



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

**ACİL SERVİS KRİTİK BAKIM ALANINA BAŞVURAN
GERİATRİK HASTALARIN GERİYE DÖNÜK 3 YILLIK
DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN İSTATİSTİKSEL
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Onur Can GÖLBAŞI
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ahmet SEBE**

ADANA-2024



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

**ACİL SERVİS KIRMIZI ALANA BAŞVURAN
GERİATRİK HASTALARIN GERİYE DÖNÜK 3 YILLIK
DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN
İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Onur Can GÖLBAŞI
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ahmet SEBE**

ADANA-2024

TEŞEKKÜR

Acil Tıp uzmanlığı eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerleri hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ahmet SEBE'ye, eğitimime olan katkılarından dolayı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zeynep KEKEÇ'e, Prof. Dr. Ayça AÇIKALIN AKPINAR'a, Doç. Dr. Nezihat Rana DİŞEL'e, Dr. Öğrt. Üyesi Ömer TAŞKIN'a teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm meslektaşlarıma, hemşire ve personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Beni özveri ve sabırla yetiştiren, üzerimde sonsuz emekleri olan annem ve babama, varlığıyla bana her zaman destek olan kardeşime şükranlarımı sunar, teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince bütün zor günlerde yanımda olan, desteğini ve sabrını benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Sevinç' e sonsuz teşekkür ederim.

Kızım Güneş ve oğlum Toprak'a hayatımda oldukları ve geçirdiğim bütün zorlu süreçlerde bana mutluluk kattıkları için teşekkür ederim.

Dr. Onur Can GÖLBAŞI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Epidemiyoloji	3
2.2. Acil Servis ve Geriatrik Hastalar	4
2.2.1. Nörolojik Kaynaklı Başvurular	5
2.2.2. Kardiyak Kaynaklı Başvurular	7
2.2.3. Çoklu İlaç Kullanımı ve Yan Etkileri Nedeniyle Başvurular	8
2.2.4. Enfeksiyon Kaynaklı Başvurular	9
2.2.5. Karın Ağrısı Nedeniyle Başvurular	9
2.2.6. Ortopedi ve Travma Kaynaklı Başvurular	10
2.2.7. Sosyal Nedenli Başvurular	11
2.2.8. Yaşlı İstismarı ve İhmal	12
2.2.9. Yaşlılık ve Acile Tekrarlayan Başvurular	12
2.2.9.1. Tekrarlayan Başvuruların Nedenleri.....	13
2.2.9.2. Tekrarlayan Başvuruların Önlenmesi	13
2.3. Yaşlı Hastaları Değerlendirmedeki Zorluklar	14
2.3.1. Zorluğun Nedenleri.....	14
2.3.2. Zorluklarla Başa Çıkma Yolları.....	15
2.3.3. Yaşlılarda Triyaj.....	16
2.3.4. Yaşlı Hastalarda Fizik Muayene	17
2.3.5. Yaşlı Hastalarda Taburculuk	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Özellikleri.....	21

3.2. Veriler	21
3.3. İstatistiksel Analiz	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	39
7. KAYNAKLAR.....	40



TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Demans ve deliryum arasındaki ayırıcı tanı	6
Tablo 2. Konfüzyon değerlendirme yöntemi ³⁹	6
Tablo 3. Altı ögeli tarama aracı ⁴⁰	7
Tablo 4. Acil servis depresyon skalası (ED-DSI)	7
Tablo 5. Risk altındaki yaşlıların belirlenmesi aracı	16
Tablo 6. Hastaların demografik verilerinin dağılımı	22
Tablo 7. Hastaların acil servise başvuru tarih verileri	23
Tablo 8. Hastaların yaş gruplarına göre acil servis başvuru verilerinin karşılaştırılması	26
Tablo 9. Hastaların yatırıldıkları birimlere göre dağılımı	27
Tablo 10. Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı	28
Tablo 11. Hastalara konulan ICD-10 tanı kodlarının dağılımı.....	29

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 1 Yıllara göre Türkiye'nin nüfus piramidinde gözlenen değişiklikler	4
Şekil 2. Hastaların cinsiyet dağılımı.....	22
Şekil 3. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı	23
Şekil 4. Hastaların başvuru tarihleri	24
Şekil 5. Hastaların başvuru yıllarına göre dağılımı	25
Şekil 6. Hastaların başvuru aylarına göre dağılımı.....	25
Şekil 7. Hastaların triyaj kategorilerinin dağılımı	26



KISALTMALAR LİSTESİ

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
ED-DSI	: Acil Servis Depresyon Skalası
EKG	: Elektrokardiyografi
NSTEMI	: ST Elevasyonsuz Miyokard Enfarktüsü
STEMI	: ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi



ÖZET

Acil Servis Kırmızı Alana Başvuran Geriatrik Hastaların Geriye Dönük 3 Yıllık Demografik ve Klinik Özelliklerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmamızda son üç yılda Çukurova Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Servis Kırmızı alanına başvuran yaşlı hastaların demografik özelliklerinin (yaş ve cinsiyet), başvuru şikayetlerinin, ICD-10 tanı kodlarının, tedavi sonuçlarının (yatış, taburculuk, yattığı bölüm) ve tedavi sürecinde hastaneye ortalama maliyetlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız retrospektif ve kesitsel olarak planlandı. Çalışmamızda Kasım 2019 - Aralık 2022 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Servise başvuran geriatrik hastaların verileri derlendi. Bu tarihler arasında acil servise başvuran 65 yaş üstü toplam 1793 hastanın verisine ulaşıldı. Hastaların demografik özelliklerin (yaş-cinsiyet), triyaj kategorileri, geliş tipleri, başvuru tarihleri, hastaneye başvuru şikayetleri, ICD-10 tanı kodları, tedavi sonrası sonuçları (yatış-taburculuk-yattığı bölüm), tedavi sürecinde hastaneye ortalama maliyetleri; acil servis kartları, yatış dosyaları ve hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden tarandı ve kaydedildi.

Bulgular: Çalışmada değerlendirilen 1793 hastanın %51,4'ü erkek ve %48,6'sı kadındı. Ortalama yaşları $76,9 \pm 8,2$ yıl olarak tespit edildi. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı şu şekildedir: %44,4'ü 65-74 yaş aralığında, %36,6'sı 75-84 yaş aralığında, %16,8'i 85-94 yaş aralığında ve %2,1'i 95 yaş ve üstünde. Başvurular yıllara göre dağılımı incelendiğinde; %7,1'i 2019, %41,6'sı 2020, %17,5'i 2021 ve %33,8'i ise 2022 yılında gerçekleşti. Acil servise başvuran hastaların %95,6'sı yeşil, %3,7'si sarı ve %0,7'si kırmızı alandaydı. Hastaların %95'i acil durumda başvururken, %3,6'sı adli vaka ve %1,3'ü trafik kazasıydı. Başvuran hastaların %1'i acil servis başvurusu sırasında hayatını kaybetti, %26'sı servislere yatırıldı, %15,6'sı yoğun bakımlara, %57,3'ü ise taburcu edildi. Ortalama hastane maliyeti $4102,9 \pm 12697,4$ TL olarak saptandı. Hastalar 65-84 yaş arası ve 85 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayrıldı; 85 yaş ve üstü grubun kadın oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001$). Triage kategorisi, geliş tipi ve sonuç açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ortanca maliyet 65-84 yaş grubunda 749,1 TL iken, 85 yaş ve üstünde 994,8 TL olarak belirlendi; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,002$). Hastaların %58,3'üne yatış yapılmadı. En sık yatış yapılan servisler sırasıyla acil servis (%9,5), COVID-19 servisi (%2,5) ve göğüs hastalıkları servisi (%1,9) olarak saptandı. Yoğun bakımlarda en sık yatışlar koroner yoğun bakım (%6,6), nöroloji yoğun bakım (%3,3) ve dahiliye yoğun bakım (%3,1) servislerinde gerçekleşti. Başvuru şikayetlerinin dağılımı Tablo 10'da gösterildi; en sık karşılaşılan şikayetler nefes darlığı (%32,7), bilinç değişikliği (%13) ve göğüs ağrısı (%8,5) olarak belirlendi. En sık konulan tanılar ise W83 (%13,4), W84 (%7,5), R07.3 (%6,9), G93.9 (%6,5) ve R51 (%5,1) olarak tespit edildi.

Sonuç: Bulgular, yaşı hastaların daha uzun süre acil serviste kaldığını ve kronik hastalıkların tedavi seçenekleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, acil servislerin yaşı hastalara daha iyi hizmet verebilmesi için klinik uygulamaları ve politika geliştirmeyi desteklemekte ve ulusal takip sistemlerinin kurulmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Geriatri, Kırmızı alan, Triyaj



ABSTRACT

Statistical Evaluation of Demographic and Clinical Characteristics of Geriatric Patients Presenting to the Emergency Department Red Zone Over the Past 3 Years

Objective: The aim of our study was to evaluate the demographic and clinical characteristics of elderly patients presenting to the Emergency Department Red Zone of Çukurova University Department of Emergency Medicine over the past three years, including age, gender, presenting complaints, ICD-10 diagnosis codes, treatment outcomes (admission, discharge, ward stayed), and average hospital costs.

Material and Method: Our study was planned retrospectively and cross-sectionally. Data of geriatric patients presenting to the Emergency Department of Çukurova University Department of Emergency Medicine between November 2019 and December 2022 were compiled. A total of 1793 patients aged 65 and over who visited the emergency department during this period were included. The demographic characteristics (age-gender), triage categories, arrival types, admission dates, presenting complaints, ICD-10 diagnosis codes, treatment outcomes (admission-discharge-ward stayed), and average hospital costs of the patients were scanned and recorded through emergency department cards, admission files, and hospital information management system.

Results: Of the 1793 patients evaluated in the study, 51.4% were male and 48.6% were female. Their mean age was determined to be 76.9 ± 8.2 years. The distribution of patients according to age groups was as follows: 44.4% were in the 65-74 age group, 36.6% were in the 75-84 age group, 16.8% were in the 85-94 age group, and 2.1% were aged 95 and over. When the distribution of visits was examined by year, 7.1% were in 2019, 41.6% were in 2020, 17.5% were in 2021, and 33.8% were in 2022. Of the patients who presented to the emergency department, 95.6% were in the green zone, 3.7% were in the yellow zone, and 0.7% were in the red zone. While 95% of the patients presented in emergency situations, 3.6% were legal cases, and 1.3% were traffic accidents. One percent of the patients died during their emergency department visit, 26% were admitted to services, 15.6% were admitted to intensive care units, and 57.3% were discharged. The average hospital cost was determined to be 4102.9 ± 12697.4 TL. Patients were divided into two groups: 65-84 years old and 85 years and older; the female proportion in the 85 years and older group was statistically significantly higher than in the 65-84 age group ($p=0.001$). There was no statistically significant difference between the groups in terms of triage category, arrival type, and outcome ($p>0.05$). The median cost was 749.1 TL in the 65-84 age group and 994.8 TL in the 85 and over group; this difference was statistically significant ($p=0.002$). Fifty-eight point three percent of the patients were not admitted. The most common services admitted to were the emergency department (9.5%), COVID-19 service (2.5%), and chest diseases service (1.9%). The most common admissions to intensive care units were coronary intensive care (6.6%), neurology intensive care (3.3%), and internal medicine intensive care (3.1%). The distribution of presenting complaints was shown in Table 10; the most common complaints were dyspnea (32.7%), altered consciousness

(13%), and chest pain (8.5%). The most common diagnoses were W83 (13.4%), W84 (7.5%), R07.3 (6.9%), G93.9 (6.5%), and R51 (5.1%).

