artması, hastaların şikâyetlerinde, muayene ve laboratuvar sonuçlarında değişikliklere neden olarak acil servis hekiminin yanılmasına sebep olabilmektedir (5, 21, 30).

1.4. Yaşlı Hastalarda Tanısal Testler

Acil servise müracaat eden yaşlılarda daha fazla sayıda tanısal teste gereksinim duyulmaktadır. Yaşlanmayla birlikte oluşan fizyolojik değişikliklere bağlı hasta prezentasyonundaki farklılıklardan kaynaklanan yanılsamaları en aza indirebilmek için artan maliyete rağmen daha fazla tanısal test kullanılması gerekir. Laboratuvar testlerinin doğru değerlendirilebilmesi için yaşlanmayla birlikte değişen normal değerlerin de bilinmesi gereklidir (20-21).

1.5. Taburcu Etme

Yaşlı hastaların genç hastalara göre hastanede yatarak tedavi edilme hatta yoğun bakım gereksinimleri daha fazla olmaktadır (16, 32-37). Yapılan bir çalışma ile, yaşlı hastaların geriatri bölümü bulunan hastanelerde yatış oranının fazla, yanlış teşhis oranının da daha az olduğu gösterilmiştir (2). Yaşlı bir hasta acil servisten taburcu edildiğinde ilaçları alıp alamayacağı, kullanıp kullanamayacağı, önerileri anlayıp anlayamadığı, herhangi bir kötüleşme durumunda ya da kontrol amacıyla hastaneye gelme imkânının olup olmadığı, taburculuk sonrası kendi bakımını ve ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamayacağı konusunda dikkatlice sorgulanmalıdır. İmkanları uygun olan hastaların taburculuğu ailesi, arkadaşları gerekli ise sosyal hizmet görevlilerine gerekli özenin gösterilebilmesi konusunda bilgi verilerek yapılmalıdır (32). Bakımlarından sorumlu olan kişilere karşı güven duyan ve içinde bulunduğu durum ve tedavisi hakkında doğru bilgilendirilen hastalar tedavi isteme ve işbirliği yapma eğilimindedirler (7).

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi (FÜTF) Hastanesi'nin hasta grubunun önemli bir kesimini oluşturan 65 yaş üstü hastaların, hastanemiz acil servisine başvuruları belirgin derecede fazladır. Hastanemize dış merkezlerden yönlendirilen yaşlı hastaların ilk giriş yeri olarak acil servisi kullanma oranları da yüksektir. Bu nedenle, acil servisimize başvuran yaşlı hasta profilini çıkarmak, acil serviste takip edilme sürelerini, sık başvuru sebeplerini, ölüm nedenlerini ve oranlarını, diğer servislere yatışlarını, tanı dağılımlarını, altta yatan hastalıkları tespit etmenin acil servis açısından verilen hizmetin neresinde olduğumuzu ortaya koyabileceği, olası iyileştirme çalışmaları için yön gösterici olabileceği düşünülmüştür.

Acil serviste çalışanlar başta olmak üzere bir hekimin karşılaşabileceği sorunlara karşı hazırlıklı olabilmesi hasta açısından önemlidir. Yaşlı hastalar acil servise sıkça başvuran ve tanı-tedavi süreçleri sırasında değişen fizyolojik mekanizmaları ve çoklu ilaç kullanımları nedeniyle zorluk çekilebilen bir popülasyondur (5, 20). Hekimlerin karşılaşabilecekleri sorunlar hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları, daha iyi ve rahat hizmet verebilmeleri açısından faydalı olacaktır. Çalışmamızda acil servise başvuran hasta grubunun demografik özellikleri ve yaşlı hasta profilinin araştırılması amaçlandı.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu ileriye dönük, kesitsel, analitik çalışma hastanemiz acil servisine başvuran 65 yaş üstü hasta grubu ile yapıldı. Bu grupta yer alan her hasta için hazırlanan anket formuna hasta bilgileri ilgili hekim tarafından kaydedildi. Haziran 2011-Kasım 2011 tarihleri arasında acilimize başvuran toplam 3000 hasta için veri formu dolduruldu ve verilerin karşılaştırması yapıldı.

Çalışmaya başlamadan önce FÜTF Etik Kurulu onayı alındı. Çalışmaya katılacak tüm hasta ve yakınlarına çalışmanın amacı açıklanarak katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden veya çalışma için gerekli bilgileri alınamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Başvuran hastalar için başvuru tarih ve saati, yaş, cinsiyet, şikâyetleri, şikâyetlerin başlangıç süresi, hastaneye geliş şekli (doktorlu ya da doktorsuz ambulans, özel araç, yürüyerek, taksi, diğer), geldiği yerleşim birimi (il, ilçe, kasaba, köy), geldiği yer (hastane, ev, özel hastane, olay yeri, aile hekimi, diğer), eğitim durumu (Türkçe ya da okuma yazma bilip bilmediği, mezun olduğu eğitim - öğretim kurumu), vital bulguları, yaşam şekli (yalnız, eşyle, çocuklarının bakımında, bakıcı bakımında, bakimevinde), özgeçmiş, kullandığı ilaçlar, yapılan tetkikler ve özellikli müdahaleler [defibrilasyon, kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), medikal kardiyoversiyon (MCV), elektriksel kardiyoversiyon (ECV), hızlı seri entübasyon (RSI), idrar sondası, entübasyon, nazogastrik (NG) sonda, sütür atılması, istenen konsültasyonlar, aldıkları tanılar, acilde kalış süreleri ve sonuç (taburcu, sevk, yatış, eksitus, tedaviyi red, acil servisi izinsiz terk)] kısımlarından oluşan anket formu dolduruldu.

Bir takım değerlendirmeleri kolaylaştırmak için şikâyetler (Tablo 2) ve tanılar (Tablo 3) sistemlere veya olaylara göre gruplandırıldı. Bu gruplandırmada şikâyetler 12, tanılar 14 ayrı grup içinde değerlendirildi.

Elde edilen SPSS 13.0 Veri Analiz Programına yüklendi. Kategorize edilmiş verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı, Odds oranı (OR) ve %95 güven aralıkları (%95 CI) hesaplandı. Parametrik verilerin analizinde ANOVA varyans analizi ve gereğinde ikili karşılaştırmalar için PostHoc Tukey testi kullanıldı. $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 2. Şikâyetlerin gruplandırılması

ŞİKÂYET GRUBU	ŞİKÂYETLER
KVS	Arrest, Bayılma, Göğüs Ağrısı, Çarpıntı
Solunum sistemi	Nefes Darlığı, Öksürük
NVS	Bilinç Kaybı, Kuvvet Kaybı, Konuşma Bozukluğu, Baş Ağrısı, Yüzde Uyuşma, Baş Dönmesi
GİS	Karın Ağrısı, Makattan Kan Gelmesi, Kanlı Kusma, Kabızlık, Anal Şikâyet
Kas iskelet sistemi	Ekstremitte Ağrısı, Sırt Ağrısı, Bel Ağrısı
Ürogenital sistem	İdrar Yapamama, Kanlı İdrar, Testis Ağrısı, İdrar Yaparken Yanma
Nonspesifik semptomlar	Bulantı, Sıkıntı Hissi, Kusma, Halsizlik, Titreme, Genel Vücut Ağrısı, Genel Durum Bozukluğu
Enfeksiyon hastalıkları	Ateş, İshal
Cilt ve yumuşak doku	Kaşınıtı
Travma	Düşme, ADTK, AİTK, Darp
Çevresel faktörler	Yanık, Kene ısırması, Akrep Sokması, İlaç İnhalasyonu, Arı Sokması, Mantar Yeme
KBB-Göz	Kulak Ağrısı, Burun Kanaması, Göz Problemleri, Ağız Problemleri, Boğaz Ağrısı

KVS: Kardiyovasküler Sistem, NVS: Nörovasküler Sistem, GİS: Gastrointestinal Sistem, ADTK: Araç Dışı Trafik Kazası, AİTK: Araç İçi Trafik Kazası, KBB: Kulak Burun Boğaz

Tablo 3. Tanıların gruplandırılması

TANI GRUBU	TANILAR
KVS	Senkop, HT, MI, USAP, Nonspesifik Göğüs Ağrısı, Bradikardi, Kardiak Bloklar, AF, SVT, VT-VF, Taşikardi, KKY, Akciğer Ödemi, Digoksin İntoksikasyonu, Aort Diseksiyonu, KAH, MVR, DVT, Periferik Arter Tıkanması, Periferik Damar Yaralanması
Solunum Sistemi	Dispne, KOAH, Pnömoni, KKP, Pulmoner Emboli, Plevral Efüzyon, Hemoptizi, Pnömotoraks, Hemotoraks, Hiçkırık
NVS	MKT, Primer Baş Ağrısı, Vertigo, Epilepsi, SVH, GİA, Hipertansif Ensefalopati, Hemorajik SVH, SAK, Subdural Kanama, Epidural Kanama, Parkinson, Alzheimer, Periferik Sinir Paralizisi, Nöropati, Anksiyete
GİS	Karın Ağrısı, Dispepsi, GİS Kanama, Akut Apandisit, Akut Kolesistit, Akut Pankreatit, Divertikülit, Perforasyon, Travmatik İntraabdominal Yaralanma, Konstipasyon, İleus, Kısa Barsak Sendromu, Mezenter İskemi, Hemoroid, Fistül, Kronik Karaciğer Hastalığı, Toksik Hepatit, Kolanjit, Koledokolitiazis, Hepatik Ensefalopati
Kas İskelet	Osteoartrit, Osteoporoz, Artralji, Lumbalji, Omuz Çıkığı
Nefrolojik	ABY, KBY, Elektrolit Bozuklukları, Pylonefrit
Ürogenital	Renal Kolik, BPH, Hematüri, Glob Vesikale, Hidrozel
KBB-GÖZ	Epistaksis, Konjonktivit, Subkonjonktival Hemoraji, Keratit, Glokom, Otitis Media, Kulakta Yabancı Cisim, Kulakta Buşon
Endokrin	Hipoglisemi, Hiperglisemi, Diabetik Ketoz ve Ketoasidoz
Enfeksiyon Hastalıkları	Ateş, AGE, İYE, ÜSYE, Akut Bronşit, Menenjit, Sepsis, Septik Artrit, Selülit, Nötropenik Ateş
Cilt ve Yumuşak Doku	YDT, Yumuşak Doku Enfeksiyonu, Myalji, Dermatit, Ürtiker, Anjioödem, Zona Zoster, Yanık
Maligniteler	Nazofarenks, Larenks, Akciğer, Özefagus, Mide, Kolon, Karaciğer ve Safra Yolları, Pankreas, Beyin, Meme, Over, Prostat Kanseri, Lösemi, Lenfoma
Çevresel faktörler	Arı Sokması, Kene Isırması, Akrep Isırması, Köpek Isırması, İlaç İçme, Mantar Zehirlenmesi, Çamaşır Suyu İnhalasyonu
Kırıklar	Kranium, Vertebra, Sternum, Kot, Klavikula, Skapula, Humerus, Radius, Ulna, Femur, Tibia, Fibula, Falanks Fraktürleri, Parmak Amputasyonu
Hematolojik	Anemi, Nötropeni, Trombositopeni, Pansitopeni

KVS: Kardiyovasküler Sistem, HT: Hipertansiyon, MI: Miyokard İnfarktüsü, USAP: Unstabil Anjina Pektoris, AF: Atrial Fibrilasyon, SVT: Supraventriküler Taşikardi, VT: Ventriküler Taşikardi, VF: Ventriküler Fibrilasyon, KKY: Konjestif Kalp Yetersizliği, KAH: Koroner Arter Hastalığı, MVR: Mitral Kapak Replasmanı, DVT: Derin Ven Trombozu, KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, KKP: Kronik Kor Pulmonale, NVS: Nörovasküler Sistem, MKT: Minör Kafa Travması, SVH: Serebrovasküler Hastalık, GİA: Geçici İskemik Atak, SAK: Subaraknoid Kanama, GİS: Gastrointestinal Sistem, ABY: Akut Böbrek Yetmezliği, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği, BPH: Benign Prostat Hiperplazisi, KBB: Kulak Burun Boğaz, AGE: Akut Gastroenterit, İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu, ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, YDT: Yumuşak Doku Travması

3. BULGULAR

Çalışma FÜTF Hastanesi Acil Servis'ine başvuran 65 yaş ve üzerindeki 3000 hasta ile prospektif olarak gerçekleştirildi. Verileri tam alınamayan veya çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

3.1. Yaşlı Hastaların Başvuru Oranları

Çalışmamızın yapıldığı 6 ay boyunca acil servisimize toplam 45625 hasta başvurdu. Bu hastaların %13.8'i (6296) 65 yaş ve üzerindeki hastalardan oluşmaktaydı.

3.2. Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları

Hastaların cinsiyet dağılımı; 1524 erkek (%50.8) ve 1476 kadın (%49.2) olarak gerçekleşmiştir. Çalışmaya alınan 3000 hastanın yaş ortalaması 74.8 ± 7.1 olarak hesaplandı. Kadınların yaş ortalaması 74.8 ± 7.2 ; erkeklerin yaş ortalaması 74.8 ± 6.9 olarak hesaplanmıştır. Kadınların ve erkeklerin yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0.736$).

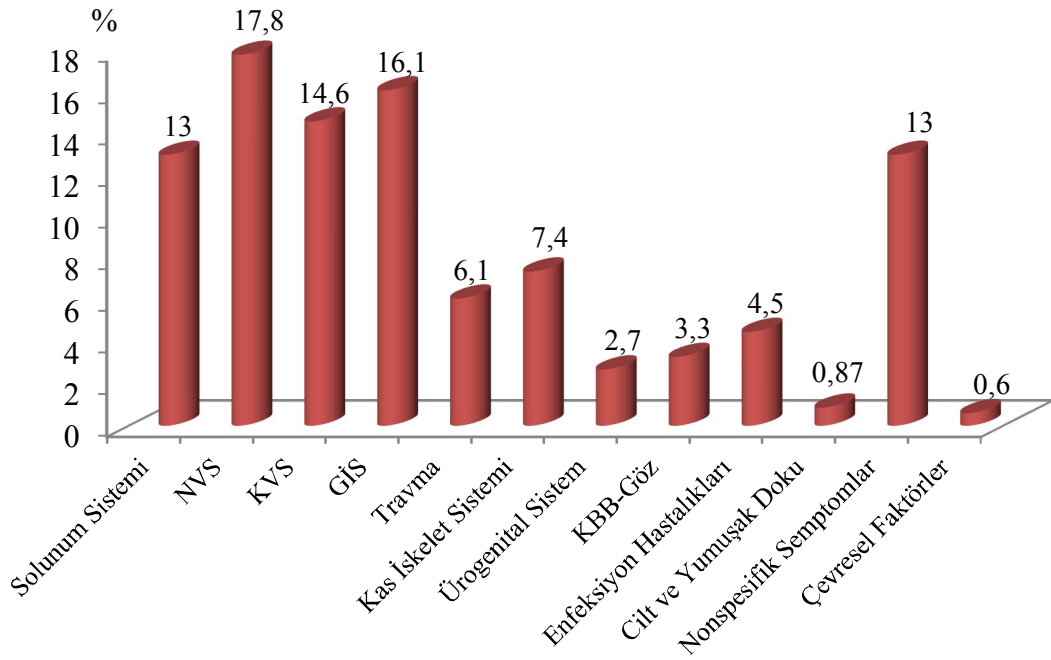
3.3. Birden Fazla Başvuru Yapan Hasta Sayısı Dağılımı

3000 başvurunun, 2614'ünü (%87.1) birinci başvurular, 285'ini (%9.5) ikinci başvurular, 64'ünü (%2.1) üçüncü başvurular, 21'ini dördüncü başvurular, 6'sını beşinci başvurular, 6'sını altıncı başvurular, 2'sini yedinci başvurular, 2'sini dokuzuncu başvurular oluşturuyordu. Çalışmamıza dahil olan grupta toplam başvuruların %12.9'u tekrarlayan başvurulardan oluşuyordu.