Conclusion: The findings indicate that elderly patients spend longer periods in the emergency department and that chronic diseases have a significant impact on treatment options. These results support the need for clinical practice and policy development to improve emergency department services for elderly patients and emphasize the importance of establishing national monitoring systems.

Keywords: Emergency Department, Geriatrics, Red Zone, Triage



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Geriatridir, 65 yaşı ve üstü hastaların sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal ve fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır.¹ Yaşlılık hücreler olarak gelişen bir dizi hasar birikimi sonucu gelişen fizyolojik bir süreçtir. Zamanla gelişen bu hasarlar biyolojik kapasitenin gerilemesine ve hastalık riskinin artmasına sebep olmaktadır.² Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üzerini geriatrik yaşlılık çağı olarak adlandırmış ve bu yaşlılık çağını evrelere ayırmıştır. Geriatrik yaş grupları 65-74 yaş grubunu genç yaşlı, 75-84 yaş grubunu yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı şeklinde tanımlamıştır.³ Günümüzde kabul edilen sınıflama bu şekildedir.

Geriatrik nüfus giderek artmakta ve bu artışla ilişkili olarak acil servis başvuruları, hastaneye yatış ve istenmeyen sonuçlanım oranları da artmaktadır.⁴ Geriatrik popülasyon acil servisleri en fazla kullanan hasta grubudur ve tüm acil servis başvurularının %25'i bu hasta grubu tarafından yapılmaktadır.⁵ Yaşlı hastalarda genç hastalara göre, hastaneye yatış oranları, tekrar başvurular, olumsuz sonuçlanımlar, kaynak kullanımı ve mortalite oranları daha yüksektir.⁶ Aynı şekilde taburculuk sonrası bakım maliyetleri de bu yaş grubunda giderek artmaktadır.

Kritik hasta, travma ya da hastalık sonucunda yaşamsal fonksiyonları bozulmuş veya bozulacak olan hasta grubu demektir.⁷ Bu hastaların sağlık durumu genellikle değişkendir, tıbbi durumunun yakından takip edilmesi ve tedavisinin dikkatli ve ivedi verilmesi gerekir.⁸ Tedavi edilmediğinde yüksek mortalite ve morbiditeye sebep olmaktadır.⁹ Bu nedenle acil servis bu grup hastaların tedavi sürecinde çok önemli rol oynamaktadır.

Geriatrik yaş hasta popülasyonunun diğer yaş gruplarına göre tanıların geç koyulması ve tedaviye dirençli olmalarından dolayı bu yaş grubunun demografik bilgilerinin analizi ve acil servise başvuru şikayetlerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Çalışmamızda son 3 yılda Çukurova Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Servis Kırmızı alanına başvuran geriatrik hastaların demografik özelliklerinin (yaş-cinsiyet), hastaneye başvuru şikayetlerinin, ICD-10 tanı kodlarının, tedavi sonrası

sonuçlarının (yatış-taburculuk-yattığı bölüm), tedavi sürecinde hastaneye ortalama maliyetlerinin değeriendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Yaşlanma, insan yaşamının doğal bir sürecidir ve her bireyin hayatında kaçınılmaz bir gerçeklik olarak yer alır. Yaşlanma süreciyle birlikte ise çeşitli sağlık sorunları ve rahatsızlıklar da ortaya çıkabilmektedir. Geriatrik hastalık kavramı, yaşlılıkla ilişkili sağlık problemlerini inceleyen bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır.

Geriatrik hastalık, yaşlı bireylerin karşılaştığı özgün sağlık sorunlarına odaklanan ve onların ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini amaçlayan bir disiplindir. Bu alandaki çalışmalar, yaşlanma sürecini anlamak, yaşlıların sağlık ihtiyaçlarını belirlemek ve yaşlılıkla ilişkili hastalıkları önlemek veya tedavi etmek için önemli bir temel sağlamaktadır.

Geriatrik hastalığın tarihçesi, yaşlılık ve yaşlılıkla ilgili sağlık anlayışının zaman içinde nasıl evrildiğini göstermektedir. Antik çağlardan itibaren, yaşlılık ve yaşlı insanların toplumdaki konumu farklı kültürlerde değişiklik göstermiştir. Ancak, geriatrik hastalığın daha sistematik bir şekilde tanınması ve araştırılması, modern tıbbın gelişimiyle gerçekleşmiştir.

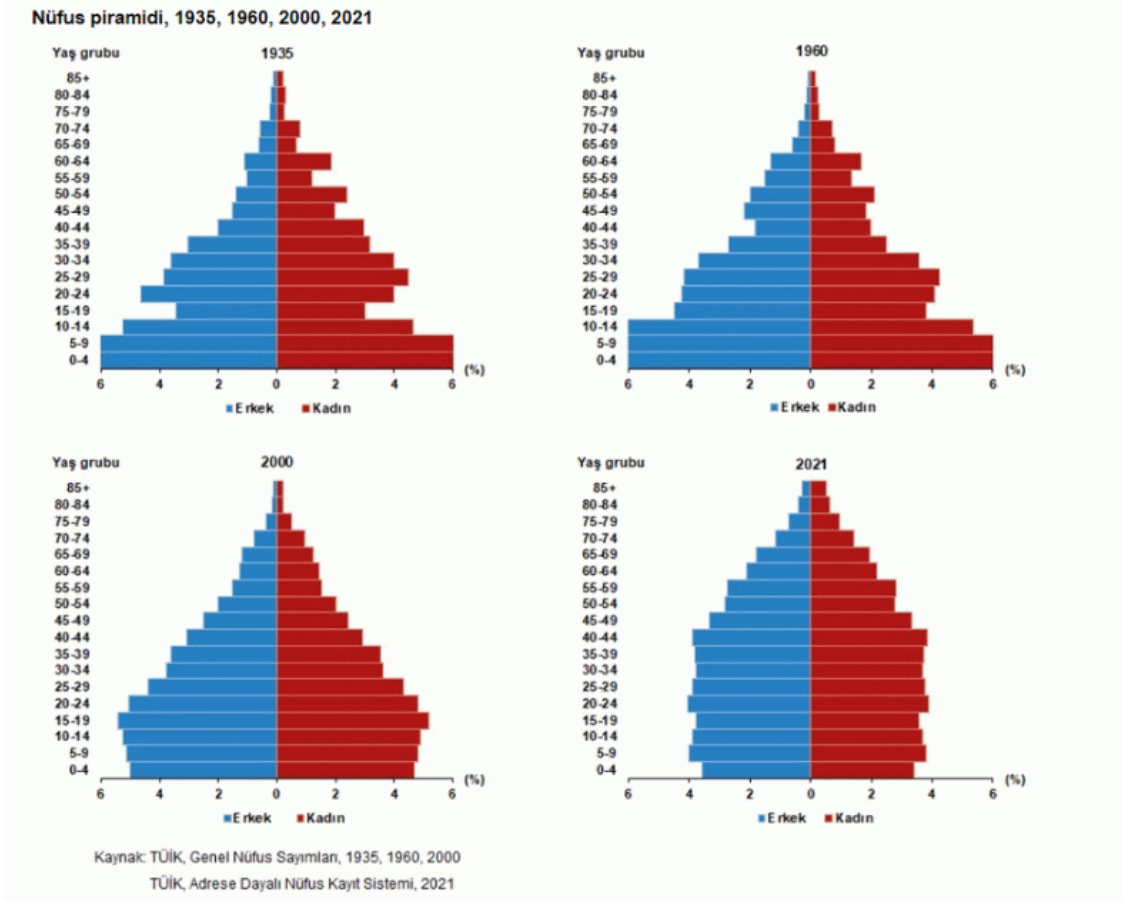
65 yaşın eşik değeri bilimsel bir temele dayanmamaktadır; ancak 1800'lerin sonlarında çalışan Alman nüfus için bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması sürecinde Otto von Bismark tarafından belirlenmiştir. Bismark, bu sosyal güvenlik sisteminin maliyetini düşük tutmak amacıyla 65 yaşını seçmiştir, çünkü Alman işçiler genellikle 65 yaşına ulaşamıyorlardı.¹⁰ O zamanlar Almanya'da beklenen yaşam süresi yeni doğan erkekler için 37,7, yeni doğan kadınlar için 41,4 yıldır.

2.1. Epidemiyoloji

Ülkemizde son olarak TÜİK'ten yapılan açıklamaya göre yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda %22,6 artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a yükseldi.¹¹ Bu oranlar yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranlarının giderek arttığını göstermektedir.

Dünya genelinde de geriatrik yaş grubundaki insan sayısında giderek bir artma gözlenmektedir. Toplum yaşlanmasının ana nedenleri ise sırasıyla koruyucu ve tedavi

edici tıp alanının giderek gelişmesi, beslenme ve barınma şartlarının iyileşmesi ve genel olarak yaşam koşullarında gözlenen iyileşme olarak sayılabilmektedir.¹²



Şekil 1. Yıllara göre Türkiye'nin nüfus piramidinde gözlenen değişiklikler

TÜİK tarafından yapılan açıklamaya göre yeni doğmuş bir bireyin mevcut ölümlülük risklerine maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı olarak tanımlanan “doğuştan beklenen yaşam süresi” Türkiye’de 2017-2019 döneminde 78,6 yıl iken 2018-2020 döneminde 78,3 yıl oldu.¹³ Ancak pandemi dönemi ile birlikte dünya genelinde beklenen yaşam sürelerinde önemli düşüşler gözlenmiştir.¹⁴ Türkiye’de de beklenen yaşam süresinin pandemi sonrası 75,8’e düştüğü tahmin edilmektedir.¹⁴

2.2. Acil Servis ve Geriatrik Hastalar

Yaşlı hastalar, acil tıpta sürekli artan bir popülasyonu temsil etmektedir.¹⁵ Bu tür hastalar sıklıkla, tanı ve tedaviyi zorlaştıran atipik belirtiler ve semptomlar ve çoklu

komorbiditeler ile başvurmaktadırlar.¹⁶ Acil servise tekrar ziyaret, hastaneye yatış ve ölüm riski yüksektir.¹⁶ Ayrıca, bu hastalardan elde edilen sonuçlar fonksiyonel durum, komorbidite, yaş, sosyal destek, polifarmasi, kognitif bozukluk ve depresyon gibi konularla ilgili olmaktadır.¹⁶⁻¹⁹ Acil hekimlerinin birçoğu yaşlı hastalarla uğraşırken daha az rahat olduklarını bildirmektedir.²⁰