3.4. Başvuru Şikâyetlerinin Dağılımı

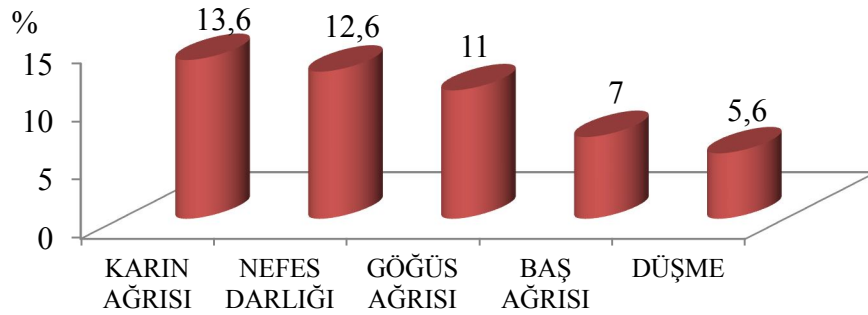
Sistemik olarak bakıldığında nörovasküler sistem (NVS) şikâyetleri (%17.8), gastrointestinal sistem (GİS) şikâyetleri (%16.1) ve kardiyovasküler sistem (KVS) şikâyetleri (%14.6) ilk üç başvuru nedeni olarak dikkat çekmektedir (Şekil 3.1).

Bu şikâyetleri, solunum sistemi şikâyetleri (%13), nonspesifik şikâyetler (%13), kas iskelet sistemi şikâyetleri (%7.4), travma (%6.1) izlemektedir. Diğer başvuru şikâyetlerinin her birinin %5'in altında olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3). Şikâyetlerin sistemik gruplaması Tablo 2'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Şikâyetlerin sistematik gruplamasının yüzdelik dilimlerde dağılımı

Sistematik gruplama öncesindeki şikâyetlere bakıldığında karın ağrısı (%13,6), nefes darlığı (%12,6), göğüs ağrısı (%11), baş ağrısı (%7), düşme (%5,6) en fazla başvuru nedenleri olarak tespit edilmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. Gruplama yapılmadan önce, en sık beş şikâyetin dağılımı

3.4.1. Başvuru Şikâyetlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Kadınlar en sık NVS (%22,5), GİS (%15,7) ve nonspesifik şikâyetleriyle (%14); erkekler ise KVS (%16,8), GİS (%16,5) ve solunum sistemi (%16,1) şikâyetleriyle acil servisimize başvurmuşlardır (Tablo 4).

Kadınlarda NVS, erkeklerde ise solunum sistemi, KVS ve ürogenital sistem şikâyetleri istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı (Tablo 4, sırasıyla; $p < 0.0001$, $p < 0.0001$, $p < 0.01$, $p < 0.0001$).

Tablo 4. Şikâyet gruplarının cinsiyetlere göre dağılımı

	Kadın n (%)	Erkek n (%)	p	OR	%95 CI
Solunum Sistemi	144 (9.8)	246 (16.1)	<0.0001	1.65	1.3-2.1
NVS	332 (22.5)	203 (13.3)	<0.0001	1.7	1.4-2.1
KVS	182 (12.3)	256 (16.8)	0.0028	1.4	1.1-1.7
GİS	232 (15.7)	251 (16.5)	0.634	1.1	0.9-1.3
Travma	104 (7)	79 (5.2)	0.0457	1.4	1.0-1.8
Kas İskelet Sistemi	119 (8.1)	103 (6.8)	0.2059	1.2	0.9-1.6
Ürogenital Sistem	12 (0.8)	69 (4.5)	<0.0001	5.6	3.0-10.3
KBB-Göz	57 (3.9)	42 (2.8)	0.1025	1.4	0.9-2.1
Enfeksiyon Hastalıkları	63 (4.3)	72 (4.7)	0.5648	1.1	0.8-1.6
Cilt ve Yumuşak Doku	15 (1)	11 (0.7)	0.3907	1.4	0.6-3.1
Nonspesifik Semptomlar	207 (14)	183 (12)	0.150	1.2	0.9-1.4
Çevresel Faktörler	9 (0.6)	9 (0.6)	0.946	1.1	0.4-2.6

NVS: Nörovasküler Sistem, KVS: Kardiyovasküler Sistem, GİS: Gastrointestinal Sistem, KBB: Kulak Burun Boğaz, n:hasta sayısı, OR: Odds oranı, %95 CI: %95 güven aralıkları

3.4.2. Şikâyet Süreleri

Hastaların şikâyet süreleri ortalama 1545.4 ± 1733.3 dakika (dk) olarak hesaplandı. Kadınlarda bu süre ortalama 1494.2 ± 1704.6 dk; erkeklerde ise 1595.1 ± 1759.7 dk olarak hesaplandı. Kadın ve erkeklerin ortalama başvuru süreleri benzerdi ($p > 0.05$).

3.5. Başvuru Saatlerinin Dağılımı

Hastaların %8.7'si saat 00:01-04:00, %8.4'ü 04:01-08:00, %21.3'si 08:01-12:00, %18.4'ü 12:01-16:00, %23.1'i 16:01-20:00, %20.1'i 20:01-00:00 arasında acil servise başvurmuştur (Tablo 5).

3.5.1. Başvuru Saatlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Kadınlarda %8.3'ü saat 00:01-04:00, %8.4'ü 04:01-08:00, %21'i 08:01-12:00, %16.9'u 12:01-16:00, %25.2'si 16:01-20:00, %20.2'si 20:01-00:00 arasında; erkeklerin ise %9'u saat 00:01-04:00, %8.4'ü 04:01-08:00, %21.5'i 08:01-12:00, %19.9'u 12:01-16:00, %21.1'i 16:01-20:00, %20'si 20:01-00:00 arasında acil servise başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyetlere göre başvuru saatlerinin dağılımı

Saat Aralığı	Hasta Sayısı (%)		
	Toplam	Kadın	Erkek
00:01-04:00	260 (8.7)	123(8.3)	137 (9)
04:01-08:00	252 (8.4)	124(8.4)	128 (8.4)
08:01-12:00	638 (21.3)	310(21)	328 (21.5)
12:01-16:00	553 (18.4)	249(16.9)	304 (19.9)
16:01-20:00	694 (23.1)	372(25.2)	322 (21.1)
20:01-00:00	603 (20.1)	298(20.2)	305 (20)

3.5.2. Hastaların Başvurdukları Saat Aralığına Göre Yaş Ortalamaları

Başvuru saatlerine göre hastaların yaş ortalamaları Tablo 6'da gösterilmektedir. 00:01-04:00 arasında başvuran hastaların yaş ortalaması 73.94±9.9, 12:01-16:00 arasında başvuran hastaların yaş ortalaması 75.54±7.5 yıldır (p=0.032, ANOVA p=0.028).

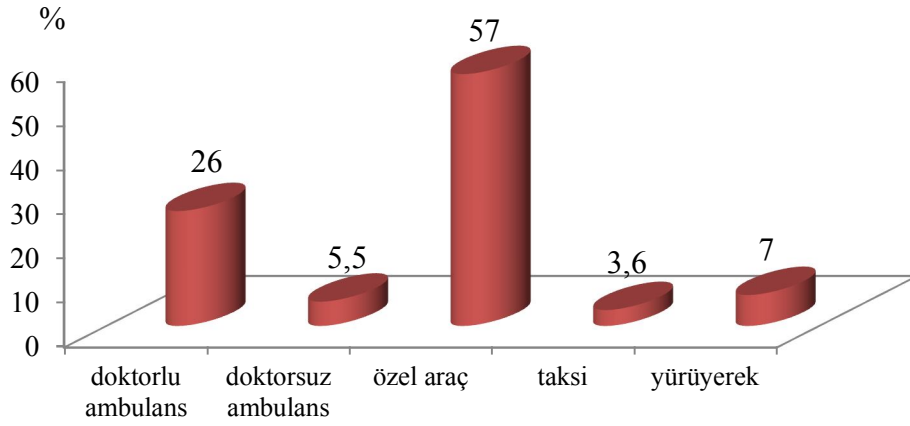
Tablo 6. Hastaların başvurdukları saat aralığına göre yaş ortalamaları

Saat Aralığı	Ortalama	Standart Sapma
00:01-04:00*	73.94	6.871
04:01-08:00	74.83	6.555
08:01-12:00	75.05	7.254
12:01-16:00	75.54	7.519
16:01-20:00	74.52	6.693
20:01-00:00	74.54	7.118
ANOVA p	0.028	

*12:01-16:00 saatleri arasında başvuran hastaların yaş ortalaması ile karşılaştırıldığında. PostHoc Tukey testi p değeri 0.032'dir. diğer PostHoc analizlerden elde edilen p değeri 0.05'ten büyüktür.

3.6. Hastaneye Ulaşım Şekillerinin Dağılımı

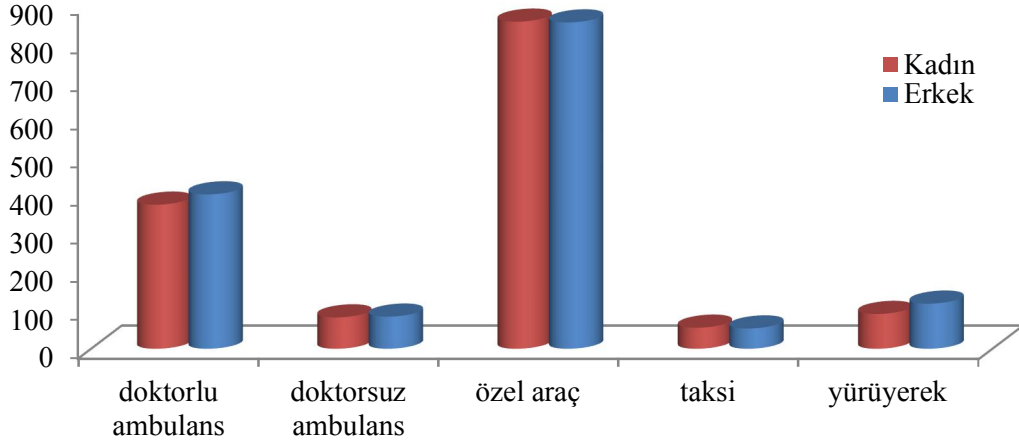
Geliş şekillerine göre incelendiğinde hastaların %57'si özel araçla, %26'sı doktorlu ambulansla, %7'si yürüyerek, %5.5'i doktorsuz ambulansla, %3.6'sı taksiyle acil servise gelmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Hastaneye geliş şekillerinin dağılımı

3.6.1. Hastaneye Ulaşım Şekillerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Kadınların %57.9'u özel araçla, %25.5'i doktorlu ambulansla, %6.2'si yürüyerek, %5.6'sı doktorsuz ambulansla, %3.7'si taksiyle; erkeklerin ise %56'sı özel araçla, %26.5'i doktorlu ambulansla, %7.7'si yürüyerek, %5.5'i doktorsuz ambulansla, %3.5'i taksiyle acil servise gelmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Hastaneye geliş şekillerinin cinsiyete göre dağılımı grafiği

3.6.2. Ulaşım Şekillerinin Saat Aralığına Göre Dağılımı

Tüm saat dilimlerinde ulaşımın en çok özel araçla sağlandığı dikkat çekmektedir. İkinci en sık ulaşım aracı ise doktorlu ambulans olarak tespit edilmiştir (P=0.003).

Ulaşım için doktorlu ambulans kullanımı 16:00-20:00 arasında en fazla iken, doktorsuz ambulans kullanımı 08:01-12:00 arasında, özel araç kullanımı 16:01-20:00

arasında, taksi kullanımını 12:00-20:00 arasında fazladır. Yürüyerek gelen hasta sayısı ise 08:01-12:00 aralığında daha fazladır (Tablo 7).

Tablo 7. Ulaşım şekillerinin saat aralığına göre dağılımı

	HASTA SAYISI (%)					
	00:01-04:00	04:01-08:00	08:01-12:00	12:01-16:00	16:01-20:00	20:01-00:00
Doktorlu ambulans	86 (11)	81 (10.4)	154 (19.7)	147 (18.8)	159 (20.4)	154 (19.7)
Doktorsuz ambulans	19 (11.4)	16 (9.6)	37 (22.3)	32 (19.3)	31 (18.7)	31 (18.7)
Özel araç	139 (8.1)	123 (7.2)	357 (20.9)	308 (18)	418 (24.4)	365 (21.3)
Taksi	5 (4.6)	13 (12)	23 (21.3)	24 (22.2)	24 (22.2)	19 (17.6)
Yürüyerek	7 (3.3)	16 (7.7)	58 (27.8)	40 (19.1)	57 (27.3)	31 (14.8)

3.6.3. Ulaşım Şekillerinin Yaşam Şekillerine Göre Dağılımı

Tüm yaşam şekilleri için ulaşımın en çok özel araçla sağlandığı ($p = 0.027$) dikkat çekmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Ulaşım şekillerinin saat aralığına göre dağılımı

	HASTA SAYISI (%)				
	Kendi Evinde Yalnız	Kendi Evinde Eşyle	Çocuklarının Bakımında	Bakıcı Tarafından Bakılıyor	Bakımevinde
Doktorlu ambulans	28 (3.6)	538 (68.9)	209 (26.8)	2 (0.3)	4 (0.5)
Doktorsuz ambulans	5 (3)	102 (61.4)	57 (34.3)	1 (0.6)	1 (0.6)
Özel araç	69 (4)	1240 (72.5)	397 (23.2)	1 (0.1)	0
Taksi	3 (2.8)	71 (65.7)	33 (30.6)	1 (0.9)	0
Yürüyerek	13 (6.2)	147 (70.3)	47 (22.5)	0	1 (0.5)

3.6.4. Ulaşım Şekillerine Göre En Sık Beş Şikâyet

Acil servise doktorlu ambulansla getirilen hastaların en sık beş şikâyetini göğüs ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı, düşme ve bilinç kaybı oluştururken; doktorsuz ambulansla başvuran hastaların en sık beş şikâyeti nefes darlığı, göğüs ağrısı, karın ağrısı, bilinç kaybı ve halsizliktir (Tablo 9). Özel araçla gelenlerde bu sıra karın ağrısı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, baş ağrısı ve ekstremitte ağrısı olarak; taksiyle gelenlerde karın ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş ağrısı ve bulantı

olarak; yürüyerek gelenlerde ise baş ağrısı, halsizlik, ekstremitte ağrısı, karın ağrısı ve baş dönmesi olarak değişmektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Ulaşım şekillerine göre en sık beş şikâyet

HASTA SAYISI (%)					
Doktorlu ambulans	Göğüs Ağrısı	Nefes Darlığı	Karın Ağrısı	Düşme	Bilinç Kaybı
	117 (15)	116 (14.9)	73 (9.3)	67 (8.6)	64 (8.2)
Doktorsuz ambulans	Nefes Darlığı	Göğüs Ağrısı	Karın Ağrısı	Bilinç Kaybı	Halsizlik
	41 (24.7)	22 (13.3)	20 (12)	10 (6)	10 (6)
Özel araç	Karın Ağrısı	Nefes Darlığı	Göğüs Ağrısı	Baş Ağrısı	Ekstremitte Ağrısı
	277 (16.2)	200 (11.7)	172 (10.1)	144 (8.4)	115 (6.7)
Taksi	Karın Ağrısı	Göğüs Ağrısı	Nefes Darlığı	Baş Ağrısı	Bulantı
	17 (15.7)	11 (10.2)	9 (8.3)	9 (8.3)	8 (7.4)
Yürüyerek	Baş Ağrısı	Halsizlik	Ekstremitte Ağrısı	Karın Ağrısı	Baş Dönmesi
	27 (12.9)	21 (10)	20 (9.6)	16 (7.7)	14 (6.7)

3.6.5. Ulaşım Şekillerine Göre Şikâyet Sürelerinin Ortalaması

Acil servisimize doktorlu ambulansla başvuran hastaların şikâyet süreleri bir günden daha kısa iken, diğer araçlarla gelen hastaların şikâyet süresi ortalamalarının bir günden daha uzun olduğu dikkat çekmektedir (ANOVA $p < 0.001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Ulaşım şekillerine göre şikâyet sürelerinin ortalaması

	Ortalama	Standart Sapma
Doktorlu ambulans	1185.4	1555.2
Doktorsuz ambulans	1474.0	1676.1
Özel araç	1674.1	1787.1
Taksi	1753.5	1803.1
Yürüyerek	1756.6	1678.9

3.6.6. Ulaşım Şekillerine Göre En Sık 5 Tanı

Acil servise doktorlu ambulansla getirilen hastaların en sık beş tanısını SVH, USAP, KKY, MI ve GİS kanama oluştururken; doktorsuz ambulansla başvuran hastaların en sık beş tanısı USAP, SVH, KKY, KOAH ve GİS kanamadır (Tablo 11).

Tablo 11. Ulaşım şekillerine göre en sık beş tanı

HASTA SAYISI (%)					
Doktorlu ambulans	SVH	USAP	KKY	MI	GİS Kanama
	89 (11.4)	48 (6.1)	36 (4.6)	34 (4.4)	31 (4.0)
Doktorsuz ambulans	USAP	SVH	KKY	KOAH	GİS Kanama
	14 (8.4)	12 (7.2)	12 (7.2)	11 (6.6)	9 (5.4)
Özel araç	KKY	Vertigo	İYE	Nonspesifik Göğüs Ağrısı	Myalji
	91 (5.3)	88 (5.1)	85 (5)	83 (4.9)	77 (4.5)
Taksi	Myalji	Karın Ağrısı	İYE	Dispepsi	SVH
	10 (9.3)	8 (7.4)	7 (6.5)	6 (5.6)	5 (4.6)
Yürüyerek	Primer Baş Ağrısı	Myalji	ÜSYE	YDT	Vertigo
	19 (9.1)	19 (9.1)	16 (7.7)	16 (7.7)	15 (7.2)

SVH: Serebrovasküler Hastalık, USAP: Unstabil Anjina Pektoris, KKY: Konjestif Kalp Yetersizliği, MI: Miyokard İnfarktüsü, GİS: Gastrointestinal Sistem, KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu, ÜSYE:Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, YDT: Yumuşak Doku Travması

Özel araçla gelenlerde bu sıra KKY, vertigo, İYE, nonspesifik göğüs ağrısı ve myalji olarak; taksiyle gelenlerde myalji, nonspesifik karın ağrısı, İYE, dispepsi ve SVH olarak; yürüyerek gelenlerde ise primer baş ağrısı, myalji, üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), yumuşak doku travması (YDT) ve vertigo olarak değişmektedir (Tablo 11).

3.6.7. Ulaşım Şekillerinin Sonuç İle İlişkisi

Acil servisimize ambulansla başvuran hastaların çoğunluğunun yatışı yapılırken, doktorsuz ambulansla getirilen hastaların çoğu eksitus olmuştur. Özel araçla gelen hastaların ise çoğunluğunun taburcu edildiği dikkat çekmektedir ($p<0.001$) (Tablo 12).

Tablo 12. Ulaşım şekillerinin sonuç ile ilişkisi

	HASTA SAYISI (%)					
	Eksitus	Taburcu	Yatış	Sevk	Tedaviyi Red	Acil Servisi İzinsiz Terk
Doktorlu ambulans	11 (1.4)	219 (28)	521 (66.7)	4 (0.5)	24 (3.1)	2 (0.3)
Doktorsuz ambulans	3 (1.8)	46 (27.7)	111 (66.9)	1 (0.6)	5 (3)	0
Özel araç	1 (0.1)	1181 (69.1)	464 (27.1)	3 (0.2)	59 (3.5)	2(0.1)
Taksi	0	70 (64.8)	28 (25.9)	0	10(9.3)	0
Yürüyerek	0	183 (87.6)	19 (9.1)	1 (0.5)	4 (1.9)	2 (1)
Diğer	0	21 (80.8)	5 (19.2)	0	0	0

3.6.8. Ulaşım Şekillerine Göre Acilde Kalış Sürelerinin Ortalaması

Acil servisimize ambulansla başvuran hastaların acil serviste geçirdikleri ortalama sürenin daha uzun, diğer araçlarla gelen hastaların acil serviste geçirdikleri sürenin ise daha kısa olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 13, ANOVA p değeri <0.001 ve PostHoc Tukey testi p<0.001).

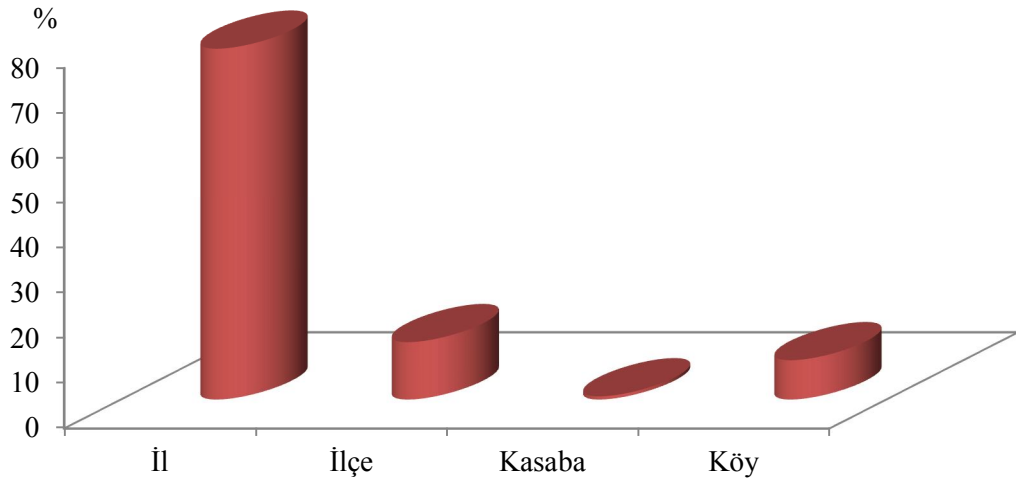
Tablo 13. Ulaşım şekillerine göre acilde kalış sürelerinin ortalaması

	Ortalama	Standart Sapma
Doktorlu ambulans	104.2	74.9
Doktorsuz ambulans	103.5	61.9
Özel araç	92.4	54.9
Taksi	99.2	61.4
Yürüyerek	64.1	42.4

ANOVA p<0.001

3.7. Hastaların Yaşadığı Yerleşim Yerlerinin Dağılımı

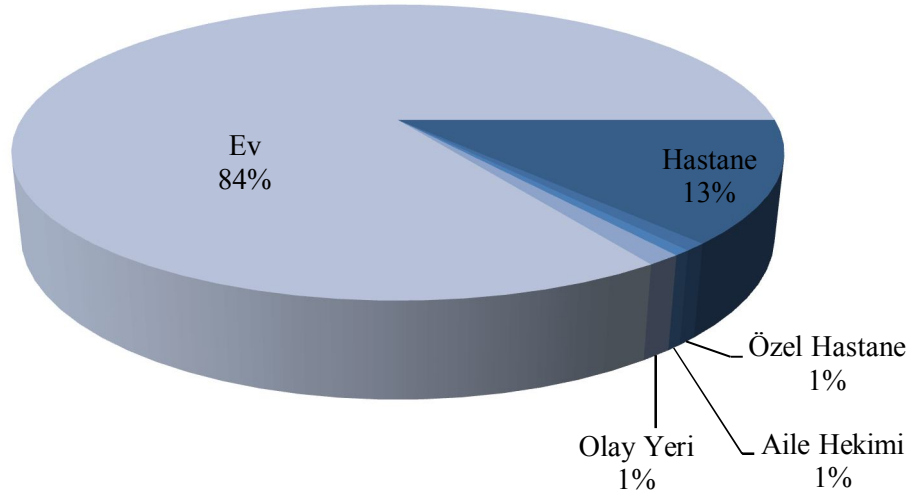
Hastalar yaşadıkları yerler göre incelendiğinde %77.9'u ilde, %12.7'si ilçede, %0.7'si kasabada, %8.7'si köyde yaşamaktadır (Şekil 7).



Şekil 7. Hastaların yaşadığı yerleşim yerlerinin dağılımı

3.8. Hastaların Geldiği Mekânların Dağılımı

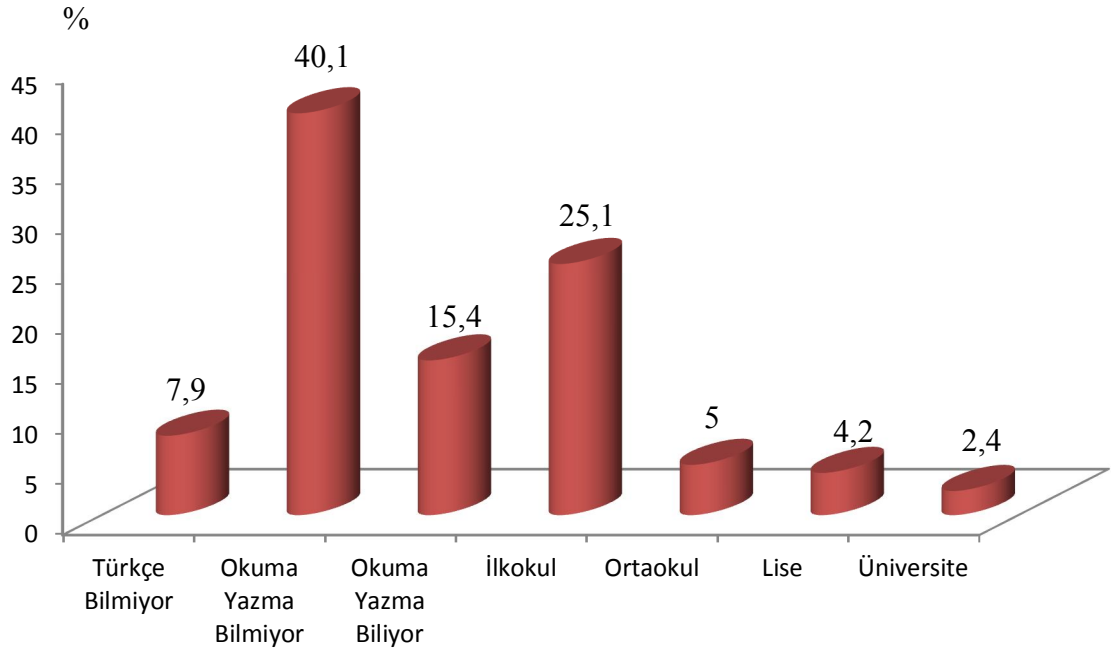
Hastaların %13.1'i hastaneden, %0.8'i özel hastaneden, 0.6'sı aile hekiminden, %1.2'si olay yerinden, %83.8'i ise evden gelmiştir (Şekil 8).



Şekil 8. Hastaların geldiği mekânların dağılımı

3.9. Hastaların Eğitim Düzeyinin Dağılımı

Hastalarımızın %7.9'u Türkçe bilmiyordu. Hastaların %40.1'i okuma yazma bilmiyor, %15.4'ü okuma yazma biliyordu. Bir eğitim-öğretim kurumunu bitirenler ise başvuranların %37.1'ini (%25.1 ilkokul, %5 ortaokul, %4.2 lise, %2.4 üniversite) oluşturuyordu (Şekil 9).

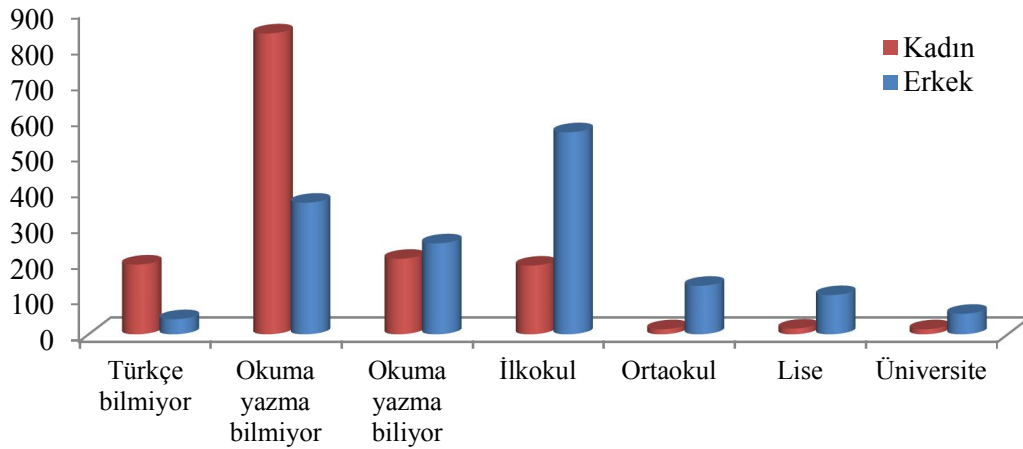


Şekil 9. Hastaların eğitim düzeyinin yüzde dağılımı

3.9.1. Hastaların Eğitim Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Kadınların %13.1'i Türkçe bilmiyordu. Kadınların %56.7'si okuma yazma bilmiyor, %14.2'si biliyordu. Bir eğitim-öğretim kurumunu bitirenler ise başvuranların %15.9'unu (%12.9 ilkokul, %0.9 ortaokul, %1.1 lise, %0.9 üniversite) oluşturuyordu (Şekil 10).

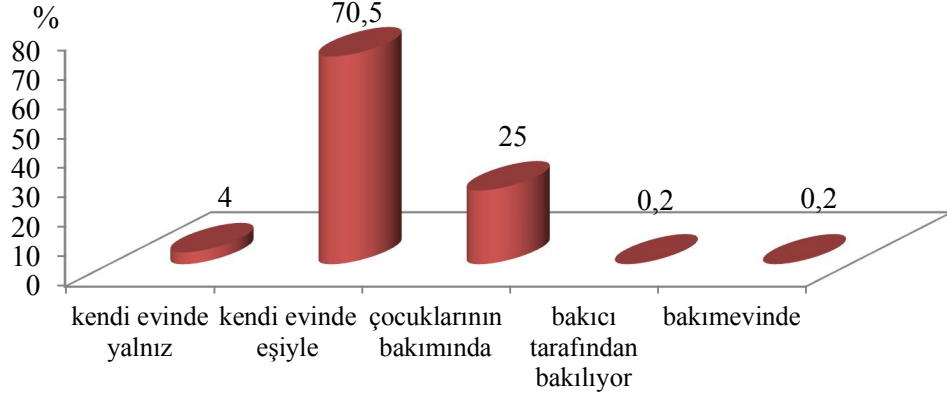
Erkek hastaların %7.9'u Türkçe, %24'ü de okuma yazma bilmiyor, %16.6'sı okuma yazma biliyordu. Bir eğitim-öğretim kurumunu bitirenler ise başvuranların %37.1'ini (%36.9 ilkokul, %8.9 ortaokul, %7.2 lise, %3.7 üniversite) oluşturuyordu (Şekil 10).



Şekil 10. Hastaların eğitim düzeyinin cinsiyete göre dağılımı grafiği

3.10. Hastaların Yaşam Şekillerinin Dağılımı

Hastalarımızın %4'ü kendi evinde yalnız, %70.5'i kendi evinde eşiyile, %25'i çocuklarının bakımında, %0.2'si bakıcı bakımında, %0.2'si bakımevinde yaşıyordu (Şekil 11).

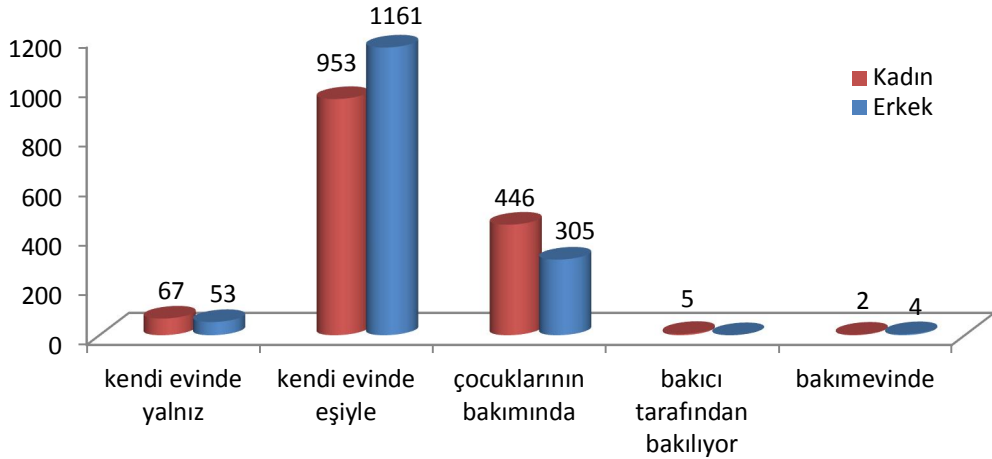


Şekil 11. Hastaların yaşam şekillerinin dağılımı

3.10.1. Hastaların Yaşam Şekillerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Kadın hastaların %4.5'i kendi evinde yalnız, %64.6'sı kendi evinde eşiyile, %30.2'si çocuklarının bakımında, %0.3'ü bakıcı bakımında, %0.1'i bakımevinde yaşıyordu (Şekil 12).