Acil servis özelinde epidemiyolojik dağılımı incelediğimizde ise genel olarak, yaşlı insanlar tüm acil servis ziyaretlerinin %12 ila %24'ünü oluşturmaktadır.²¹⁻²⁵ Acil servise genç yetişkinlerden daha sık yaşlılar başvuruda bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üstü bireylerin acil servise başvuru oranı %49 iken 75 yaş üstü başvuru oranı %60 olarak gözlenmiştir. Ülke genelinde ise başvuru oranı %41 olarak saptanmıştır.¹⁶ Ayrıca 65 ila 74 yaş arası hastaların acil servis ziyaretleri yıllar içerisinde giderek artmaktadır.²⁶ Daha yaşlı hastalar daha yüksek düzeyde acil durum ve daha ciddi tıbbi hastalık ile başvurmaktadırlar.²⁷⁻³⁰ Yaşlı hastaların acil servise ambulansla başvurma oranları, test kullanım oranları ve acil serviste kalış süreleri genç erişkin hastalara göre daha yüksektir.²⁷⁻³⁰ Hastaneye yatış riskleri 2,5 ila 4,6 kat ve yoğun bakım ünitesine kabul oranları 5 kat daha yüksektir.^{16,31} Ayrıca yanlış teşhis konma olasılıkları yüksektir ve sonuç olarak tanınmayan ve tedavi edilmeyen sağlık sorunları ile sıklıkla taburcu edilebilmektedirler.¹⁶

2.2.1. Nörolojik Kaynaklı Başvurular

Deliryum, demans veya her ikisinin bir sonucu olarak acil servise başvuran tüm yaşlı hastaların yaklaşık dörtte birinde mental durum bozukluğu görülmektedir.^{32,33} Geriatrik Acil Tıp Görev Gücü, acil servisteki tüm yaşlı hastalar için bir mental durum değerlendirmesi önermektedir.³⁴ Deliryum, tanımı gereği, potansiyel olarak şiddetli ve hızlı bir şekilde tanınması önemli olan altta yatan bir durumun sonucudur.^{32,35} Bu popülasyonun %7 ila %10'unda deliryum görülmektedir^{32,33,35,36} ve artan mortalite^{32,37} ve daha yüksek risk ile ilişkilidir.³⁶ Acil serviste deliryumlu hastaların %50'sinde altta yatan bir demans vardır; bu iki patolojiyi birbirinden ayırt etmek karmaşık olabilmektedir.³⁷ Tablo 1, iki hastalık arasındaki temel özellikleri ve farklılıkları özetlemektedir.

Tablo 1. Demans ve deliryum arasındaki ayırıcı tanı

	Demans	Deliryum
Başlangıç	Progresif	Akut (akut hastalıkla ilişkili, ilaç modifikasyonları, hastanın çevresindeki değişiklikler vb.)
Başlama anı	Belirsiz, tanımlanması zor	Genellikle ani, tanımlanması kolay
Progresyon	Yavaş kronik ilerleme (yıllar)	Durum dalgalı seyir gösterir
Süre	Uzun (yıllar)	Kısa (saatlerden haftalara kadar)
Uyanıklık	Normal	Değişiklik gösterir, hiper ve hipovijilans durumları arasında değişir
Oryantasyon	Uzay ve zaman oryantasyonu bozuklukları hastalığın geç evrelerinde görülür.	Bozukluklar erken ortaya çıkar ve dalgalanabilir

Çalışmalar, acil servisteki deliryumun yüksek bir özgüllükle (%98 ila %100), ancak oldukça düşük bir duyarlılıkla (%16 ila %35) tanındığını göstermektedir.^{33,36} Konfüzyon değerlendirme yöntemi (Tablo 2) hızlı ve kullanımı kolaydır ve deliryum tanısı için yüksek bir özgüllüğe (%100) ve duyarlılığa (%86) sahiptir.³⁸

Tablo 2. Konfüzyon değerlendirme yöntemi³⁹

Konfüzyon değerlendirme yöntemi ile deliryum tanısı, 1 ve 2. özelliklerin varlığı ile birlikte ve 3 veya 4'ün varlığını gerektirmektedir
1. Hastanın başlangıçtan itibaren mental durumunda akut bir değişiklik olduğuna dair kanıt var mı?
2a. Hasta dikkatini odaklamakta güçlük çekiyor mu, örneğin dikkati kolayca dağılıyor mu veya söylenenleri takip etmekte güçlük çekiyor mu?
2b. Görüşme sırasında davranış dalgalandı mı, yani bilinç gelip gitme eğiliminde mi ya da şiddetinde artıp azalma var mı?
3. Hastanın düşünceleri dağınık veya tutarsız mıydı, örneğin başıboş veya alakasız konuşmalar, belirsiz veya mantıksız fikir akışı veya konudan konuya öngörülemeyen geçişler var mı?
4. Genel olarak, bu hastanın bilinç düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- Alert
- Hiperalert
- Letarjik
- Stupor
- Koma

Bu basit araç, acil servislerde doğrulanmıştır ve acil serviste deliryumun saptanmasını kolaylaştırmaktadır. Deliryum dışlandıktan sonra hastalar demansta gözlenen kronik bilişsel kusurların varlığı açısından taranabilir.¹⁸ Demansın varlığı ilaç uyumunu ve taburculuk talimatlarına uyumu etkileyen³² ve tekrarlanan acil servis başvurusu riskini artıran bir durumdur. Bu tür bozuklukların tam teşhisi, herhangi bir acil servisin kapsamı dışında kalan uzun ve zaman alıcı nöropsikolojik değerlendirmelere dayanmaktadır. Altı Ögeli Tarama Aracı⁴⁰ (Tablo 3) kısa ve kullanımı

kolaydır ve acil servis bağlamında %94'lük bir duyarlılık ve %86'lık bir özgüllükle bilişsel bozukluğu tespit etmektedir.³⁴

Tablo 3. Altı ögeli tarama aracı⁴⁰

Soru	Yanlış	Doğru
Hangi yıldayız?		
Hangi aydayız		
Bugün haftanın hangi günü?		
Sana saydığım üç nesneyi tekrar edebilir misin? Elma Masa Para		
4'ten küçük veya eşit bir puan (her doğru cevap 1 puan olarak sayılır), bilişsel bozukluk için pozitif olarak kabul edilmektedir. ³⁴		

Yaşlı acil servis hastalarının üçte birine kadar depresyon mevcut olabilir.⁴¹⁻⁴³ Akut tıbbi bozuklukların klinik bulgularını değiştirebilecek boyutta depresyon bulunabilir^{41,43} ve bu durum daha fazla sayıda acil servis başvurusuyla sonuçlanır.⁴³ Acil servis depresyon skalası (ED-DSI) (Tablo 4), kısa olduğu için acil serviste depresyonun saptanması için uygundur (3 soru) ve %79 duyarlılığa ve %66 özgüllüğe sahiptir.⁴⁴

Tablo 4. Acil servis depresyon skalası (ED-DSI)

Soru	Cevap	
Sık sık üzgün veya depresif hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
Sık sık çaresiz hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
Sık sık moraliniz bozuk ve hüzünlü mü hissediyorsunuz?	Evet	Hayır
En az bir pozitif yanıt, depresyon için pozitif bir tarama sonucuna karşılık gelir;		

2.2.2. Kardiyak Kaynaklı Başvurular

Yaş, koroner arter hastalığı için iyi bilinen bir risk faktörüdür; akut miyokard enfarktüsünün %30'u 75 yaşından büyük hastalarda görülür ve unstable anjina nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %60'ından fazlası 65 yaşından büyüktür.^{45,46} Acil serviste yaşlı hastaların yaklaşık %20'sinde başlıca şikayetler olarak nefes darlığı veya göğüs ağrısı vardır.^{21,47} Koroner hastalık mortalitesi de yüksektir, ölümlerin %80'i 60 yaşından büyük hastalarda meydana gelen iskemik kalp hastalığından kaynaklanır.^{48,49}

Amerikan Kalp Birliği'ne göre, "yaşlılarda atipik özelliklerin yüksek prevalansı ve buna bağlı kötü sonuçlar nedeniyle, yaşlılarda akut koroner hastalık için farkındalığın yüksek tutulması önerilmektedir.⁴⁸ Yaşlı hastalarda akut miyokard enfarktüsü sıklıkla atipiktir ve sıklıkla senkop, nefes darlığı, bulantı ve kusma olarak

kendini göstermektedir.⁴⁸⁻⁵⁰ 85 yaşından büyük ve ST elevasyonsuz miyokard enfarktüsü (NSTEMI) hastaların sadece %40'ı ve STEMI hastalarının %57'sinde ana şikayet olarak göğüs ağrısı vardır.⁴⁸ Genç erişkin hastalarda ise bu oranlar NSTEMI için %77 ve STEMI için %90'dır.⁴⁸ Ayrıca, 85 yaşından büyük ve STEMI olmayan hastaların %43'ünde ve 65 yaşından genç hastaların %23'ünde EKG ile tanı konulamamaktadır.⁴⁸ Ek olarak, 85 yaşından büyük hastaların %34'ünde EKG'de sol dal bloğu mevcuttur. EKG anormallikleri ileri yaşlarda nispeten yaygın olduğu için, acil servisteki bulguların önceki değişikliklerle karşılaştırılabilmesi ve buna göre yorumlanabilmesi için mümkün olduğunda eski EKG sonuçlarının elde edilmesi özellikle önemlidir.

Yaşlılarda 65 yaşından sonra her 10 yılda bir aspirin ve bloker tedavisi akut koroner sendrom olasılığını sırasıyla %15 ve %21 azalmaktadır. 80 yaşından büyük hastaların trombolitik alma olasılığı da genç hastalara göre daha düşüktür.⁵¹ Atipik prezentasyon, tanı güçlükleri ve daha az net fayda/risk oranı kesinlikle bir role sahiptir.⁴⁸ Yine de yakın tarihli bir çalışma, yaşlı hastalarda önerilen tıbbi ve girişimsel tedavilerin daha az kullanılmasıyla ilgili ana faktörün yaştan kendisi olduğunu göstermiştir.⁵² Tedavi kararları daha çok komorbiditelerin, fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin kapsamlı bir değerlendirmesine dayanmalıdır.⁴⁸ Ne yazık ki, yaşlı hastanın fonksiyonel durumuna göre akut koroner sendrom tedavisinin sonuçlarına ilişkin veri eksikliği vardır.