Erkek hastaların %3.5'i kendi evinde yalnız, %76.2'si kendi evinde eşiyile, %20'si çocuklarının bakımında, %26'sı bakımevinde yaşıyordu (Şekil 12).



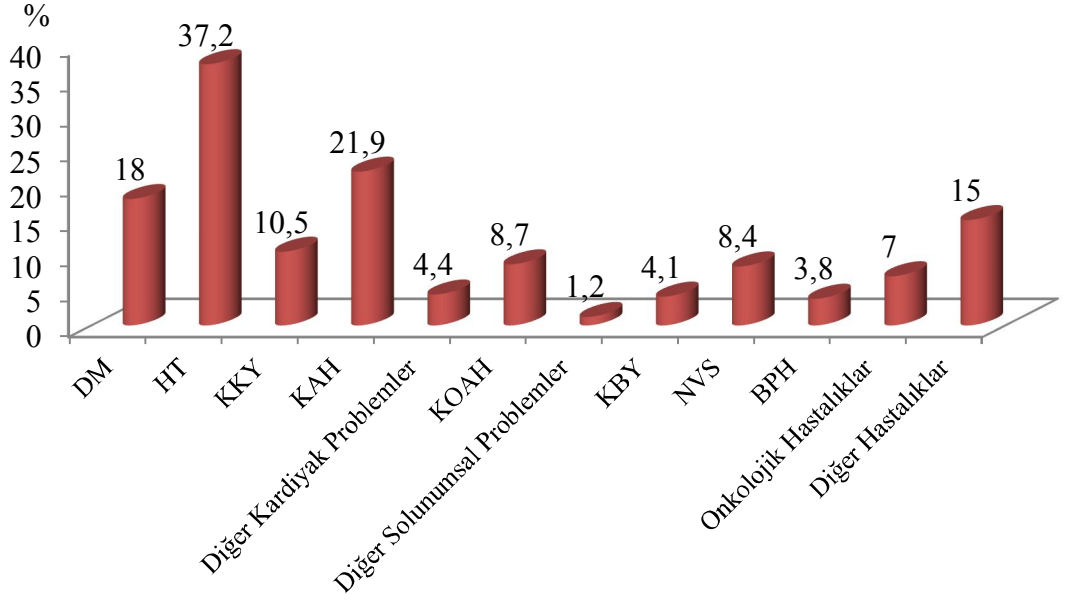
Şekil 12. Hastaların yaşam şekillerinin cinsiyete göre dağılım grafiği

3.11. Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklar

Çalışmamızda hastalarımızın %81.1'inin daha önce tanı koyulmuş bir hastalığı olduğu tespit edildi.

3.11.1.Hastaların Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklarının Dağılımı

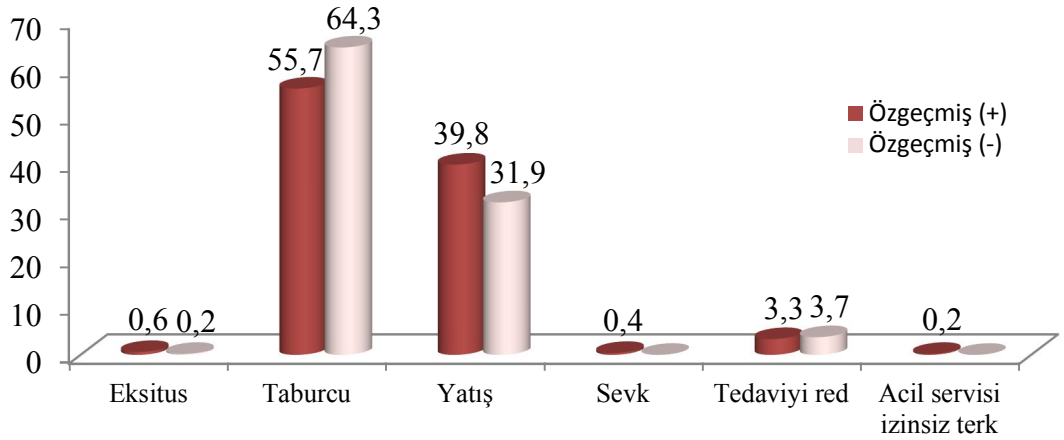
Çalışmaya alınan hastaların özgeçmişlerinde en çok HT, koroner arter hastalığı (KAH) ve DM olduğu dikkati çekti (Şekil 13).



Şekil 13. Hastaların başvuru öncesi tanı konulmuş hastalıklarının dağılımı

3.11.2. Hastaların Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklarının Varlığının Sonuç İle İlişkisi

Daha önce tanı koyulmuş bir hastalığı olanların %0.6' sını acil servisimizde eksitus olmuş, %55.7'si taburcu olmuş, %39.8'ine yatış verilmiş, %0.4'ü tedaviyi kabul etmemiş, %0.2'si acil servisi izinsiz terk etmişti (Şekil 14).



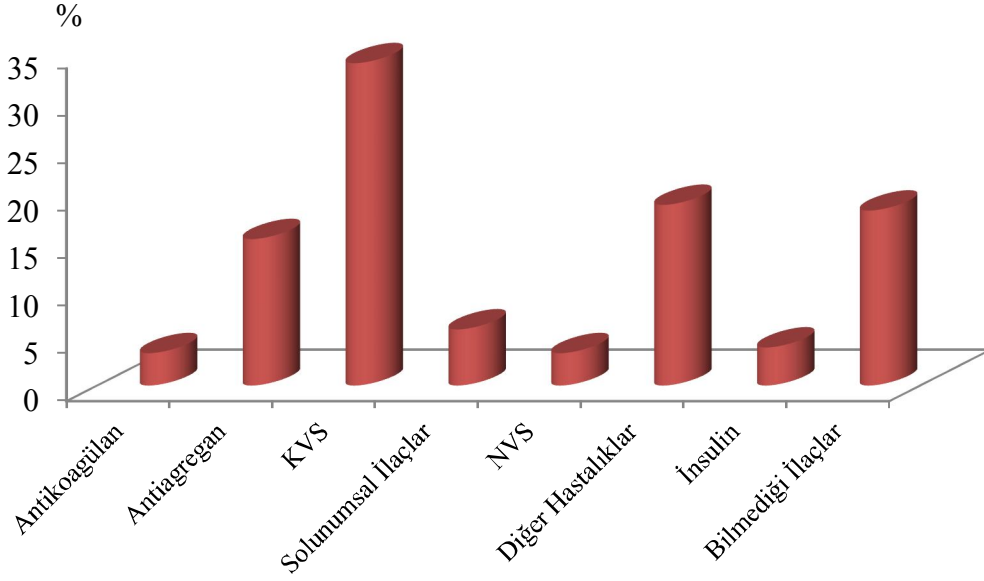
Şekil 14. Hastaların başvuru öncesi tanı konulmuş hastalıklarının varlığının sonuç ile ilişkisi

Daha önce tanı koyulmuş bir hastalığı olmayanların %0.2' si eksitus olmuş, %64.3'si taburcu olmuş, %31.9'une yatış verilmiş, %3.7'si tedaviyi kabul etmemiş (Şekil 3.12).

3.12. Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı

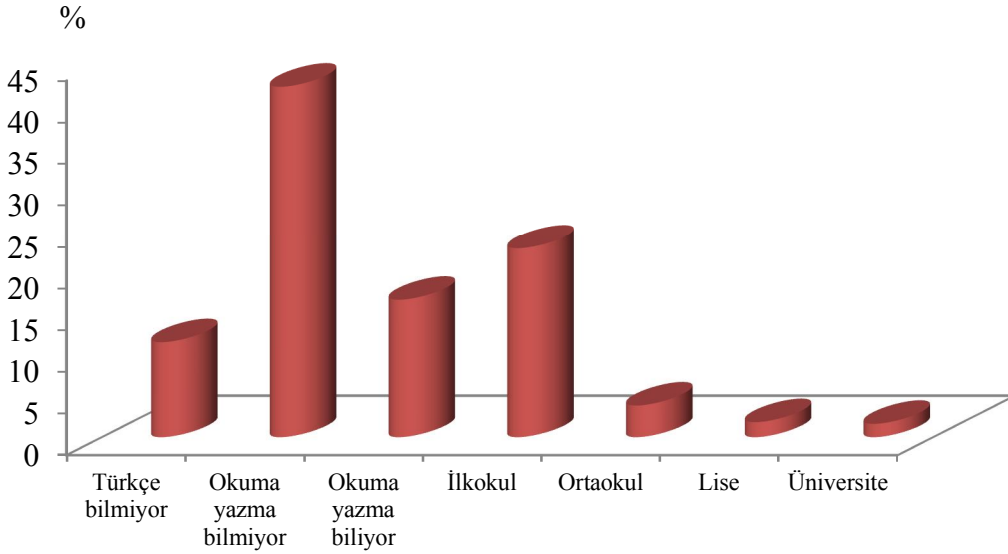
Kronik ilaç kullanımı olan hastalarımızın oranı %70.1 olarak tespit edildi.

3.12.1.Hastaların Başvuru Öncesi Kullandığı İlaçların Dağılımı



Şekil 15. Hastaların başvuru öncesi kullandığı ilaçların dağılımı

Çalışmaya alınan hastalarda en çok KVS ilaçları, bilmediği ilaçlar ve antiagregan kullanımı olduğu dikkati çekti (Şekil 15).

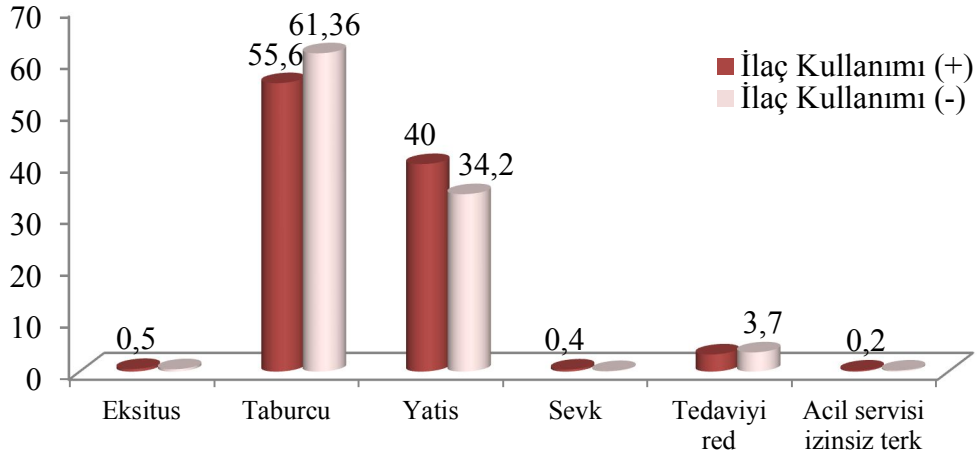


Şekil 16. Hastaların bilmediği ilaç kullanımının eğitim düzeyi ile ilişkisi

Bilmediği ilaçları kullanan hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımları; Türkçe bilmeyenlerde %11.4, okuma yazma bilmeyenlerde %42.1, okuma yazma bilenlerde %16.5, ilkokul mezunlarında %22.7, ortaokul mezunlarında %3.8, lise mezunlarında %1.8, üniversite mezunlarında ise %1.6 olarak tespit edildi (Şekil 16).

3.12.2. Hastaların Başvuru Öncesi İlaç Kullanımının Sonuç İle İlişkisi

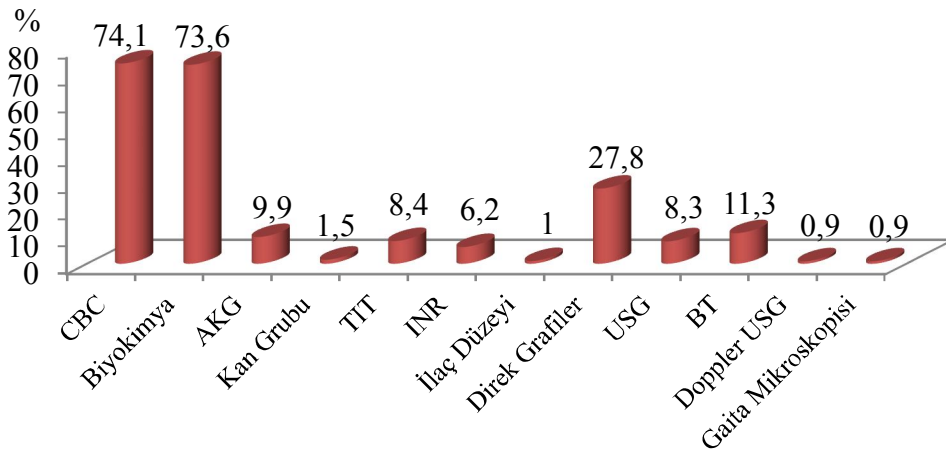
Eksitus olan hastaların %73.3'ü, taburcu olan hastaların %67.9'u, yatış yapılan hastaların %73.3'ü, sevk edilen hastaların %88.9'u, tedaviyi kabul etmeyen hastaların %67.7'si, acil servisi izinsiz terk eden hastaların ise %66.7'sinin başvuru öncesi ilaç kullanım öyküsü vardı (Şekil 17).



Şekil 17. Hastaların başvuru öncesi ilaç kullanımlarının sonuç ile ilişkisi

3.13. Acil Serviste İstenen Tetkikler

Çalışmaya alınan 3000 hastanın %78.1'inden tetkik istenmişti. En çok hemogram (CBC), biyokimya ve direk grafi istendiği tespit edildi (Şekil 18).

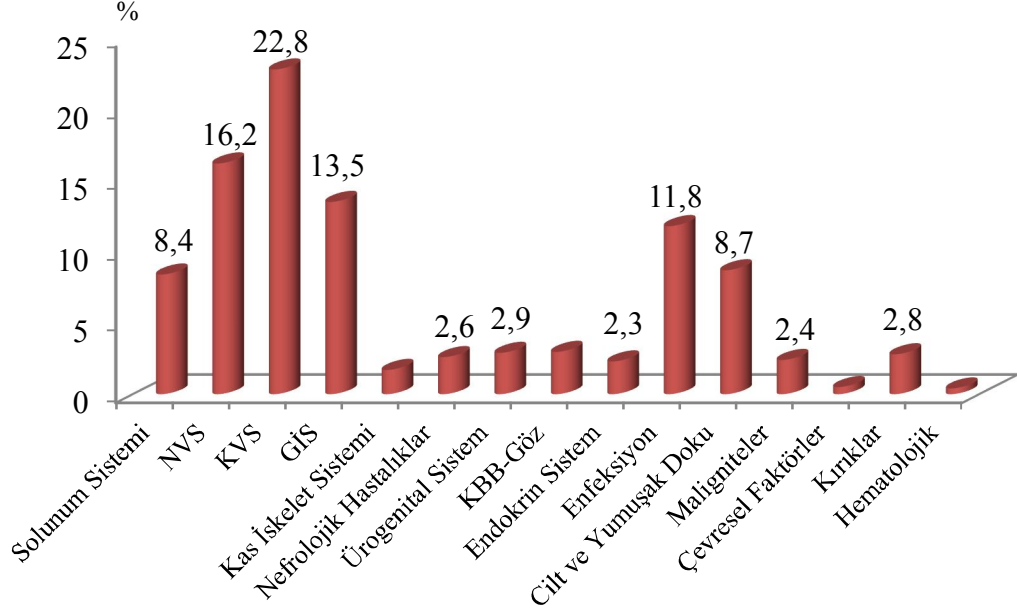


Şekil 18. İstenen tetkiklerin dağılımı

3.14. Tanıların Dağılımı

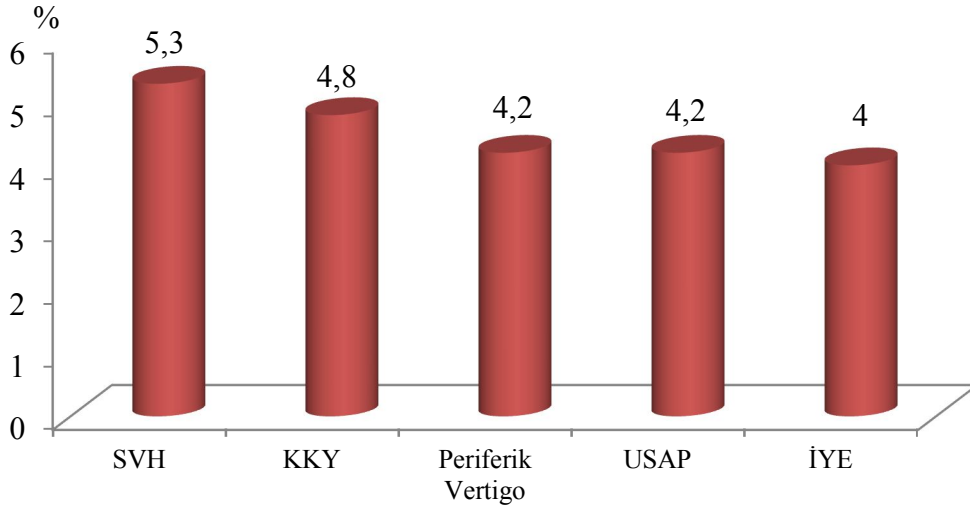
3.14.1. Tanı Gruplarının Dağılımı

Hastaların %22.8'ine KVS, %16.2'sine NVS, %13.5'ine GİS tanıların konulmuş olduğu belirlendi (Şekil 19).