2.2.3. Çoklu İlaç Kullanımı ve Yan Etkileri Nedeniyle Başvurular

Olumsuz ilaç etkileri, genel popülasyonda %1 ila %4'e karşı 65 yaşından büyük hastalarda acil servis ziyaretlerinin %11'ine yol açmaktadır.⁵³ Daha yüksek sayıda ilaç ve farmakokinetik ve farmakodinamikte yaşa bağlı değişiklikler, daha yüksek advers ilaç etkisi oranlarına katkıda bulunmaktadır.⁵³ Acil servise kabul edilen yaşlı hastalar günde ortalama 4,2 ilaç almaktadır (0 ila 17 ilaç arasında), %91'i en az 1 ve %13'ü 8 veya daha fazla ilaç almaktadır.⁵³ Başvuru sırasında, bu hastaların %11'i Beers kriterlerine göre en az 1 uygunsuz ilaç kullanmaktadır.^{54,55}

Acil hekimleri, yaşlı bireylerde ilaç reçetelemenin özelliklerinin kesinlikle farkında olmalıdır. Ne yazık ki, doğrulanmış bir tarama yöntemi yoktur ve doğru bir ilaç listesi elde etmek genellikle zordur. Yapılan kohort bir çalışmada, 65 yaşından büyük

hastalarda advers ilaç etkileri nedeniyle acil servise yapılan tüm ziyaretlerin %48'ine 3 ilaç sınıfının neden olduğunu gösterilmiştir. Bu ilaç sınıfları; oral antikoagülan veya antiplatelet ajanlar (varfarin, aspirin) ve klopidoğrel), antidiyabetik ajanlar (insülin, metformin, gliburit ve glipizid) ve dar terapötik indeksli ajanlar (digoksin ve fenitoin) olarak sınıflanmaktadır. Olumsuz etkiye bağlı acil servis ziyaretlerinin üçte birini oluşturan bu sınıflardan en sık söz konusu ilaçlar varfarin, insülin ve digoksindir.⁵⁶

Bu konuda artan bir farkındalık ve yukarıdaki ilaçların kullanımı için sistematik tarama daha iyi tespitiye yol açmalıdır. Acil servisteki advers ilaç olaylarının hastanın primer doktoru ile iletişim kurmak da çok önemlidir.

2.2.4. Enfeksiyon Kaynaklı Başvurular

Yaşlı acil servis hastalarının %47,31'inin ana şikayeti enfeksiyondur. En sık görülen durumlar pnömoni (%25), idrar yolu enfeksiyonu (%22) ve sepsis ve bakteriyemidir (%18).⁵⁷ Bu popülasyonda enfeksiyon belirtileri sıklıkla atipiktir.^{57,58} Düşme veya deliryum tek klinik belirtiler olabilmekle birlikte taşikardi ve ateş gibi daha klasik semptomlar bulunmayabilir.⁵⁸ Akut kolesistit; ağrı (%5), ateş (%56) veya tam kan sayımı değişiklikleri (%41) olmadan ortaya çıkabilir.⁵⁹ Apandisit geriatric vakaların sadece %20'sinde klasik semptomlarla kendini gösterir ve vakaların yarısından daha azında ateş görülür.⁶⁰ Daha yaşlı acil servis popülasyonlarında enfeksiyonun tanımlanması için köklü kılavuzlar yoktur. Enfeksiyonlar yaşlı hastalarda daha yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Yaşlı (65-84 yaş arası) ve toplum kökenli bakteriyemili en yaşlı (85 yaş üstü) hastalarda organ yetmezliği gelişme riski daha yüksektir ve 90 günlük ölüm oranları daha yüksektir (genç hastalarda %15'e karşı yaşlı hastalarda %20 ve daha yaşlı hastalarda %26). Acil Serviste Mortalite Sepsis skoru gibi risk sınıflandırma skorları bu popülasyonda spesifik doğrulamadan yoksundur.⁶¹

2.2.5. Karın Ağrısı Nedeniyle Başvurular

Karın ağrısı, yaşlı hastalarda acil servis ziyaretlerinin %3 ila %13'ünde ana şikayettir.^{21,47,62} Genç hastalarla karşılaştırıldığında, ölüm oranları 6 ila 8 kat, ameliyat oranları ise 2 kat artmıştır.⁶² Acil serviste karın ağrısı için doğru teşhis oranları, literatürde büyük farklılıklar gösterir ve %40 ile %82 arasında değişir.^{62,63} Acil hekimlerinin yüzde yetmiş sekizi, yaşlı hastalarda karın ağrısı yönetiminde daha fazla

zorluk yaşadıklarını bildirmektedir.⁶⁴ Nihai teşhis sıklıkla safra kesesi hastalığı, spesifik olmayan karın ağrısı, kanser ve divertikülit ile ilgilidir.⁶² Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) iyi çalışılmıştır ve bu bağlamda etkinliğini kanıtlamıştır. Yaşlı hastaların %37 ila %59'una uygulanmaktadır^{62,65,66} ve vakaların %57 ila %67'sinde tanı konulabilmektedir.^{62,65} Bir çalışmada, vakaların %26'sının kabul kararını değiştirmiştir, %12'sinde ameliyat ihtiyacı, %21'i antibiyotik reçetesi ortaya çıkmıştır.⁶⁴ Abdominal ultrasonografi, yaşlı acil servis hastalarında karın ağrısının teşhisi için daha az yaygın bir modalitedir (vakaların sadece %9 ila %11'inde kullanılır).^{62,65} Amerikan Radyoloji Akademisi, genel popülasyonda bazı sağ üst kadranda ağrısı ve sarılık vakaları için ultrasonografiyi ilk tercih muayenesi olarak önermektedir.⁶⁷ Bununla birlikte yaş, kontrastla indüklenen nefropati için ana risk faktörü olduğu için, ultrasonografi ve kontrastsız batin BT; kronik böbrek hastalığı, diyabet, kronik kalp yetmezliği veya önemli hacim kaybı gibi böbrek komplikasyonları açısından yüksek risk taşıyan hastalar için uygun olabilir.⁶⁸ Karın ağrısı olan yaşlı hastalarda yüksek morbidite ve mortalite, klinik, radyolojik ve prognostik özellikleri ile ilgili artan farkındalığın gerekliliğini göstermektedir. Acil hekimleri karın BT'sini daha kolay uygulamalı ve daha ileri gözlem, teşhis testleri ve tedavi için yaşlı hastaları kabul etmelidir.

2.2.6. Ortopedi ve Travma Kaynaklı Başvurular

Düşmeler, yaşlı hastalar için acil servise başvuruların ana nedenidir (%15 ila %30).^{21,47} Kardiyovasküler senkopu olan yaşlı hastaların yüzde yirmisi açıklanamayan düşme şikayeti ile başvururken, karotis sinüs sendromu veya belgelenmiş ortostatik hipotansiyonu ve belgelenmiş düşmeleri olan yaşlı hastalar düşmeden önceki bilinç kaybını hatırlamayabilir.⁶⁹ Düşmeler akut miyokard enfarktüsü, sepsis, ilaç toksisitesi, akut karın patolojisi ve yaşlı istismarı gibi diğer patolojilerin de başlıca semptomu olabilir.⁵⁰ Düşmelerin nedenlerini hatırlayamama, düşmenin tekrarı, bir düşüşten sonra ayağa kalkamama ve hastane yatağından kalkıp yürüyememe, acil doktorlarını daha ileri değerlendirme için yaşlı hastayı servis yatışını kabul etmeye teşvik etmelidir. Düşmelerin yüzde dört ila altısı kırıklara neden olmaktadır,^{50,70} bunların %1 ila %2'sini kalça kırıkları oluşturur. Düşmelerin %2 ile 10'u, hastaneye yatmayı veya hareketsiz kalmayı gerektiren diğer büyük yaralanmalara neden olur.⁵⁰ Kalça kırıkları daha sık gözden kaçırılır. Bu popülasyonda radyografilere bakılmalıdır ve kalça ağrısı mevcut

olduğunda ileri tetkikler için yatış düşünülmelidir.⁷¹ Vertebral kırıklar da yaygındır ve sırt ağrısı olan yaşlı hastalar radyografik kontrolden geçirilmelidir.⁷² Eşlik eden tıbbi hastalıkların varlığı bu grubu hastalığa karşı savunmasız hale getirir. Komplikasyonlar, kalça ve vertebral kırıklardan sonra erken ölüm oranı artık iyi bilinmektedir.^{73,74} Son olarak, yaşlı hastalarda pelvik kırıklar daha yüksek kanama riski ve anjiyografi gereksinimi⁷⁵ ve ayrıca yüksek hastane yatışı ortaya koymaktadır. Ayrıca kırıklara bağlı mortalite (%12'ye karşın daha genç hastalarda %2) oranları genç popülasyona göre daha yüksektir.⁷⁶ Damarların daha düşük elastikiyeti ve daha yüksek kırılabilirliği, damarların değiştirilmiş mekanik özellikleri ve serebral atrofisinin bir sonucu olarak venöz yapılara uygulanan stres gibi yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, beyin yaralanmaya karşı savunmasızlığını artırır. Beyin ve kafatası arasındaki boşluktaki artış, daha az semptomla kafa içi içeriğin genişlemesine izin vermektedir.⁷⁷ Ayakta dururken düşme gibi önemsiz yaralanma mekanizmaları bile, atipik semptomlarla ciddi kafa içi yaralanmaya neden olabilmektedir.⁷⁸ Bu nedenle, kronik subdural hematom açısından farkındalık seviyesinin yüksek tutulması gerekmektedir. Semptomlar ortaya çıkmadan haftalar veya aylar önce travma gerçekleşebilir ve acil servis ziyareti sırasında, ilk kafa travması o kadar önemsiz olabilir ki vakaların %30 ila %50'sinde hatırlanmaz. Çeşitli derecelerde değişen mental durum, fokal nörolojik defisit, baş ağrısı ve düşme olası başvuru nedenlerinden bazılarıdır.⁷⁹ Akut subdural hematom ise daha çok genç hastalarda ciddi travma sonrası görülür.⁸⁰ Künt beyin travması olan yaşlı hastalar için onaylanmış kılavuzlar mevcut değildir. Yüksek şüphe indeksi, uzun süreli gözlem ve beyin görüntülemenin daha sık kullanılması bu hastalar için makul bir yaklaşımdır.⁷⁸

2.2.7. Sosyal Nedenli Başvurular

Bazı geriatrik acil servis başvurularının tıbbi bir temeli yok gibi görünmektedir ve hemşireler ve komşular da dahil olmak üzere ailenin hastayı evde tutmasının imkansızlığından kaynaklanmaktadır. Her ne kadar tamamen “sosyal” acil servis başvuruları kesinlikle gerçekleşse de (örneğin, birincil bakıcının hastaneye yatırılması veya ölümü, resmi evde bakım hizmetlerinin geri çekilmesi), acil hekimleri her zaman subakut veya akut hastalığın, sosyal acil servis ziyaretini motive eden işlevsel bir düşüş olarak ortaya çıkabileceğini düşünmelidir. Aslında, yaşlı hastaların %74'ü, acil servis konsültasyonlarını ilk semptomlardan kaynaklanan fonksiyonel düşüşün belirlediğini

bildirmiştir.⁸¹ Bu nedenle, deliryum, enfeksiyonlar, akut ağrı, yakın zamanda reçete edilen ilaçlar, kardiyovasküler hastalık ve kronik hastalık alevlenmesi, hastanın akut semptomlarına neden olabilir. Hastanın işlevsel durumu acil servis ziyareti sırasında değerlendirilmelidir. Kronik ortopedik, kardiyovasküler ve nörolojik durumlar da fonksiyonel durumun değişmesine, birincil bakıcı yorgunluğuna ve sosyal acil servis başvurusuna yol açabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, yaşlı hastaların %9'unun görünürde sosyal nedenlerle (kendi kendine bakamama) acil servise kabul edilmesine rağmen, bu hastaların %51'inin bulaşıcı (%24), kardiyovasküler (%14), nörolojik (%9), sindirim (%7), pulmoner (%5) veya diğer (deliryum, kırıklar, anemi, akut böbrek yetmezliği, kontrol edilemeyen ağrı vb.) hastalıklara sahip olabileceği gösterilmiştir.⁸² Başka bir çalışmada bu tür hastaların yıllık mortalitesi %34 gibi yüksek bir oranda tespit edilmiştir.⁸³

2.2.8. Yaşlı İstismarı ve İhmal

Yaşlı istismarı veya ihmali, Amerikan Tabipler Birliği tarafından “yaşlıların sağlığına veya refahına zarar veren veya zarar verme tehdidiyle sonuçlanan eylemler veya eylemlerin yapılmaması” olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler kasıtlı veya kasıtsız olabilir.⁸⁴ Çok sayıda risk faktörü arasında en önemlileri bağımlılık ilişkisi, sosyal izolasyon ve istismarcının psikopatolojisidir.⁸⁵ Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlı istismarı yaygınlığı yaklaşık %10'dur.⁸⁴ Bir eyalette yaşlı koruma programı kapsamında, 5 yıllık bir süre içinde acil servise başvuran yaşlı hastaların %66'sında yaralanmaya bağlı taburculuk teşhisi konmuştur.⁸⁶ Bu acil servis ziyaretlerinin yalnızca %9'u uygun servislere sevk ile sonuçlanmıştır.⁸⁶ Spesifik protokollerin ve zaman kısıtlamalarının olmaması yaşlı istismarının fark edilmesini zorlaştırır ve uygun mercilere daha az başvuru yapılmasına neden olur.⁸⁴ Bakım verenlerin ve ailelerin çoğu, eşlerine ve akrabalarına bakarken yüksek düzeyde özverili davranırlar. Bununla birlikte, acil hekimlerinin bu tür olaylara karşı yüksek farkındalık düzeyine sahip olması ve yaşlı istismarını ayırıcı tanılarına daha sık dahil etmesi gerekir.

2.2.9. Yaşlılık ve Acile Tekrarlayan Başvurular

Yaşlı nüfusun giderek artmasıyla birlikte acil servise yapılan başvurular arasında yaşlı hastaların oranı da artmıştır.¹⁵ Bazı yaşlı bireyler, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle

acil servise tekrarlayan başvurular yapabilmektedir.⁸⁷ Bu durum, sağlık sistemi ve hasta bakımı açısından önemli bir konudur ve etkili çözümler geliştirilmesi gerekmektedir.

2.2.9.1. Tekrarlayan Başvuruların Nedenleri

Kronik Sağlık Sorunları: Yaşlılarda, kronik hastalıkların sıklığı artar. Diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi durumlar, tekrarlayan acil servis başvurularının en yaygın nedenlerindendir. Bu hastalıkların yönetimi, yaşlıların yaşam kalitesini ve acil servise olan başvurularını etkiler.⁸⁸

İlaç Uyumsuzluğu: Yaşlı hastalar genellikle birden fazla ilaç kullanır. Bununla birlikte, ilaç uyumsuzluğu veya ilaçları düzensiz almak, tedaviyi etkisiz hale getirerek tekrarlayan acil servis ziyaretlerine yol açabilir.⁵³

Yetersiz Ev Bakımı: Yaşlı bireylerin evde bakımı, yaşam kalitesini ve sağlık durumunu etkileyen önemli bir faktördür. Yetersiz ev bakımı, düşmeler, yaralanmalar ve diğerk acil durumların sıklığını artırabilir.⁸⁴

Mental Sağlık Sorunları: Yaşlılarda depresyon, anksiyete gibi mental sağlık sorunları da tekrarlayan acil servis başvurularının bir nedeni olabilir. Bu gibi durumlar, hastaların tedavilerine uyumlarını azaltabilir.⁴¹⁻⁴³

Hasta Eğitimi ve Farkındalığı: Yaşlı hastaların bazıları, sağlık durumlarını anlama ve başvurulması gereken durumları belirleme konusunda yetersiz olabilirler. Hasta eğitimi ve farkındalığının artırılması, tekrarlayan başvuruların önlenmesine yardımcı olabilir.⁸¹

2.2.9.2. Tekrarlayan Başvuruların Önlenmesi

Bireysel Sağlık Planları: Yaşlı hastalara, bireysel sağlık planları oluşturulabilir. Bu planlar, kronik hastalıkların yönetimi, ilaç kullanımı, diyet ve egzersiz gibi faktörleri içerir. Bireylerin bu planlara uyum sağlamaları teşvik edilerek tekrarlayan başvuruların önüne geçilebilir.

Evde Bakım Hizmetleri: Yaşlı hastalara, evde bakım hizmetleri sağlanarak yaşam kaliteleri artırılabilir. Uzman bakım personeli tarafından düzenli olarak takip edilmeleri, sağlık sorunlarının erken teşhisini ve tedaviyi kolaylaştırabilir.

İlaç Yönetimi ve Takip Sistemi: Yaşlı hastalar için ilaç yönetimi ve takip sistemleri kullanılabilir. İlaçların düzenli alınmasını hatırlatan sistemler ve ilaç etkileşimleri hakkında bilgi veren uzmanlar, ilaç uyumsuzluğunu azaltabilir.

Mental Sağlık Desteği: Yaşlılarda görülen mental sağlık sorunlarına yönelik destek hizmetleri sunulmalıdır. Psikolojik danışmanlık ve destek grupları, hastaların ruh sağlığını iyileştirerek tekrarlayan acil servis başvurularını azaltabilir.

Hasta Eğitimi: Yaşlı hastalara ve bakım verenlere sağlık konularında eğitim vermek önemlidir. Hasta eğitimi, hastaların sağlık durumlarını anlamalarına ve acil servise başvurulması gereken durumları belirlemelerine yardımcı olabilir.

Yaşlılarda tekrarlayan acil servis başvuruları, hem hastalar hem de sağlık sistemleri için önemli bir sorundur. Kronik hastalıklar, ilaç uyumsuzluğu, yetersiz ev bakımı, mental sağlık sorunları ve hasta eğitimine yönelik eksiklikler, bu durumun temel nedenlerindendir. Bireysel sağlık planları, evde bakım hizmetleri, ilaç yönetimi ve takip sistemleri, mental sağlık desteği ve hasta eğitimi gibi çözümler, tekrarlayan acil servis başvurularını azaltmaya yardımcı olabilir ve yaşlıların daha iyi yaşam kalitesine sahip olmalarını sağlayabilir. Sağlık kurumları, toplum ve aileler arasında işbirliği, yaşlıların daha sağlıklı ve güvenli bir yaşam sürmelerine katkı sağlayacaktır.

2.3. Yaşlı Hastaları Değerlendirmedeki Zorluklar

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte acil servislerde yaşlı hastaların sayısı da giderek artmaktadır. Yaşlı hastaların acil servis değerlendirmesi, genç hastalara kıyasla farklı ve özel zorluklar sunmaktadır. Bu zorluklar, hastaların karmaşık sağlık durumlarından ve yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerden kaynaklanabilir. Bu makalede, acil serviste yaşlı hastaların değerlendirilmesinde karşılaşılan başlıca zorluklar ve bu zorluklarla başa çıkmak için alınabilecek önlemler ele alınacaktır.

2.3.1. Zorluğun Nedenleri

Yaşlı hastaları acil serviste değerlendirmenin zorlukları şu şekilde sıralanabilir;

Atipik Semptomlar: Yaşlı hastalarda, birçok sağlık sorunu atipik semptomlarla kendini gösterebilir. Örneğin, kalp krizi belirtileri göğüs ağrısı yerine nefes darlığı veya halsizlik şeklinde olabilir. Bu nedenle, acil servis personeli, yaşlı hastalarda farklı semptomları doğru bir şekilde tanımlayabilmek için özellikle dikkatli olmalıdır.

Çoklu ve Kronik Sağlık Sorunları: Yaşlı hastalar, genellikle birden fazla kronik sağlık sorunuyla başvurabilirler. Bu durum, acil servis değerlendirmesini karmaşık hale getirebilir ve doğru tanının konmasını zorlaştırabilir.

Düşme ve Yaralanmalar: Yaşlı hastalar, düşme ve yaralanmalara daha yatkındır. Bu durum, özellikle kırık gibi akut yaralanmaların yanı sıra iç kanamaların tespitini zorlaştırabilir.

Bilişsel ve İletişim Zorlukları: Yaşlılıkla birlikte bilişsel gerileme ve iletişim zorlukları ortaya çıkabilir. Yaşlı hastalar, semptomlarını doğru bir şekilde ifade etmekte ve sağlık geçmişleri hakkında detaylı bilgi vermede güçlük çekebilirler.

Polifarmasi: Yaşlı hastalar, genellikle birden fazla ilacı düzenli olarak kullanırlar. Bu da ilaç etkileşimleri ve yan etkilerin dikkate alınmasını gerektirir.

2.3.2. Zorluklarla Başa Çıkma Yolları

Eğitim ve Farkındalık: Acil servis personeli, yaşlı hastalarda sık görülen sağlık sorunları ve atipik semptomlar konusunda eğitilmelidir. Bu sayede, doğru tanı konulması için hastaların semptomlarını daha iyi anlayabilirler.⁸⁹

Multidisipliner Yaklaşım: Yaşlı hastalarda çoklu sağlık sorunlarının bulunması, uzmanların işbirliğini gerektirir. Acil servis personeli, gerekli durumlarda diğer uzmanlara danışmalı ve multidisipliner bir yaklaşım benimsemelidir.⁸⁹

Bilişsel Değerlendirme: Yaşlı hastalarda bilişsel değerlendirme yapmak, iletişim zorluklarına yardımcı olabilir. Yardımcı olmak için hasta bakımı veren kişilere de dikkat edilmeli ve onlarla da etkili iletişim kurulmalıdır.⁸⁹

Düşme Riski Değerlendirmesi: Yaşlı hastaların düşme riski değerlendirilmeli ve düşmeleri önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.⁸⁹

İlaç Uyumunu İyileştirmek: Polifarmasi riskini azaltmak için, yaşlı hastaların ilaç kullanımını düzenlenmeli ve düzenli bir ilaç takip sistemi oluşturulmalıdır.⁸⁹

Acil serviste yaşlı hastaların değerlendirmesi, genç hastalara göre daha fazla zorluk içerebilir. Atipik semptomlar, çoklu ve kronik sağlık sorunları, düşme ve yaralanmalar, bilişsel ve iletişim zorlukları ile polifarmasi gibi faktörler, doğru ve etkili bir değerlendirme sürecini engelleyebilir. Ancak, acil servis personeli için eğitim, farkındalık, uzman işbirliği, bilişsel değerlendirme ve ilaç uyumunu iyileştirme gibi önlemler alınarak, yaşlı hastaların daha iyi ve daha güvenli bir şekilde değerlendirilmesi

sağlanabilir. Bu, yaşlı hastaların acil tıbbi ihtiyaçlarına daha etkili bir şekilde cevap verilmesine ve onların yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olacaktır.