Şekil 19. Tanı gruplarının yüzdeleri halinde dağılımı

Gruplama öncesindeki tanılarına bakıldığında SVH (%5.3), KKY (%4.8), periferik vertigo (%4.2), USAP (%4.2) ve İYE (%4) en fazla başvuru nedenleri oldular (Şekil 20).



Şekil 20. Gruplama yapılmadan önce. En sık beş tanının dağılımı

3.14.2. Tanı Gruplarının Cinsiyetlere Dağılımı

Kadınlarda ilk üç tanı KVS (21.3), NVS (%19.2), GIS (%13.3)'e aitken; erkeklerde KVS (%24.3), GIS (%13.6), NVS (%13.3)'e aitti (Tablo 14).

Kadınlarda NVS ($p<0.001$) ve endokrin sistem ($p<0.01$) tanılarının; erkeklerde ise solunum sistemi ($p<0.001$), ürogenital sistem ($p<0.001$) ve malignite ($p<0.001$) tanılarının istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu dikkati çaktı (Tablo 14).

Tablo 14. Tanı grupların cinsiyetlere göre dağılımı

	Kadın n (%)	Erkek n (%)	p	OR	%95 CI
Solunum Sistemi	86 (5.8)	165 (10.8)	<0.0001	1.9	1.4-2.4
NVS	283 (19.2)	203 (13.3)	0.0002	1.4	1.2-1.7
KVS	315 (21.3)	370 (24.3)	0.1289	1.1	0.9-1.3
GİS	197 (13.3)	207 (13.6)	0.8688	1.1	0.8-1.3
Kas İskelet Sistemi	26 (1.8)	26 (1.7)	0.9089	1	0.6-1.8
Nefrolojik	33 (2.2)	45 (3)	0.2307	1.3	0.8-2.1
Ürogenital Sistem	21 (1.4)	66 (4.3)	<0.0001	3.1	1.9-4.9
KBB-Göz	50 (3.4)	39 (2.6)	0.1957	1.3	0.9-2.1
Endokrin	47 (3.2)	23 (1.5)	0.0037	2.1	1.3-3.5
Enfeksiyon Hastalıkları	186 (12.6)	169 (11.1)	0.2552	1.1	0.9-1.4
Cilt ve Yumuşak Doku	142 (9.6)	119 (7.8)	0.1071	1.2	0.9-1.6
Maligniteler	22 (1.5)	49 (3.2)	0.003	2.2	1.3-3.6
Çevresel Faktörler	8 (0.5)	8 (0.5)	0.9491	0.9	0.4-2.6
Kırıklar	52 (3.5)	31 (2)	0.0169	1.7	1.1-2.7
Hematolojik	8 (0.5)	4 (0.3)	0.2372	2	0.6-6.9

NVS: Nörovasküler Sistem, KVS: Kardiyovasküler Sistem, GİS: Gastrointestinal Sistem, KBB: Kulak Burun Boğaz, n:hasta sayısı, OR:Odds oranı, %95 CI: %95 güven aralıkları

3.14.3. Tanı Gruplarının Yaş Ortalamalarının Dağılımı

Tanı gruplarına göre ortalama yaşlara bakıldığında, hematolojik hastalıklar nedeniyle başvuran hastaların ortalama yaşları diğer tanı gruplarından daha yüksek bulundu (Tablo 15. Her birisi için $p<0.001$. ANOVA $p<0.001$).

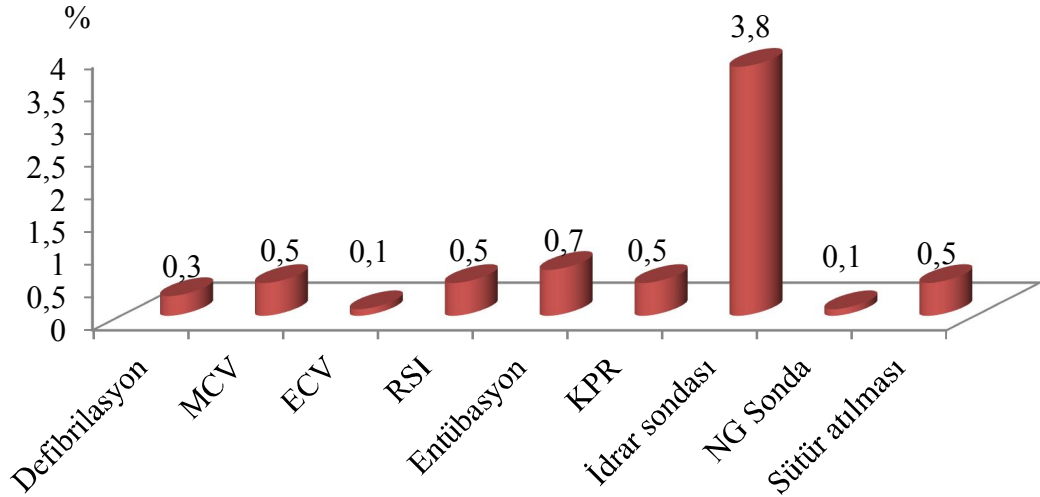
Tablo 15. Tanı gruplarındaki hastaların yaş ortalamaları dağılımı

	Ortalama Yaş	Standart Sapma
Solunum Sistemi	75.66	6.825
NVS	75.18	6.672
KVS	74.30	7.08
GİS	75.66	7.488
Kas İskelet Sistemi	73.12	6.471
Nefrolojik	75.99	7.039
Ürolojik	75.06	7.457
KBB - Göz	72.97	5.702
Endokrin	72.63	5.749
Enfeksiyon Hastalıkları	74.4	6.963
Cilt ve Yumuşak Doku	74.4	7.129
Maligniteler	74.35	6.529
Çevresel Faktörler	70.06	4.725
Kırıklar	76.12	7.685
Hematolojik	85.58	12.595

NVS: Nörovasküler Sistem, KVS: Kardiyovasküler Sistem, GİS: Gastrointestinal Sistem, KBB: Kulak Burun Boğaz

3.15. Yapılan Müdahaleler

Acil servisimizde müdahale yapılan hastaların 10'una defibrilasyon, 16'sına MCV, 2'sine ECV, 16'sına RSI, 22'sine entübasyon, 14'üne KPR, 115'ine idrar sondası, 3'üne NG sonda ve 15'ine sütür uygulanmıştır (Şekil 21).

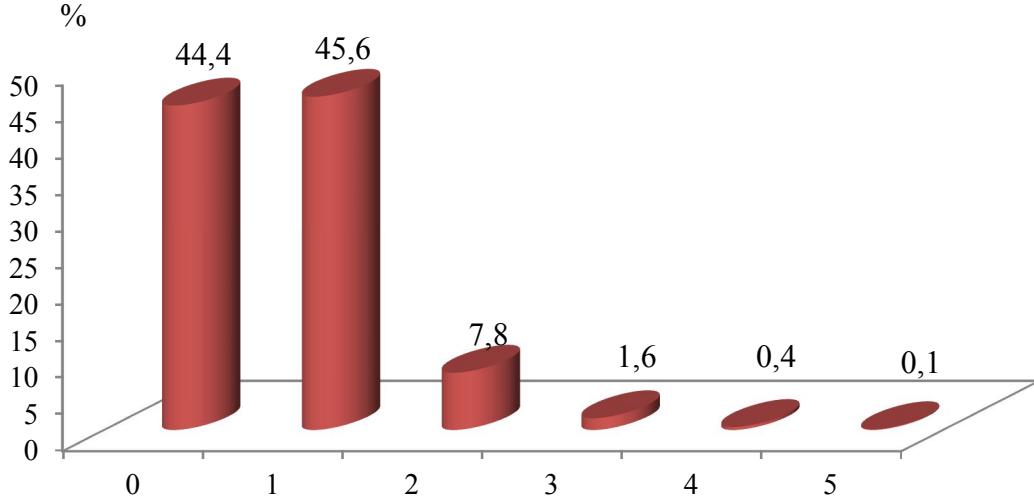


Şekil 21. Müdahale yapılan hastaların dağılımı

3.16. İstenen Konsültasyonlar

3.16.1. Konsültasyon Sayısı

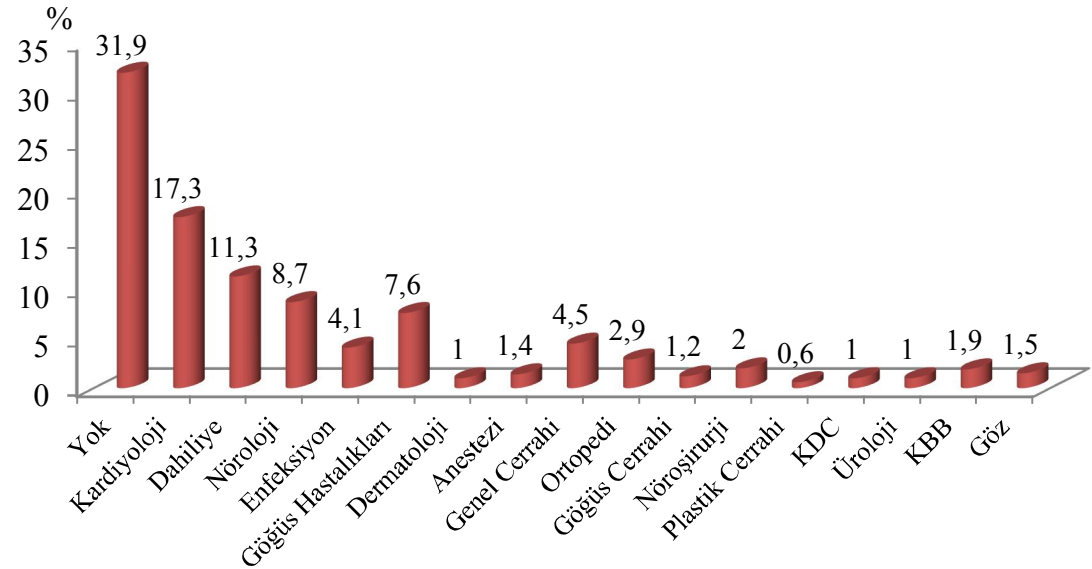
Hastaların %44.4'üne herhangi bir konsültasyon istenmedi. %45.6'sına bir, %7.8'ine iki, %1.6'sına üç, %0.4'üne dört, %0.1'ine ise beş konsültasyon istendi (Şekil 22).



Şekil 22. Konsültasyon sayılarının dağılımı

3.16.2. Konsültasyonların Bölümlere Dağılımı

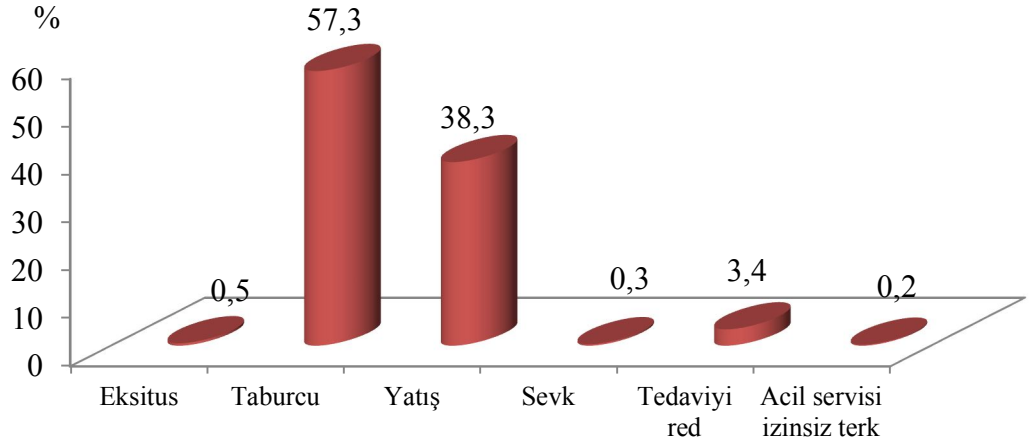
Hastalara kardiyoloji (%17.3), dahiliye (%11.3) ve nöroloji (%8.7) en sık istenen üç konsültasyondur (Şekil 23).



Şekil 23. Konsültasyon istenen bölümlerin dağılımı

3.17. Sonuçların Dağılımı

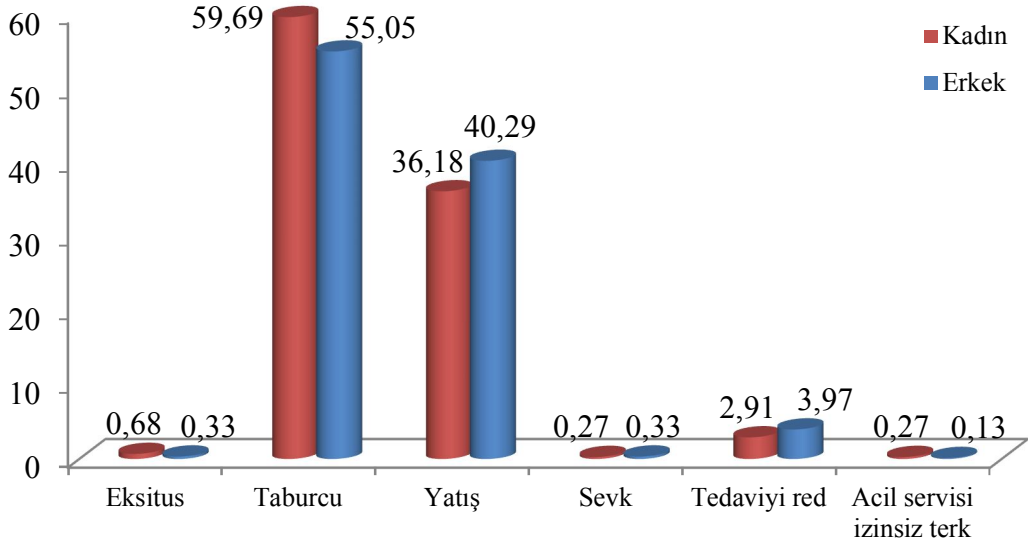
Çalışmaya alınan hastaların %57.3'ü taburcu edildi, %38.3'ü yatırıldı, %3.4'ü önerilen tedaviyi kabul etmedi, %0.5'i eksitus oldu, %0.3'ü sevk edildi, %0.2'si acil servisi izinsiz terk etti. (Şekil 24).



Şekil 24. Sonuçların dağılımı

3.17.1. Sonuçların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Kadın hastaların %59.69'u taburcu edildi, %36.18'i yatırıldı, %2.91'i önerilen tedaviyi kabul etmedi, %0.68'i eksitus oldu, %0.27'si sevk edildi, %0.27'si acil servisi izinsiz terk etti (Şekil 25).



Şekil 25. Sonuçların cinsiyete göre dağılımı

Erkeklerin ise %55.05'i taburcu edildi, %40.29'u yatırıldı, %3.97'si önerilen tedaviyi kabul etmedi, %0.33'ü eksitus oldu, %0.33'ü sevk edildi, %0.13'ü acil servisi izinsiz terk etti (Şekil 25).