2.3.3. Yaşlılarda Triyaj

Acil serviste zaman eksikliği ve önemli iş yükü göz önüne alındığında, 65 yaşın üzerindeki her hastayı kapsamlı bir geriatrik değerlendirme için düşünmek gerçekçi değildir. Ayrıca, acil servisteki yaşlı hastaların bu tür değerlendirmelere ilişkin ihtiyaçları değişiklik göstermektedir. Uygun tarama ve spesifik müdahale protokollerinin detaylandırılması, acil servis doktorlarının bir yandan acil serviste daha ayrıntılı bir değerlendirmeden yararlanmaya eğilimli hastaları hedeflemesine ve diğer yandan bu tür hastaları doğru servise veya toplum hizmeti sağlayıcısına daha iyi yönlendirmesine yardımcı olabilir.

Acil serviste yüksek riskli yaşlı hastaları taramak için birkaç ölçek kullanılmıştır. En çok çalışılan Risk Altındaki Yaşlıların Belirlenmesi aracı, hastaya veya birincil bakıcıya verilebilecek basit evet/hayır sorularını içeren 6 maddelik bir kişisel bildirim tarama aracıdır (Tablo 5).⁹⁰ Hastanede yatan ve toplum temelli yaşlı popülasyonlar için geliştirilmiş diğer tarama araçlarının yanı sıra acil servis için geliştirilmiştir.⁹¹ Yaşlı hastalarda olumsuz sağlık sonuçları için iyi bilinen risk faktörleri sorular arasında yer almaktadır (günlük yaşam aktiviteleri, görme ve bilişsel bozulma , hastaneye yatış öyküsü ve polifarmasi).⁹⁰ Risk Altındaki Yaşlıların Belirlenmesi aracının, değerlendirmede bozulmuş işlevsel durum ve depresyonu tespit etmede mükemmel bir eş zamanlı geçerliliğe sahip olduğu bilinmektedir.^{90,92} Ayrıca indeksten sonra acil servise tekrar ziyaretleri ve hastaneye yatışı da tahmin eder. Dört aylık veya 6 aylık takipte, acil servis ziyareti, mortalite, huzurevine kabul, toplum hizmetlerinin kullanımı ve fonksiyonel durumda azalmayı gösterebilmektedir.⁹⁰⁻⁹² Sonuç olarak, hem acil klinik önemi hem de iyi tahmin geçerliliği vardır.⁹⁰

Tablo 5. Risk altındaki yaşlıların belirlenmesi aracı

1. Sizi acil servise getiren hastalık veya yaralanmadan önce, size düzenli olarak yardım edecek birine ihtiyacınız var mıydı? (Evet)
2. Sizi acil servise getiren hastalık veya yaralanmadan bu yana, kendinize bakmak için her zamankinden daha fazla yardıma ihtiyacınız oldu mu? (Evet)
3. Son 6 ay içinde (acil serviste yatış hariç) bir veya daha fazla gece hastanede yattınız mı? (Evet)
4. Genel olarak iyi görüyor musunuz? (HAYIR)
5. Genel olarak hafızanızla ilgili ciddi problemlerinizi var mı? (Evet)
6. Her gün 3'ten fazla farklı ilaç alıyor musunuz? (Evet)

Triyaj Risk Tarama Aracı, Runciman Anketi ve Rowland Anketi gibi diğer tarama araçları geliştirilmiştir ancak bunlar daha az çalışılmış ve daha az verimli görünmektedir.^{93,94} Yüksek riskli yaşlı hastalar acil serviste ruh hali, biliş ve fonksiyonel durum değerlendirmesinin yanı sıra yerinde bir geriatriste yönlendirme dahil olmak üzere daha kapsamlı bir geriatrik değerlendirmeden yararlanabilir. Bazı acil servisler, yüksek riskli yaşlı hastaları hedeflemek ve geriatrik sendromları tespit etmek, toplum hizmeti sağlayıcılarına sevkleri artırmak ve hastaneye yatışları ve acil servis tekrar ziyaretlerini önlemek için kapsamlı bir geriatrik değerlendirme sağlamak için protokoller geliştirmiştir. Aslında geniş çapta kabul gören bir protokol mevcut değildir; bazıları 2 aşamalı bir değerlendirme modeli kullanır (“yüksek riskli” hastaların taranması ve ardından değerlendirilmesi)^{95,96} ve diğerleri, hastane bazlı multidisipliner bir ekip tarafından⁹⁷ veya onsuz⁹⁸ takip ile tek adımlı bir model kullanır. Bu tür algoritmalar, acil servisten taburcu olduktan sonra hastaneye yatışlarda,⁹⁷ acil servise tekrar ziyaretlerde⁹⁸ ve fonksiyonel düşüşte⁹⁵⁻⁹⁷ azalma ve evde bakım hizmetleri sevklerinde artış ile umut verici sonuçlar vermektedir.⁹⁶ Risk Altındaki Yaşlıların Belirlenmesi aracı acil servis bağlamında gerçekçidir ve doktorların yaşlı hastalara yüksek kaliteli bakım sağlamasına yardımcı olabilir.

2.3.4. Yaşlı Hastalarda Fizik Muayene

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte acil servise başvuran yaşlı hastaların sayısı da giderek artmaktadır. Yaşlı hastaların fiziksel durumlarının doğru ve etkili bir şekilde değerlendirilmesi, doğru tanı ve tedavinin konulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, yaşlı hastalarda fizik muayene, genç hastalara kıyasla bazı farklılıklar ve zorluklar içerebilir.³⁰

Acil serviste yaşlı hastaların fizik muayenesi, hastanın genel sağlık durumu, muhtemel acil durumlar, enfeksiyonlar, yaralanmalar ve diğer sağlık sorunlarının değerlendirilmesi açısından kritik bir adımdır.³⁰ Fizik muayene, hastanın şikayetlerinin ve semptomlarının anlaşılmasına, hastalığın teşhisine ve tedavi planının oluşturulmasına rehberlik eder. Ayrıca, yaşlı hastalarda genellikle birden fazla sağlık sorunu olabileceğinden, fizik muayene, altta yatan hastalıkların tespit edilmesinde ve tedaviye yönelik planların düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Yaşlı hastalarda fizik muayenede dikkat edilmesi gereken noktalar şu şekildedir;⁹⁹

Hastanın Konforu: Yaşlı hastalar, fizik muayene sırasında rahat ve güvende hissetmelidir. Hasta odasının sıcaklığı, aydınlatması ve gürültü düzeyi hastanın konforunu etkileyebilir. Hasta ile iletişim kurarken, anlayışlı ve sabırlı olunmalıdır.

Atipik Semptomlar: Yaşlı hastalarda bazı hastalıkların semptomları, genç hastalarda görülenlerden farklı olabilir. Bu nedenle, yaşlı hastalarda daha az yaygın olan semptomları da göz önünde bulundurmak önemlidir.

Dikkatli Bir Hikaye Alma: Detaylı bir anamnez almak, hastanın sağlık geçmişi ve mevcut semptomları hakkında önemli bilgiler sağlayacaktır. Yaşlı hastalarda bilişsel zorluklar veya iletişim engelleri olabileceğinden, hasta ve varsa refakatçisiyle doğru bir iletişim kurmak önemlidir.

Vital Bulguların Dikkatli İzlenmesi: Yaşlı hastaların vital bulguları (nabız, solunum hızı, tansiyon, vücut sıcaklığı) düzenli olarak izlenmelidir. Yaşlılarda, normal değerler yaşa bağlı olarak değişebilir, bu nedenle yaşa uygun referans aralıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Deri Muayenesi: Yaşlılarda cilt, yaşa bağlı olarak incelme ve kuruma eğilimli olabilir. Cilt muayenesi sırasında cilt lezyonları, döküntüler veya bası yaraları gibi önemli noktalara dikkat edilmelidir.

Kas İskelet Sistemi Muayenesi: Yaşlı hastalarda osteoporoz ve kas zayıflığı gibi sorunlar daha sık görülebilir. Hasta hareket kabiliyeti değerlendirilmeli ve potansiyel kırık veya yaralanma belirtileri araştırılmalıdır.

Nörolojik Muayene: Yaşlılarda bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi ve nörolojik muayene yapılması önemlidir. Mental durum değerlendirmesi, refleks testleri ve duyu muayenesi gibi nörolojik testlerle hastanın nörolojik durumu değerlendirilmelidir.

Gözlem ve Tetkikler: Hastanın acil servise başvurmasının nedenini tespit etmek için laboratuvar tetkikleri, radyolojik incelemeler ve gerekirse ileri görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır.⁹⁹

Acil serviste yaşlı hastaların fizik muayenesi, doğru tanı ve tedavi için temel bir adımdır. Yaşlı hastalarda atipik semptomlar, çoklu sağlık sorunları ve iletişim zorlukları gibi faktörler, fizik muayeneyi daha karmaşık hale getirebilir. Ancak, hasta konforu, dikkatli bir hikaye alma, vital bulguların dikkatli izlenmesi, deri ve kas iskelet sistemi muayenesi, nörolojik muayene ve gerekirse ek tetkikler gibi dikkat edilmesi gereken

noktalarla, yaşı hastaların fizik muayenesi etkili bir şekilde yapılabilir. Bu, doğru tanıların konulmasına ve yaşı hastaların acil tıbbi ihtiyaçlarına daha iyi ve hızlı bir şekilde cevap verilmesine yardımcı olacaktır.

2.3.5. Yaşı Hastalarda Taburculuk

Acil serviste yaşı hastaların taburculuk süreci, hastanın tedavi ve değerlendirme sürecinin son aşamasını oluşturur. Yaşı hastalar, genellikle birden fazla sağlık sorununa sahip olabilirler ve taburculuk aşamasında dikkatli bir planlama ve koordinasyon gerektirebilirler.⁸¹

Acil serviste yaşı hastaların taburculuk süreci, hastanın tedavi ve bakım sürecinin son aşamasını oluşturur. Doğru ve etkili bir taburculuk süreci, hastanın iyileşme sürecini hızlandırabilir ve tekrarlayan acil servis başvurularını azaltabilir. Ayrıca, yaşı hastaların taburculuk aşamasında, hastanın güvenli bir şekilde ev ortamına dōnmesi, ilaç kullanımının düzenlenmesi ve gerekli olan takip randevularının ayarlanması gibi önemli adımlar atılmalıdır.⁸¹

Taburculuk Kriterlerinin Değerlendirilmesi: Yaşı hastaların taburculuk kriterleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastanın durumu, semptomların düzelmesi, vital bulguların istikrar kazanması ve tedaviye uyum gibi kriterler göz önünde bulundurulmalıdır.¹⁰⁰

Egzersiz ve Rehabilitasyon Planı: Yaşı hastaların bir kısmı taburcu olduktan sonra rehabilitasyon ve egzersiz programlarına ihtiyaç duyabilirler. Hasta, taburculuk öncesinde bu tür planlarla ilgili bilgilendirilmeli ve gerekirse uygun sağlık profesyonellerine yönlendirilmelidir.

İlaç Yönetimi ve Takip: Yaşı hastalar genellikle birden fazla ilacı düzenli olarak kullanırlar. Taburculuk aşamasında, ilaç yönetimi düzenlenmeli, ilaçların nasıl alınacağı, muhtemel yan etkiler ve ilaç etkileşimleri hakkında hasta ve/veya refakatçisi bilgilendirilmelidir.¹⁰⁰

Düşme ve Yaralanma Riski: Yaşı hastalar taburculuk sonrasında düşme ve yaralanma riskine maruz kalabilirler. Bu nedenle, taburculuk aşamasında düşme riskini azaltmaya yönelik önlemler alınmalı ve hastaya bu konuda gerekli bilgiler verilmelidir.¹⁰⁰

Hasta ve Refakatçi Eğitimi: Taburculuk öncesinde hasta ve/veya refakatçisi, taburculuk sonrası ev bakımı ve takip konusunda eğitilmelidir. Hasta ve refakatçisi, hastanın durumunu izlemek, semptomlarını tanımak ve gerekirse acil durumlar için ne yapacaklarını bilmelidirler.¹⁰⁰

Takip Randevularının Ayarlanması: Taburculuk aşamasında, hastanın takip randevuları düzenlenmeli ve gerekirse ilgili uzmanlara yönlendirilmelidir. Bu, hastanın sağlık durumunun izlenmesini ve gerekirse tedavi planının revize edilmesini sağlar.¹⁰⁰

Acil serviste yaşlı hastaların taburculuk süreci, hastanın tedavi ve bakım sürecinin kritik bir aşamasıdır. Doğru ve etkili bir taburculuk süreci, hastanın sağlık durumunun iyileşmesine ve tekrarlayan acil servis başvurularının azalmasına yardımcı olur. Yaşlı hastalarda taburculuk sürecinde, taburculuk kriterlerinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, egzersiz ve rehabilitasyon planı oluşturulması, ilaç yönetimi ve takip düzenlenmesi, düşme ve yaralanma riskinin azaltılması ve hasta ve refakatçi eğitimi gibi hususlara özen gösterilmelidir. Hasta ve refakatçisi, taburculuk sonrası ev bakımı ve takip konusunda bilgilendirilmeli ve gerekli olan takip randevuları düzenlenmelidir. Bu, hastanın güvenli bir şekilde taburcu olmasını sağlayacak ve sağlıklı bir yaşam tarzına dönüşünü destekleyecektir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Çalışmamız retrospektif ve kesitsel olarak planlandı. Çalışmamızda Kasım 2019 - Aralık 2022 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Servise başvuran geriatrik hastaların verileri derlendi. Bu tarihler arasında acil servise başvuran 65 yaş üstü toplam 1793 hastanın verisine ulaşıldı.

3.2. Veriler

Hastaların demografik özelliklerin (yaş-cinsiyet), triyaj kategorileri, geliş tipleri, başvuru tarihleri, hastaneye başvuru şikayetleri, ICD-10 tanı kodları, tedavi sonrası sonuçları (yatış-taburculuk-yattığı bölüm), tedavi sürecinde hastaneye ortalama maliyetleri; acil servis kartları, yatış dosyaları ve hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden tarandı.

3.3. İstatistiksel Analiz

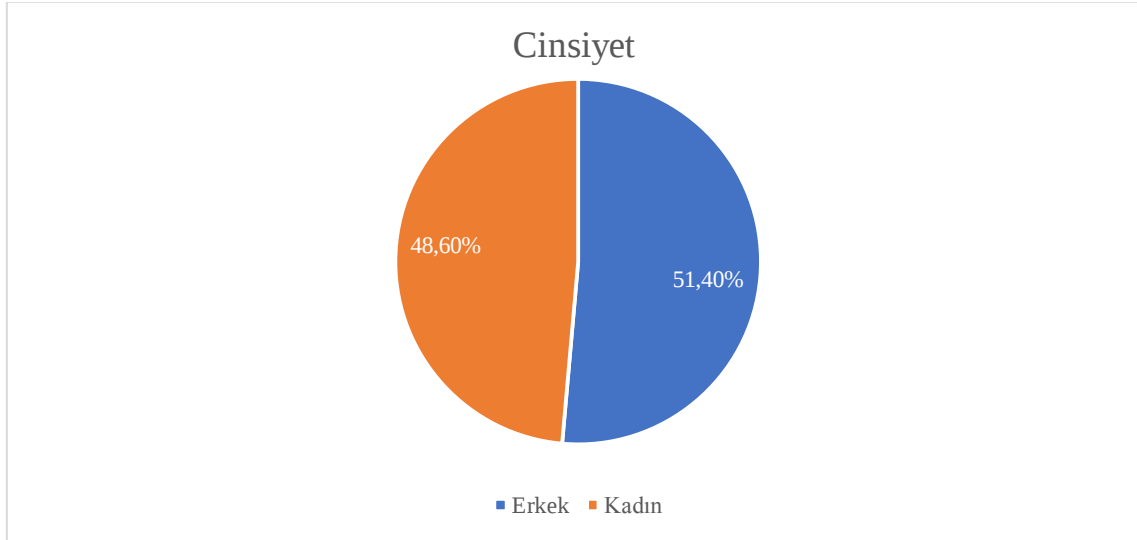
Çalışmamızda yer alan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenlerde frekans ve yüzde; sürekli değişkenlerde ise ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve ortanca olarak rapor edildi. Normallik varsayımları Shapiro-Wilk testi sonuçlarına göre incelendi. Normal dağılım göstermeyen gruplar arası karşılaştırmada Mann-Whitney U testinden yararlanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki kare testi kullanıldı. Ki kare testinde düzeltmeler Fisher exact ve Monte Carlo yöntemleri kullanılarak yapıldı. Bu değişkenlerin gösteriminde ortanca standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri gösterildi. Çalışmamızda yer alan tüm testlerde anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ şartı arandı.

4. BULGULAR

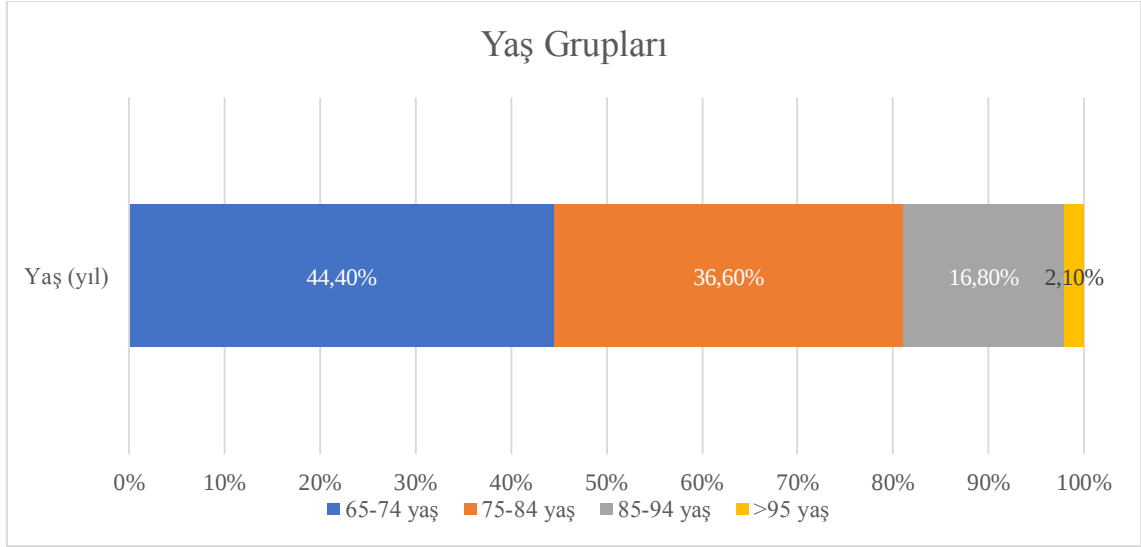
Çalışmamızda toplam 1793 hastanın verileri değerlendirildi. Erkek cinsiyet oranı %51,4 iken kadın cinsiyet oranı %48,6 idi (Şekil 2). Ortalama yaş $76,9 \pm 8,2$ yıl idi. Hastaların %44,4'ü 65-74 yaş aralığında, %36,6'sı 75-84 yaş aralığında, %16,8'i 85-94 yaş aralığında ve %2,1'i 95 yaşının üstünde tespit edildi (Şekil 3). Hastaların demografik verilerinin dağılımı Tablo 6'da sunuldu.

Tablo 6. Hastaların demografik verilerinin dağılımı

Parametreler	Tüm Hastalar (n=1793)
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	922 (51,4)
Kadın	871 (48,6)
Yaş (yıl)	
Ortalama±Standart sapma	76,9±8,2
Ortanca	76
Minimum maksimum	65-112
Yaş grupları, n (%)	
65-74 yaş	796 (44,4)
75-84 yaş	657 (36,6)
85-94 yaş	302 (16,8)
>95 yaş	38 (2,1)