3.17.2. Sonuçların Yaş Ortalamalarının Dağılımı

Hastaların sonuçlarına göre yaş ortalamaları hesaplandığında taburcu olanların yatanlara göre daha düşük bir yaş ortalamasına sahip olduğu tespit edildi (Tablo 16, p=0.000).

Tablo 16. Sonuçlara göre yaş ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma
Eksitus	73.9	6.5
Taburcu	74.0	6.7
Yatış	75.9	7.4
Sevk	74.4	4.8
Tedaviyi red	75.7	7.4
Acil servisi izinsiz terk	72.3	6.5

3.17.3. Sonuçların Şikâyet Süresi Ve Hastanede Kalış Süresi İle İlişkisi

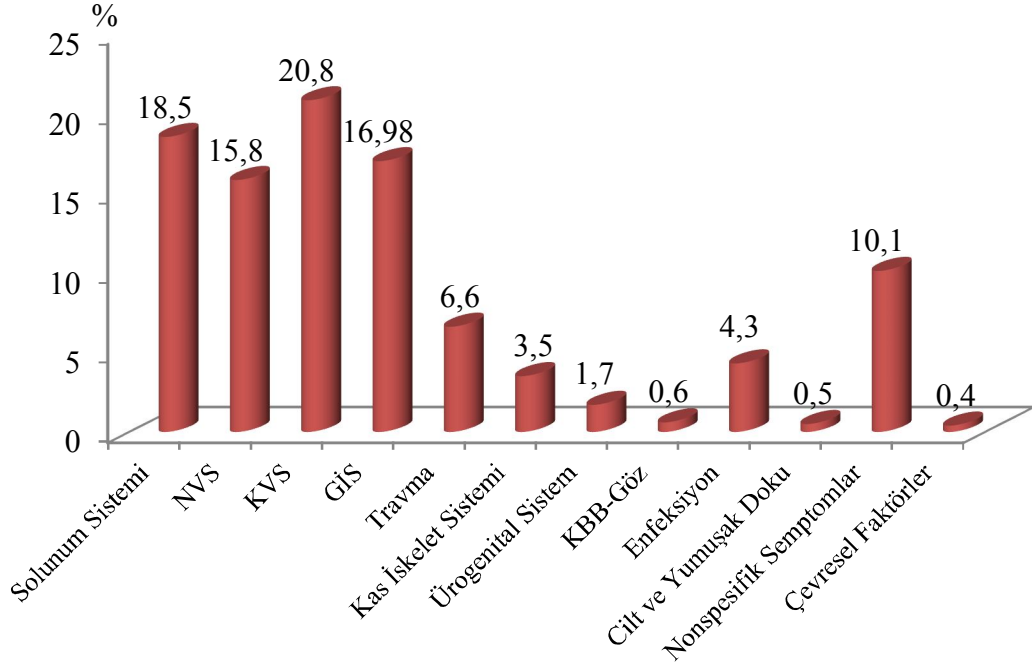
Hastaların şikâyetlerinin başlangıcından itibaren geçen süreleri ile acilde kalış sürelerinin ortalamaları Tablo 17’te sunulmuştur.

Tablo 17. Sonuçlara göre şikâyet sürelerinin ve acil serviste kalış sürelerinin ortalamaları

	Şikâyet Süresi (Dk)	Acil Serviste Kalış Süreleri (Dk)
Eksitus	425.7 (± 871.8)	49.3 (± 25.5)
Taburcu	1604.3 (± 1751.6)	91.6 (± 58.7)
Yatış	1467.5 (± 1675.9)	96.8 (± 64.2)
Sevk	1511.1 (± 2573.9)	143.89 (± 79.048)
Tedaviyi red	1556.4 (± 1971.5)	111.7 (± 66.0)
Acil servisi izinsiz terk	2237.5 (± 2173.9)	111.7 (± 101.5)

Eksitus olanların ortalama şikâyet süresi 425.7±871.8 dk olarak belirlendi ve diğerleri ile karşılaştırıldığında göreceli olarak kısaydı (p>0.05). Eksitus ile sonuçlanan hastaların acilde kalış süreleri yatış yapılan, sevk edilen ve tedaviyi reddeden hastalardan belirgin olarak daha kısaydı (sırasıyla; p<0.05. p<0.01 ve p<0.01).

3.17.4. Yatan Hastaların Şikâyetlerinin Dağılımı

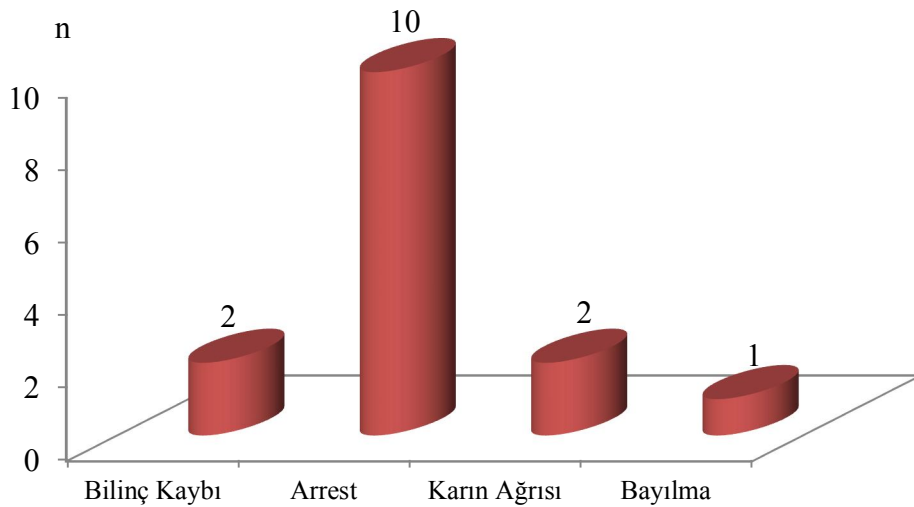


Şekil 26. Sonuçların cinsiyete göre dağılımı

Yatış yapılan hastaların en sık üç şikâyeti KVS (%20.8), solunum sistemi (%18.5) ve GİS(%16.98) şikâyetleri olarak belirlendi (Şekil 26).

3.17.5. Eksitus Olan Hastaların Şikâyetlerinin Dağılımı

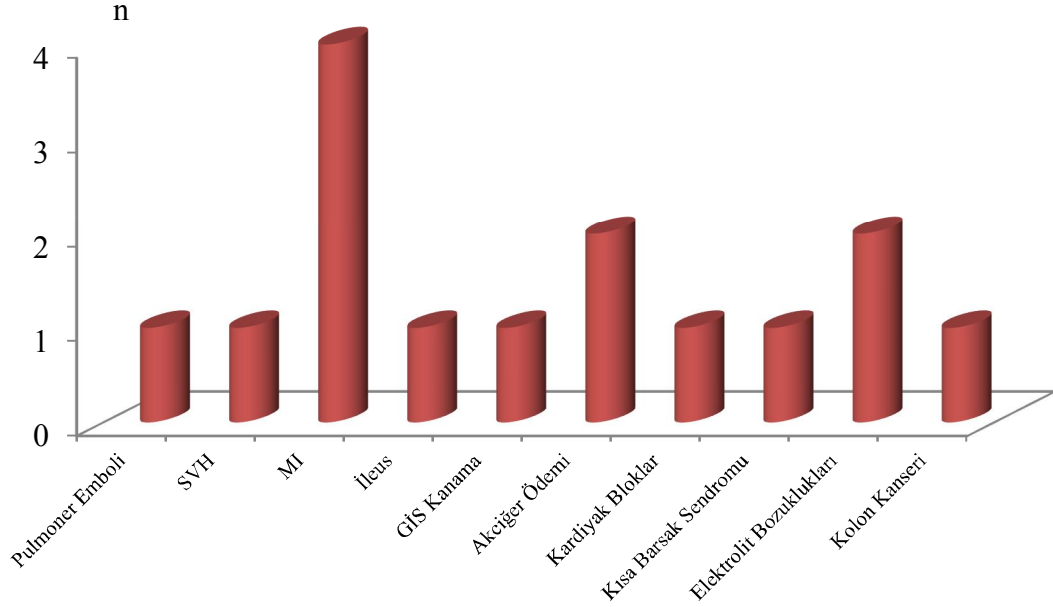
Acil servisimizde eksitus olan hastaların %66.7'si kardiyopulmoner arrest, %13.3'ü bilinç kaybı, %13.3'ü karın ağrısı, %6.7'si ise bayılma nedeniyle acil servisimize getirildi (Şekil 27).



Şekil 27. Eksitus olanların acil servise geliş şikâyetleri

3.17.6. Eksitus Olan Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı

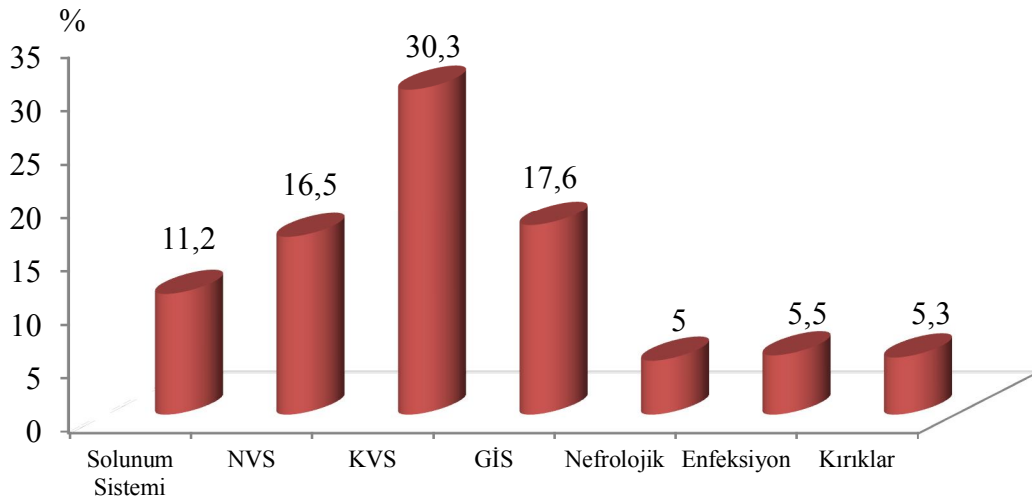
Hastalarımızda en sık üç ölüm nedeni MI (%26.7), akciğer ödemi (%13.3) ve elektrolit bozukluğu (%13.3) olarak saptandı (Şekil 28).



Şekil 28. Eksitus olanların acil serviste aldıkları tanıları

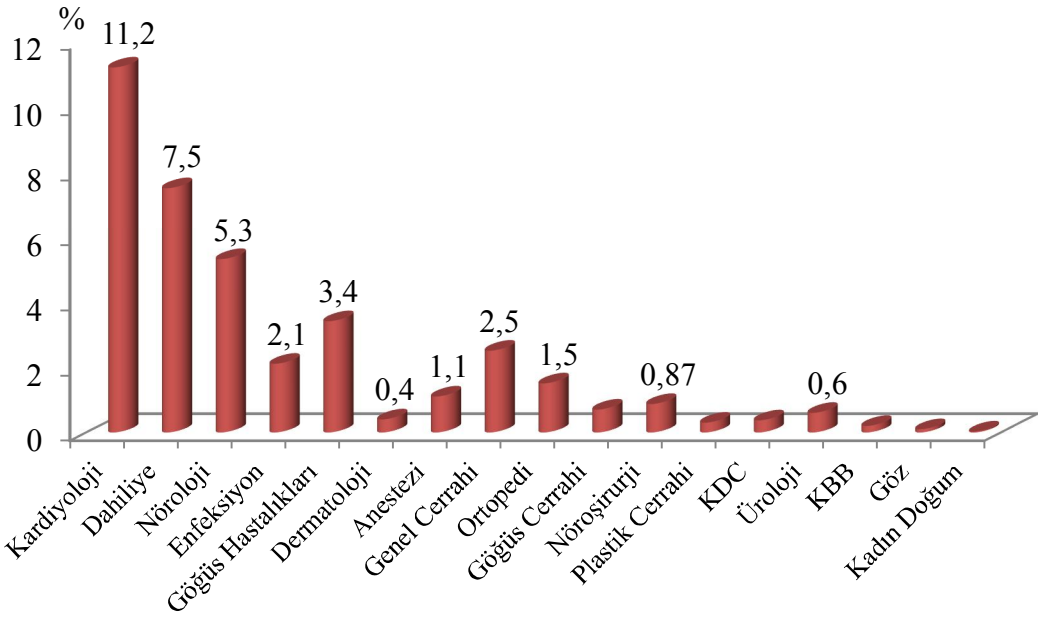
3.17.7. Yatan Hastaların Tanı Gruplarına Göre Dağılımı

Yatan hastaların aldıkları en sık beş tanı KVS, GİS, NVS, solunum sistemi ve enfeksiyon hastalıkları olarak değerlendirildi (Şekil 29).



Şekil 29. Yatan hastaların acil serviste aldıkları tanı grupları

3.17.8. Yatış Yapılan Hastaların Yattıkları Bölümlerin Dağılımı



Şekil 30. Yatan hastaların kendi içinde yatış yapılan bölümlere dağılımı yüzde olarak dağılımı

Yatış yapılan servislerin ilk beşinin sıralaması; Kardiyoloji (%29.36), Dahiliye (%19.69), Nöroloji (%13.85), Göğüs Hastalıkları (%8.97) ve Genel Cerrahi (%6.62) olarak gerçekleşti (Şekil 30).

3.18. Yaşlı Hastaların Başvuru Sonrası Acilde Geçirdikleri Süre

Hastaların acil serviste kalış süreleri ortalama 94.2 ± 61.4 dk olarak bulunmuştur.

Kadın hastaların acil servise başvurdukları andan. acil servisten çıkıncaya kadar geçirdikleri süre ortalama 95.5 ± 60.7 dk iken, erkek hastaların 92.9 ± 62.1 dk olarak hesaplanmıştır ($p > 0.05$).

4. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamıştır (2, 4, 9). Yaşlı hastalar fizyolojik, farmakolojik, psikolojik ve sosyal yönden genç hastalardan çok farklı ve kompleks yapıdadırlar (2, 6). Yaşlılar, stres ve değişen koşullara uyumdaki bozulma ile dirençlerindeki azalmaya bağlı olarak daha sık hastalanırlar. Yaşlılıkla birlikte duyularda zayıflama ya da kayıp; zihinsel süreçlerdeki değişiklikler sonucunda algılama, kavrama ve koordinasyonda bozulma ortaya çıkar. Bu değişimler sonucunda daha önceki hayat standartlarında yaşamakta güçlük çekerler. Tüm bunlar nedeniyle yaşlılar sağlık, sosyal ve ekonomik yönden korunmaya, bakıma, gözetime ve ilgiye daha fazla gereksinim duyarlar (1).

Günümüzde tüm acil başvurularının yaklaşık %15'ini oluşturan yaşlı hasta oranının 2020 yılında %25'lere çıkacağı tahmin ediliyor (20). Yurt dışında yapılan çalışmalarda yaşlı hasta başvurularının toplam başvurulara oranı %8-39 olarak bulunmuştur (33, 34, 38-40). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda bu oran Ankara'da (2) %12.2, Eskişehir'de (41) %13, Mersin'de (42) %9 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamız sürecinde acil servisimize başvuran hastaların oranı ülkemiz ortalamalarına benzer şekilde %13.8 olarak bulunmuştur. Farklı sonuçlar ülke, şehir, acil servislerin bulunduğu lokalizasyon, bölgenin nüfus özellikleri gibi birçok faktöre bağlıdır.

2010 yılı verilerine göre ülkemiz nüfusunun %50.25'i erkek, %49.75'i kadındır (23). Çalışmamızdaki hastalar ülkemiz dağılımına benzer şekilde %50.8 erkek ve %49.2 kadından oluşuyordu.

Ankara'da Dede (2) yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması 76.1 ± 6.2 , Adana'da Satar ve ark. (43) yaptığı çalışmada ise 72 ± 6.02 olarak tespit edilmiş. Çalışmamızda hastalarımızın yaş ortalaması diğer çalışmalara benzer biçimde 74.8 ± 7.1 'di.

Satar ve ark. (43) çalışmasında ise kadın ve erkeklerin yaş ortalamaları sırasıyla; 72.6 ± 5.9 ve 72.5 ± 6.1 olarak hesaplanmış ($p < 0.05$). Çalışmamızda kadın ve erkeklerin yaş ortalamaları sırasıyla, 74.8 ± 7.2 ve 74.8 ± 6.9 olarak hesaplandı ($p = 0.736$).

Tekrarlayan başvuru oranlarını Dede (2) %24, Bozkurt ve ark. (44) %37, Prendergast ve ark. (45) %35 olarak tespit etmiştir. Çalışmamızda bu oran %12.9 olarak bulunmuş olup, aradaki farkın çalışmaya katılmayı reddeden veya çalışma için

gerekli bilgileri alınamayan hastaların çalışma dışı bırakılmasından kaynaklandığı düşünöldü.

Dede (2) çalışmasında solunum sıkıntısı (%8.2), göğüs ağrısı (%6.2), düşme (%5.5), karın ağrısı (%5), bilinç bozukluğu (%3.7) en sık şikâyetlerdi. Sistematik olarak bakıldığında NVS, GİS ve KVS çalışmamızdaki en sık şikâyetleri oluşturuyordu. Gruplama öncesinde ise en sık şikâyetler karın ağrısı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, baş ağrısı ve düşme olarak karşımıza çıktı. Bölgesel farklılıklara bağlı sıralama değışiklikleri olmasına rağmen en sık görölen şikâyetler ve oranları diğer çalışmalarla uyumluydu.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda acil servise ambulansla gelme oranı %36 olarak bildirilmiş (11). Adana'da yapılan çalışmada ambulansla geliş oranı %54.1 (43), İzmir'de yapılan çalışmada %7.5 olarak bulunmuştur (46). Çalışmamızda hastalarımızın %26'sının doktorlu ambulansla, %5.5'inin doktorsuz ambulansla geldiğı tespit edilmiştir. Aradaki farkın hastanelerin şehir merkezi ve hizmet verdiği yerleşim birimlerine olan mesafesine ayrıca bölgenin sosyoköltürel yapısından kaynaklanabileceğı düşünöldü.

Acil servisimize ambulansla başvuran hastaların çoğunluğunun yatışı yapılırken, eksitus olan hastaların oranının doktorsuz ambulansla getirilenlerde en yüksek olduğı belirlendi. Özel araçla gelen hastaların ise çoğunluğunun taburcu edildiğı dikkat çekmektedir. Bu durum genellikle görece uzak çevre il ve ilçelerden gelen hastaların genel durumlarında ulaşım sırasında değışiklik olduğına dayandırılabilir.

Gelişmiş ölkelerde yaşlı nüfusun %82'si kentlerde yaşamaktayken, gelişmekte olan ölkelerde %50'den fazlası kırsal bölgelerde hayatlarını sürdürmektedir (22) Ölkemiz nüfusunun %76.3'ü il ve ilçe merkezlerinde yaşarken, %23.7'si belde ve köylerde yaşamaktadır (23). Çalışmamızda hastalarımızın %77.9'unun ölkemiz ortalamalarına benzer şekilde il merkezinde yaşadığı belirlendi.

2000 yılı verilerine göre toplum genelinde okuryazarlık oranı erkeklerde %93, kadınlarda %80 olarak açıklansa da, yaşlılarda bu oranlar çok düşüktür (47). 2010 yılı verilerine göre ölkemiz nüfusunun %5.8'i okuma yazma bilmiyor, %20.3'ü okuma yazma biliyordu. Bir eğitim-öğretim kurumunu bitirenlerin ise %23.75'i ilkokul, %21.1'i ortaokul, %17.2'si lise ve %7.6'sı üniversite mezunuydu (23). 2010

yılı verilerine göre ülkemiz 65 yaş üstü nüfusunun ise %32.5'i okuma yazma bilmiyor, %14.6'sı okuma yazma biliyordu. Bir eğitim-öğretim kurumunu bitirenlerin ise %34.9'u ilkokul, %35.3'ü ortaokul, %3.9'u lise ve %3.5'i üniversite mezunuydu (23). Ülkemiz yaşlı nüfusunda erkeklerin eğitim düzeyi bayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (23). TÜİK verilerine göre okuma yazma bilmeyen yaşlı erkek oranı %6.8, yaşlı kadın oranı ise %25.7'dir (23). Alparslan ve ark. (30) Kütahya'da yaptıkları bir çalışmada %40.1 ilköğretim ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmetinden faydalanma ve tedaviye uyumun eğitimlilerde daha fazla olduğu öngörülebilir bir gerçektir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üstü yaşlılarda okuryazar olmayanların oranı %30 bulunmuştur (22). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada ise yaşlılarda hiç okula gitmeme oranı kadınlarda %76; erkeklerde %43 olarak saptanmıştır (48). Bizim hastalarımızın %7.9'u Türkçe, %40.1'i okuma yazma bilmiyordu. Eğitim düzeyi yükseldikçe yalnız yaşam tercih edilip, komorbid hastalık oranlarında ve ilaç kullanımında azalma olmaktadır (22).

Yapılan bir çalışmada yaşlıların %62.9'unun evde bakımı tercih ettikleri, evde bakım tercih nedeni olarak %86,5' inin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği belirlenmiştir (1). Japonya'daki çalışmalar yaşlıların büyük bir bölümünün aileleri ile yaşadığını, sadece %39.3' ü yalnız ya da eşleriyle birlikte yaşadığını göstermektedir (1). Hastalarımızın çoğunluğu eşiyile ya da çocuklarının yanında yaşıyordu. Bu oranların ülkemizde, özellikle de bölgemizde geleneksel aile yapısına sahip çıkıldığının göstergesi olduğunu düşünmekteyiz. Ancak yalnız yaşayanların kendi bakımlarına daha fazla dikkat ettikleri, özellikle de eğitimli grupta özgeçmişteki hastalık sayısı ve kullandıkları ilaç sayısının daha az olduğu dikkat çekmiştir (22).

İstanbul'da yapılan çalışmada (22) yaşlı kadınların çoğunun genellikle eşi dışında en az bir aile bireyi ya da bakıcı ile yaşlı erkeklerin ise genellikle eşleriyle birlikte yaşadığı tespit edilirken; çalışmamızda her iki cinsiyet için de genellikle eşleriyle yaşadığı bulunmuştur. Yaşlı kadınların büyükşehirde yaşayan çocuk ve torunlarına bakmak ya da kendi bakımlarının sağlanması gibi farklı amaçlarla İstanbul'da yüksek olduğuna bağlanabileceği gibi, erkeklerin eş kaybı sonrası tekrar evlenme oranındaki yüksekliğe de (49) bağlanabilir.

Kronik hastalıklar; uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektirmesi, geriye dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olarak hastanın günlük yaşam aktivitelerini

sınırlaması ile sadece hasta için değil ailesi için de çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (5). Literatürde yaşlı hastalarda en az bir komorbid hastalık bulunduğu belirtilmiştir (12, 17, 31, 50-51). Çalışmamızda hastalarımızın %81.1'inin daha önce tanı koyulmuş en az bir hastalığı vardı.

Yapılan araştırmalara göre Dede (2) HT (%50.4), KAH (%20.4) ve DM (%18.4); Topbaş ve ark. (52) DM, HT ve HT dışı kardiyovasküler hastalıklar; Alparslan ve ark. (30). HT, HT dışı kardiyovasküler hastalıklar ve DM; Lowenstein ve ark. (38). artrit (%52), HT (%52), akciğer hastalığı (%32); diğer bir çalışmada (53) ise HT, osteoartrit, KKY, DM yaşlılarda en sık karşılaşılan komorbid hastalıklardır. Bizim hastalarımızda ise bir çoğuna benzer şekilde en sık HT (%37.2), KAH (%21.9) ve DM (%18) tespit edildi. Farklılıklar coğrafi bölge farklılığına, yaşam ve beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklere bağlanabilir.

Yaşlı hastalarda kronik hastalıkların artışı ile fazla sayıda ilaç kullanımına gerek duyulmaktadır (28, 30). İlaç kullanımı hem hastalıkların tedavisini hem de hastanın sıkıntılarının azalmasını sağlarken, ilaçlara bağlı yan etki ve zehirlenme olasılığını da arttırmaktadır (10, 28, 41, 54). Çoklu ilaç kullanımını yapılan çalışmalarda Tezel ve ark. (55) %82.4, Döventaş ve ark. (22) %85 bulmuşlardır. Çalışmamızda kronik ilaç kullanımı %70.1 olup, bu oran düzensiz ilaç kullanmaya, sorgulama anında bu bilginin o an için hasta ve yakınları tarafından gereksiz bulunmasına bağlı olarak diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur.

Yaşlı hasta başvurularında hastaların en sık kullandıkları ilaçları Arslan ve ark. (56), KVS ilaçları ve nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar; Bıyık ve ark. (57) antihipertansifler, koroner vazodilatörler, analjezikler; Arpacı ve ark. (58) HT, DM, KVS ilaçları; Dede (2) KVS ilaçları ve antiagreganlar; Seçkin ve ark. (47) NSAİİ ve KVS ilaçları olarak tespit etmiştir. İtalya'da yapılan bir çalışmada (10) kadınların %52.9'unun, erkeklerin %47.1'inin kronik ilaç kullandığı, en sık KVS ilaçlarının kullanıldığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde KVS ilaçları (%33.9), bilmediği ilaçlar (%18.4) ve antiagregan (%15.4) kullanımını en fazla bulunmuştur.

Stuck (59), Cohen (60) ve Döventaş (22) ve ark. çalışmalarında çoklu ilaç kullanımını olmayan veya az olan hastaların mortalite ve morbiditelerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamız sonuçları da literatürle uyumluydu.

Çalışmamızda hastalarımızın çoğunun ilaç kullanımı ile ilgili bilgisinin olmadığı, fazla ilaç tüketimine yatkın olduğu görülmüştür. Artan yaşlı nüfusla beraber çoklu ilaç kullanımının da artacağı zannedilmektedir. Uygun endikasyonlarda ve dozda ilaç kullanımını sağlamak önemli bir görevdir. Semptomatik yerine tanıya yönelik ilaçların tercih edilmesi başta gelen önlemlerden sayılabilir (61).

Yaşlı hastaların tanı ve tedavi süreci daha fazla tetkik ve girişim gerektirir. Buna rağmen yanlış tanı olasılığı ve hastaların fark edilmeyen ve tedavi edilemeyen sorunlarla taburcu edilme olasılıkları daha fazladır (16,38-40, 62). Mc Namara ve ark (63) yaşlı hastalar için daha fazla araştırma gereksinimi olduğunu ve daha geniş imkanlara ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda hastalarımızın çoğunluğundan tetkik istenmiştir.

Bozkurt ve ark. (44) yaptıkları çalışmada en çok istenen tetkikler sırasıyla direk grafi, CBC, glukoz ve böbrek fonksiyon testleri istendiğini tespit etmiştir. Çalışmamızda en çok CBC, biyokimya tetkikleri ve direk grafi istendiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda laboratuvar analizlerinin daha fazla olduğu, görüntüleme tekniklerinin kullanımının da Bozkurt ve ark. çalışmasında fazla olduğu dikkat çekmektedir. Tetkiklerin istenme dağılımındaki farklılıklar hastaların kronik hastalıklarına, kullandıkları ilaçlara, başvuru şikâyetlerine vb faktörlere bağlıdır.

Literatürde acil servislere yaşlı hastalara en fazla konulan tanılar, KAH, KKY, kardiyak ritim bozuklukları, senkop, SVH, pnömoni, karın patolojileri, dehidratasyon ve İYE olmaktadır (16, 18, 34, 38-39, 64-66). Dede (2) çalışmasında en sık koyulan tanılar SVH, onkolojik aciller, kronik böbrek yetmezliği (KBY), MI ve KKY olarak tespit etmiştir. Çalışmamızda gruplama öncesindeki tanılara bakıldığında SVH, KKY, periferik vertigo, USAP ve İYE en fazla başvuru nedenleridir. Kazalar ve düşmeler de yaşlı hastalarda sık görülen hastalıklardan olup, sonuçlarında oluşan kırıklar, morbidite ve mortaliteyi yükseltmektedir (27, 67).

Sistemik gruplama sonrası yapılan çalışmalarda en sık koyulan tanıları Dede (2) KVS, enfeksiyon hastalıkları ve NVS; Ünsal ve ark. (18) KVS ve solunum sistemi hastalıkları; McLigeyo (68) KVS ve solunum sistemi hastalıkları; Şahin ve ark. (46) KVS, GİS ve üriner sistem; Mert KVS, GİS, solunum sistemi, kas-iskelet sistemi ve NVS; Hu ve ark. (69) NVS, onkolojik aciller ve KVS hastalıkları olarak

tespit etmiştir. Çalışmamızda ise benzer şekilde hastalarımıza en sık KVS, NVS, GİS tanıları olarak saptandı. Farklılıkların bölgenin coğrafi yapısı, nüfus özellikleri, hastanenin yapısı ve hizmet verdiği nüfus, acil servislerin bulunduğu yerle ilgili olabileceği düşünüldü.

Kadın hastalarda en sık koyulan tanıları Chen ve ark. (70) üriner sistem ve DM; Satar ve ark. (43) KBY ve KKY ($p<0.05$); Dede (2) YDT ve cilt kesisi ($p<0.001$); Alballa ve ark. (71) solunum sistemi hastalıkları ve DM olarak tespit edilmiştir. Erkek hastalarda en sık koyulan tanıları Chen ve ark. (70) KOAH ve üriner sistem; Satar ve ark. (43) MI ve KOAH ($p<0.05$); Dede (2) ürogenital sistem hastalıkları ($p<0.001$); Alballa ve ark. KVS, GİS ve malignite olarak tespit edilmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda HT, üst solunum yolu enfeksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonu kadınlarda, pulmoner hastalıklardan bronşit, astım, amfizem ve kalp hastalığının ve KVS hastalıkları erkeklerde daha fazla bulunmuştur (41, 72). Castella ve ark. (73) yaşlılarda her iki cins için hastanelere acil kabullerin başlıca nedeninin KVS hastalıkları olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda kadınlarda en sık KVS, NVS ve GİS tanıları; erkeklerde ise en sık KVS, GİS ve NVS tanıları saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı bir şekilde kadınlarda NVS ve endokrin sistem, erkeklerde solunum sistemi, ürogenital sistem ve malignite tanıları fazla bulundu. Coğrafi şartlar, beslenme şekilleri, yaşam şartları, acil servisinin şehir içindeki konumu gibi değişkenler sonuçlardaki farklılığın sebebi olarak düşünülmektedir. Yaşlı kadınlarda ürolojik sorunlar (noktüri, üriner inkontinans vb) nadir değildir. Hastanın utanma, normal bir değişim olarak düşünme ya da tedavi edilemeyeceğini düşünmesi gibi nedenlerle dile getirmemesi, hekim tarafından da sorgulanmaması gözden kaçmasına sebep olur (74). Ayrıca cinsiyet farkı olmaksızın hematolojik hastalıkların yaş ortalamaları anlamlı olarak büyük bulundu. Bu yaşla beraber anemi sıklığının artmasının yansması (9) ile açıklanabilir.

Yaşlı hastaların yatış oranları yapılan farklı çalışmalarda %32-51 olarak farklı değerlerde bulunmuştur (16, 33-35, 38-40, 62, 75-76). Yurt dışında yapılan çalışmalarda %25 oranında yatış yapıldığı bulunmuştur (11). Aminzadeh ve Dalziel (77) yatış oranını %30-50 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oran %21.2-28.2 olarak tespit edilmiştir. Yurt dışına göre ülkemizdeki yatış oranlarının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda Adana'da

%59.4 (43), Mersin’de %28 (42), Ankara’da %18.6 (2), İzmir’de %19.8 (46) yatış oranları bulunmuştur. Çalışmamızda yatış oranı %38.3 olarak tespit edildi. Bu değerin acil servisimizde hasta takibi yapılmayıp, hastalarımızın tanı alır almaz ilgili bölümlere yatışının verilmesine bağlı olarak ülkemiz ortalamasından daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda yatış gerektiren hastaların acil serviste uzun süre kaldıkları ve bu durumun acil servis yoğunluğunu arttırdığı belirtilmiştir (78). Yatış yapılan hastaların en sık üç şikâyeti KVS, solunum sistemi ve GİS’e aitti.

En sık yatış yapılan bölümleri Dede (2) dahiliye, acil servis gözlem odası, genel cerrahi, koroner yoğun bakım ve ortopedi olarak; Mert (42) kardiyoloji, dahiliye, nöroloji, genel cerrahi ve ortopedi olarak değerlendirmişlerdir. Çalışmamızda yatan hastaların en sık yattığı klinik kardiyoloji olarak belirlenmiştir.

Yaşlı hastaların acil serviste kalış süreleri daha uzundur, daha fazla maliyete, daha fazla zamana ve kaynağa ihtiyaç duyarlar (16, 33, 35, 38, 66, 79). Çalışmalara bakıldığında acil serviste geçirilen sürelerin yaşlı hastalar için 18 saat olduğu, 24–48 saatten fazla hastane bakımına ihtiyaç duyan hastaların yatışının yapılmış olduğu görüldü (66). Satar ve ark. (43) hastaların acil servise başvuru anından yatana veya taburcu olana kadar geçirdiği süre 2.5 ± 2.4 saat olarak tespit etmişlerdir. Taymaz (14) yaptığı çalışmada yaşlı hastaların acilde kalış sürelerinin uzun olduğunu belirtip; hastaların %15’inin 0-1 saat, %36’sının 1-2 saat, %31’inin 2-3 saat, %8’inin 3-4 saat ve %10’unun 4 saatten uzun süreyi acil serviste geçirdiğini tespit etmiştir. Çalışmamızda hastalarımızın acil servise geçirdikleri süre 94.2 ± 61.4 (5–700) dk olarak bulunmuştur. Sürenin daha kısa bulunması acil servisimizde tanı konulan tüm hastaların ilgili kliniklere yatışının yapılması ve acil gözlemede tutulmaması ile açıklanabilir.

Sonuç olarak; yaşlı hastanın hayati risklerinin yüksek olduğu zamanda başvurdukları acil servislerde gerek tedavi gerekse yaşam kalitesini korumak için multidisipliner yaklaşım gerekliliği önemlidir (16, 43, 75). Genç hastalarda ilk hedef hastalığın tedavisi iken, yaşlılarda ilk amaç hastanın sahip olduğu yaşam kalitesinin korunmasıdır (43).

Yaşlılık dönemi insanların daha çok sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları, kronik hastalıkların arttığı dönemdir (31). Hastalarımızın çoğunda eşlik eden en az

bir komorbid hastalık ve çoklu ilaç kullanımı vardı. Özgeçmişlerinde en sık HT, KAH ve DM ile karşılaşıldı. Hastalarımıza en sık KVS, NVS ve GIS tanıları koyuldu. Kadınlarda NVS ve endokrin sistem tanılarının; erkeklerde ise solunum sistemi, ürogenital sistem ve malignite tanılarının istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu dikkati çekti. Hastalarımıza en sık kardiyoloji, dahiliye ve nöroloji konsültasyonu istenip, en sık kardiyoloji servisine yatırışı yapılmıştır. Hastaların acil servise başvurdıkları andan acil servisten çıkıncaya kadar geçirdikleri süre 94.2 ± 61.4 dk olarak bulundu.

Yaşlı hastaların değerlendirilmesi özel gayret ve sabır gerektirir. Yaşlanmaya bağlı gelişen fizyolojik değişiklikler değerlendirme sırasında dikkate alınmalıdır. Kronik hastalıklar ve kullandıkları ilaçların kliniği etkileyeceği unutulmamalıdır. Yaşlı hastalar için daha fazla araştırma gereksinimi olduğunu, daha geniş imkanlara ihtiyaç duyulduğu ve acil servislerde yaşlı değerlendirmesinin yetersiz olduğunun acil servis hekimlerinin kabul ettiği ve çözüm arayışında oldukları bir gerçektir (63). Bu zor şartlara acil servis hekiminin hazırlıklı olabilmesi için hastalarla ilgili sıkıntı ve güçlükler hakkında yeterince bilgi sahibi olmasıyla mümkündür.

5. KAYNAKLAR

- 1- Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5: 155-159.
- 2- Dede F. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Acil Polikliniğine Ocak 2005-Aralık 2005 Tarihleri Arasında Başvuran 65 Yaş ve Üzerindeki Hastaların Epidemiyolojik İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 2006.
- 3- Akyar İ, Akdemir N. Yaşlı bireylerde uyku probleminin çözümünde ışık tedavisinin kullanımı. Akad Geriatri 2010; 3: 71-75.
- 4- Camcı Y, Ekşioğlu Y, Karabulut T, Yücel N, Karagöz M. Demans tanısı yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile MMSE skorları arasındaki ilişki. Akad Geriatri 2010; 2: 50-53.
- 5- Alparslan GB, Akdemir N. Hemşirelik bakımı açısından yaşlıda besin ilaç etkileşimleri. Akad Geriatri 2010; 3: 17-21.
- 6- Dağdelen S. Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi ve Periyodik Sağlık Kontrolü. Ankara Tabip Odası. Hekimler İçin Temel Geriatri. 1. Baskı, Ankara: Ankamat Matbaacılık San. Ltd. Şti, 2011: 15-16.
- 7- Demirsoy N, Elçioğlu Ö. Tanı ve tedaviye ilişkin doğruyu bilme ve yaşlı hastalar. Turk J Geriatr 2011; 14: 311-320.
- 8- Karadağ B, Çat H, Öztürk AO, Basat O, Altuntaş Y. Acil polikliniğine başvuran ve gözleme alınan hasta profili: üç yıllık inceleme. Akad Geriatri 2010; 2: 176-185.
- 9- Erkan E, Muslu M, Sandıkçı S. Yaşlı hastalarda anemi prevalansı ve klinik özellikleri. Akad Geriatri 2011; 3: 29-34.
- 10- Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğler T. Yaşlıda ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 1999; 2: 33-38.
- 11- Ma OJ, Edwards JH, Meldon SW. Geriatric trauma. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (Editors). Emergency Medicine. A Comprehensive Study Guide. Seventh Edition, McGraw-Hill, NY 2011: 1683-1687.

- 12- Müjdeci B, Gökdoğan Ç, Konukseven Ö, Aksoy S. Yaşlanma ve denge. Akad Geriatri 2010; 2: 148-154.
- 13- Evers B, Townsend C, Thompson J. Organ physiology of aging. Surg Clin North Am 1994; 74: 23-39.
- 14- Taymaz T. Acil polikliniğinden yatırılan geriatrik hastaların ayrıntılı irdelenmesi. Akad Geriatri 2010; 2: 167-175.
- 15- Göka E, Aydemir Ç. Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım. Demans Dizisi 2000; 1: 5-26.
- 16- Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med 2002; 39: 238-247.
- 17- Strange GR, Chen ER. Use of emergency departments by elder patients: a five year followup study. Acad Emerg Med 1998; 5: 1157-1162.
- 18- Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. Türk Geriatri Dergisi. 2003; 6: 83-88.
- 19- Jeffrey H, Joseph O, Mary T, Stephanie S, Kevin H, Sanjay A, William H. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 6e. Part II. Principles of Geriatrics Section B. Organization of Care Chapter 18. Emergency Department Care. 20.3.2012. <http://accessmedicine.com/content.aspx?aid=5111109>
- 20- Çınar O, Cömert B. Acil serviste geriatrik hastanın değerlendirilmesi. E. Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller 1. Basım Som Kitap, 2009: 11-21.
- 21- Birnbaumer DM. The elder patient. Marx: Rosen's Emergency Medicine: concepts and Clinical Practice, 6th ed. Section III, Chapter 181, 2010: 12-16.
- 22- Döventaş A, Güçlü N, Döventaş YE, Turna GÖ, Erdenen F. SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran hastalarda yaşam şeklinin komorbidite ve polifarmasi ile ilişkisi. Akad Geriatri 2010; 2: 114-120.
- 23- T.C.Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, 20.3.2012 <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>

- 24- Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. 2008. 20.3.2012 www.hips.hacettepe.edu.tr/
- 25- Öztürk L, Erkılıç E, Dal H, Gümüş T, Kanbak O. 65 yaş ve üzeri ameliyat olan hastalarda cerrahi bölüm ve anestezi yöntemlerinin incelenmesi. Akad Geriatri 2010; 2: 40-44.
- 26- Ak M, Canbal M, Turan S, Tekgöz İ. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların çok yönlü geriatrik değerlendirilmesi. Akad Geriatri 2010; 2: 45-49.
- 27- Hamdy RC, Forrest LJ, Moore SW, Cancellaro L. Use of emergency departments by the elderly in rural areas. South Med J 1997; 90: 616-620.
- 28- Özgöbek R, Şentürk M, Tombak E, Dağistan D, Pekçetin E, Alıthan F, et al. Huzurevinde kalan yaşlıların ilaç kullanımları ve düşme oranları. Akad Geriatri 2010; 2: 23-26.
- 29- Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusion and recommendations. Ann Emerg Med 1992; 21: 830-834.
- 30- Alparslan GB, Bostan N. Huzurevi sakinlerinin ilaç kullanımına ve etkileşimine ilişkin bilgi ve uygulamaları. Akad Geriatri 2010; 2: 99-105
- 31- Kunt MM. Yaşlılık Döneminde Acil Sorunlar. Ankara Tabip Odası. Hekimler İçin Temel Geriatri. 1. Baskı, Ankara: Ankamat Matbaacılık San. Ltd. Şti, 2011: 143-151.
- 32- Sanders AB. The elderly patient. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (ed). Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. Mc Graw Hill. 2000; 307: 1896 -1900.
- 33- Strange GR, Chen ER. Use of emergency departments by elder patients: a five year follow up study. Acad Emerg Med 1998; 5: 1157-1162.
- 34- Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. Ann Emerg Med 1992; 217: 819-824.

- 35- Singal BM, Hedges JR, Rousseau E. Geriatric patient emergency visits. Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 802-807.
- 36- Mc Craig LF. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000m Emergency Department Summary. Washington DC National Center For Health Statistics, Centers For Disease Control And Prevention, US Department Of Health And Human Services, 2002: 1-60.
- 37- Ünal G, Bilge A. İleri yaşı grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2005; 8: 89-93.
- 38- Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC. Care of the elderly in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 528-535.
- 39- Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL. Emergency department utilization by the elderly: analysis of the national hospital ambulatory medical care survey. *Acad Emerg Med* 1996; 3: 694-699.
- 40- Sanders AB, Morley JE. The older person and the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 880-882.
- 41- Wass A, Zoltie N. Changing patterns in accident and emergency attenders. *J Accid Emerg Med* 1996; 13: 269-271.
- 42- Mert E. Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi* 2006; 9: 70-74.
- 43- Satar S, Sebe A, Avcı A, Karakuş A, İçme F. Yaşlı Hasta ve Acil Servis. *Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 29: 43-49.
- 44- Bozkurt S, Atilla R, Türkçüer İ, Eritmen ÜT, Oray NÇ, Arslan ED. Yaşlı ve genç nüfusun acil yaklaşım farklılıkları. *Turk J Emerg Med* 2006; 6: 16-24.
- 45- Prendergast HM, Jurivich D, Boxley C, Thomas R. Repeat visits among elders in an urban emergency setting. *Int J Geriatr Geron* 2005; 2: 11.
- 46- Şahin S, Boydak B, Savaş S, Yalçın MA, Akçiçek F. Acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların özellikleri. *Akad Geriatri* 2011; 3: 41-46.

- 47- Seçkin Ü, Bodur H, Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Türk Geriatri Dergisi 1998; 1: 36-38.
- 48- Bilir N. Koruyucu hekimlik, sağlığın korunması ve yaşlılık. Arıoğul S (editör). Geriatri ve Gerontoloji. 1. Baskı, Ankara: MN Medikal and Nobel, 2006: 53-60.
- 49- Hazer O, Aslan Ö. Yaşlılıkta sosyal ilişki ve toplumsal hayata katılım. Akad Geriatri 2010; 2: 143-147.
- 50- Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Türk Geriatri Dergisi 1999; 2: 179-187.
- 51- McCusker J, Bellavance F, Cardin S. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visits. Ann Emerg Med 2000; 36: 438-445.
- 52- Topbaş M, Yarış F, Çan G. Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi: Trabzon'da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. Ege Tıp Dergisi 2003; 42: 85-90.
- 53- Onar E, Kapucu S. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Polifarmasi. Akad Geriatri 2011; 3: 22-28.
- 54- Budnitz DS, Maribeth C, Nadine S, Chesley L, Richards MD. LO-3- emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med 2011; 365: 2002-2012.
- 55- Tezel CG, İçağasıoğlu A, Karabulut A, Kolukısa Ş, Keskin H. Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, fonksiyonel kapasite değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7: 206-210.
- 56- Arslan Fİ, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Turk J Geriatr 2000; 3: 56-60.
- 57- Bıyık A, Özgür G, Özsoy S, Erefe I, Emeç A, Özer M. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Turk J Geriatr 2002; 5: 68-74.

- 58- Arpacı F, Açıklık C, Şimşek I. Ankara'da yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım tutumları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7: 515-22.
- 59- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-1036.
- 60- Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. N Engl J Med 2002; 346: 905-912.
- 61- Erden İA, Pamuk AG, Turgut HC, Altınel S, Akıncı SB, Aypar Ü. Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi: yaşlılarda zehirlenme. Akad Geriatri 2010; 2: 54-57.
- 62- Baum SA, Rubenstein LZ. Old People in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 398-404.
- 63- McNamara R, Rousseau E, Sanders A. Geriatric emergency medicine: a survey of practicing emergency physicians. Ann Emerg Med 1992; 21: 796-801.
- 64- Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. age-related differences in diagnoses within the elderly population. Am J Emerg Med 1998; 16: 43-48.
- 65- Durukan P, Çevik Y, Yıldız M. Acil servise karın ağrısıyla başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8: 111-114.
- 66- 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; 41: 668-677.
- 67- Lim KH, Yap KB. The presentation of elderly people at an emergency department in Singapore Singapore Med J 1999; 40: 742-744.
- 68- McLigeyo SO. The pattern of geriatric admissions in the medical wards at the Kenyatta National Hospital. East Afr Med J 1993; 70: 37-39.
- 69- Hu SC, Yen D, Yu YC. Elderly use of the ED in an Asian metropolis. Am J Emerg Med 1999; 17: 95-99.

- 70- Chen JC, Bullard MJ, Hu PM, Chiu TF, Liao HC, Liaw SJ. Differences of disease characteristics between genders in emergency department elderly of a community hospital in Taiwan. *Chang Gung Med J* 2000; 23: 190-6.
- 71- Alballa SR, Bamgboye EA, al-Sekeit M. Causes of morbidity among a sample of elderly hospital patients in Riyadh, Saudi Arabia *J Trop Med Hyg* 1993; 96: 157-162.
- 72- Chen JC, Bullard MJ, Hu PM. Differences of disease characteristics between genders in emergency department elderly of a community hospital in Taiwan *Changgeng Yi Xue Za Zhi* 2000; 23: 190-196.
- 73- Castella X, Mompart A, Perez G. Hospital utilization for acute problems of the elderly. Catalonia, 1982-1990. *Gac Sanit* 1997; 11: 259-265.
- 74- Aydoğmuş S, Yavuz BB, Ekmekçi Y, Gürel D. *Ortadođu Tıp Dergisi* Mart 2011; 3: 1: 8-10.
- 75- Ettinger WH, Casani JA, Coon PJ. Patterns of use of the emergency department by elderly patients. *J Gerontol* 1987; 42: 638-642.
- 76- Sinoff G, Clarfield AM, Bergman H, Beaudet M. A two-year follow-up of geriatric consults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 716-720.
- 77- Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 238-247.
- 78- Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5: 5-13.
- 79- Sanders AB. Care of the elderly people in the emergency department: conclusions and recommendations. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 830-834.

6. ÖZGEÇMİŞ

1982 Malatya doğumluyum. Adana Cebesoy İlkokulu, Adana 24 Kasım Ortaokulu ve Adana Ayşe Atıl Anadolu Öğretmen Lisesi'ni bitirdikten sonra 2000-2006 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim gördüm. Mecburi hizmetimi Ağrı'da yaptım. Eylül 2007'den itibaren Fırat üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.