Şekil 2. Hastaların cinsiyet dağılımı



Şekil 3. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

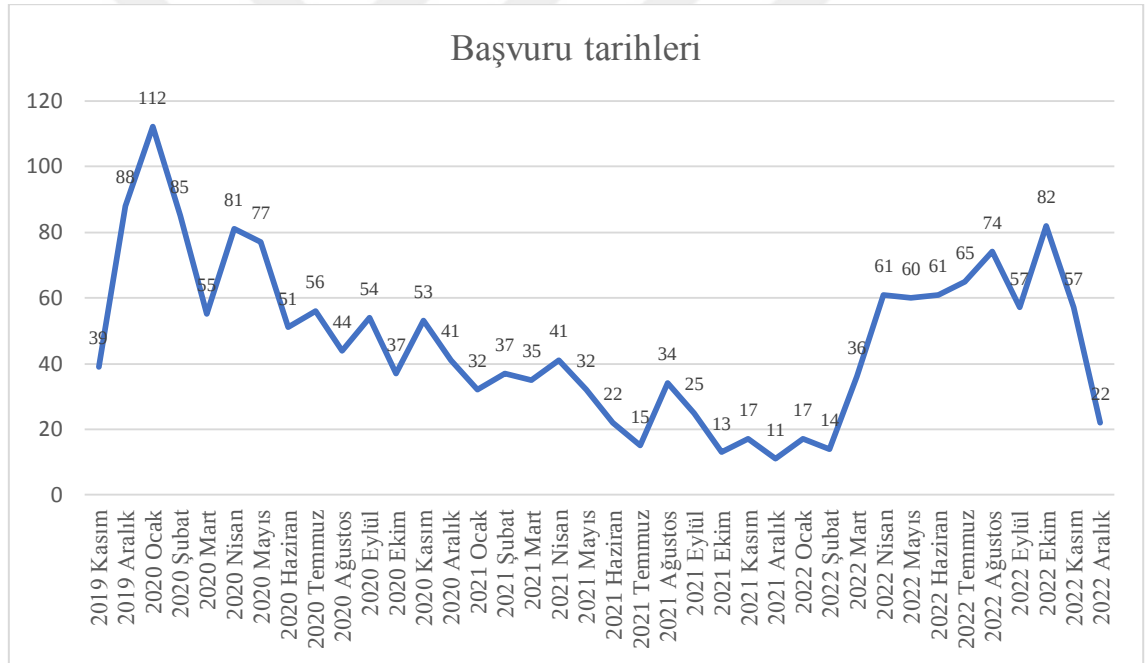
Hastaların %7,1'i 2019 yılında, %41,6'sı 2020 yılında, %17,5'i 2021 yılında ve %33,8'i ise 2022 yılında acil servise başvurmuşlardır (Şekil 4 ve Şekil 5). Yeşil alan olan hastaların oranı %95,6, sarı alan olan hastaların oranı %3,7 ve kırmızı alan olan hastaların oranı %0,7 olarak saptandı (Şekil 7). Hastaların %95'i acil olarak başvurdu %3,6'sı adli vaka ve %1,3'ü trafik kazası idi. Hastaların %1'i acil servis başvurusu sırasında hayatını kaybetti, %26,'i servislere yatırıldı, %15,6'sı yoğun bakımlara yatırıldı ve %57,3'ü şifa ile taburcu edildi. Hastaların hastaneye ortalama maliyeti ise 4102,9±12697,4 TL olarak saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların acil servise başvuru tarih verileri

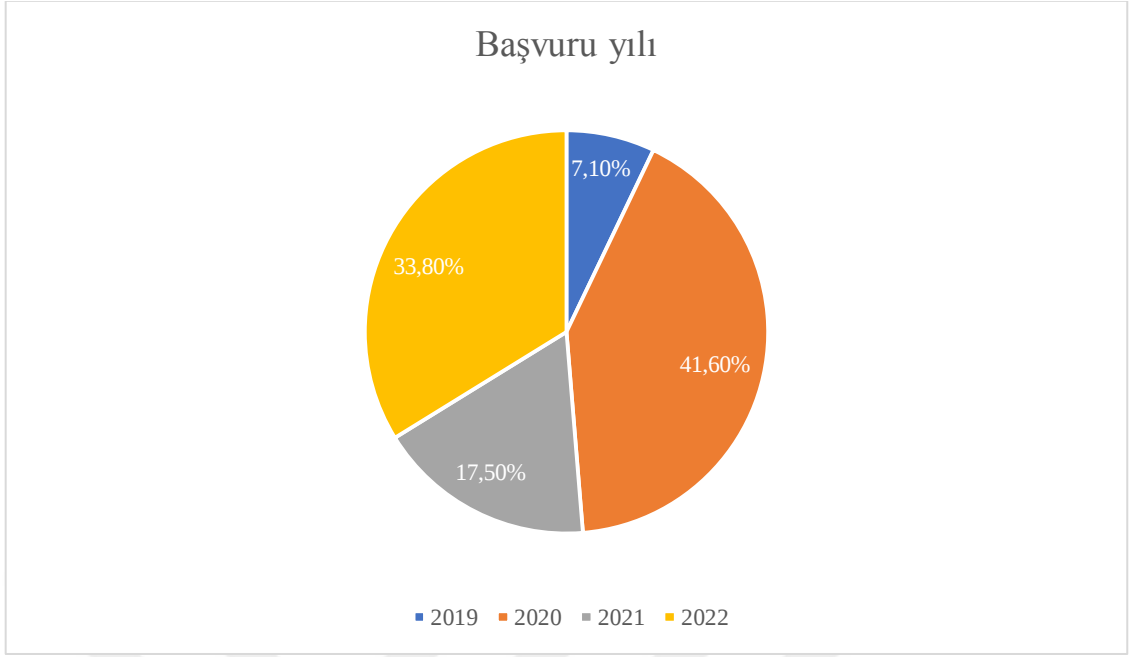
Parametreler	Tüm Hastalar (n=1793)
Başvuru yılı, n (%)	
2019	127 (7,1)
2020	746 (41,6)
2021	314 (17,5)
2022	606 (33,8)
Başvuru ayı, n (%)	
Ocak	161 (9)
Şubat	136 (7,6)
Mart	126 (7)
Nisan	183 (10,2)
Mayıs	169 (9,4)
Haziran	134 (7,5)
Temmuz	136 (7,6)
Ağustos	152 (8,5)
Eylül	136 (7,6)
Ekim	132 (7,4)
Kasım	166 (9,3)
Aralık	162 (9)

Tablo 7'nin devamı

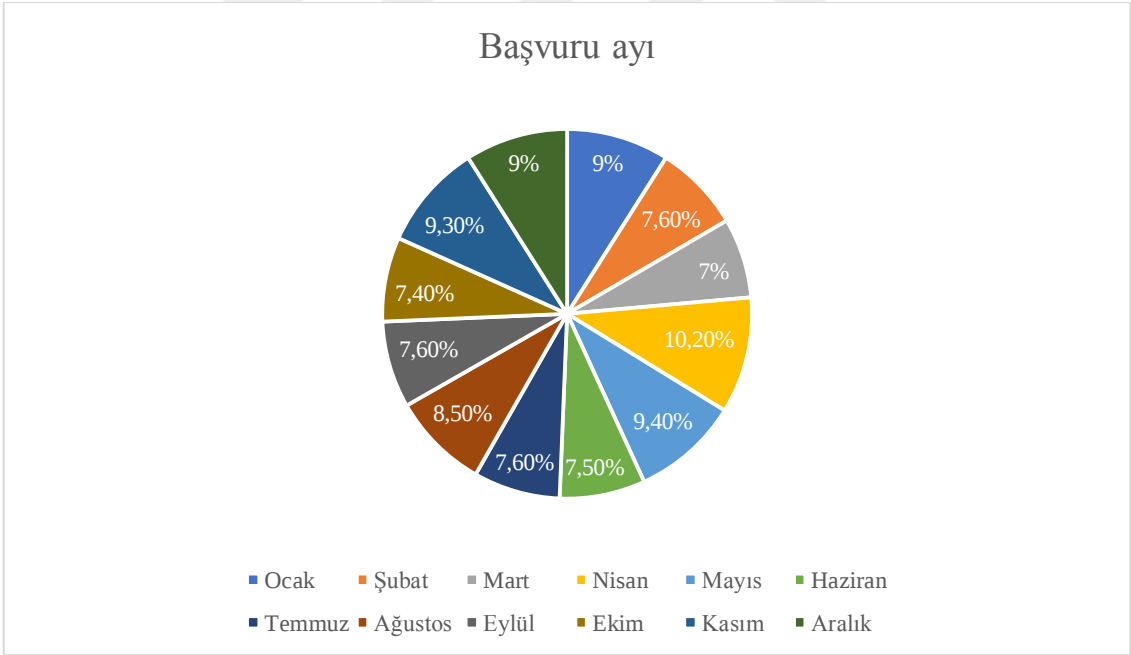
Triyaj Kategorisi, n (%)	
Yeşil alan	1714 (95,6)
Sarı alan	66 (3,7)
Kırmızı alan	13 (0,7)
Geliş Tipi, n (%)	
Acil	1703 (95)
Adli Vaka	65 (3,6)
İstisnai Hal	1 (0,1)
İş Kazası	1 (0,1)
Trafik Kazası	23 (1,3)
Sonuç, n (%)	
Exitus	18 (1)
Servis	468 (26,1)
Yoğun bakım	280 (15,6)
Taburcu	1027 (57,3)
Maliyet (TL)	
Ortalama±Standart sapma	4102,9±12697,4
Ortanca	780
Minimum maksimum	20-337999



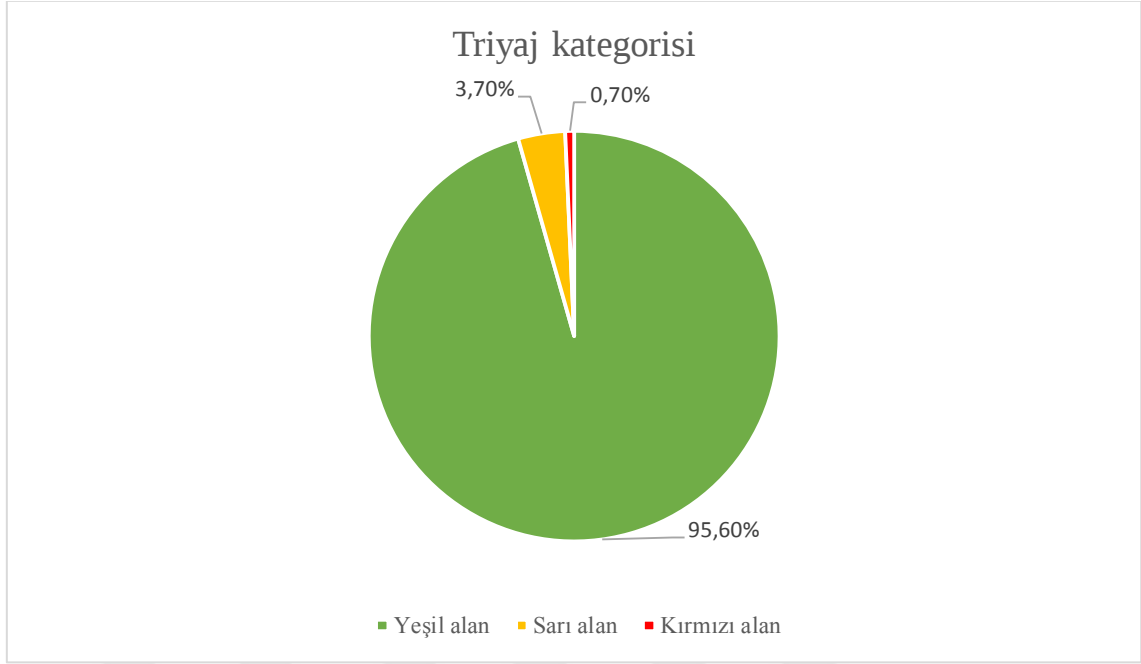
Şekil 4. Hastaların başvuru tarihleri



Şekil 5. Hastaların başvuru yıllarına göre dağılımı



Şekil 6. Hastaların başvuru aylarına göre dağılımı



Şekil 7. Hastaların triyaj kategorilerinin dağılımı

Hastalar 65 yaş ile 84 yaş arası ve 85 yaş üstü olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırıldığında 85 yaş ve üstündeki hastaların kadın cinsiyet oranı 65-84 yaş arasındaki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$). Triyaj kategorisi, geliş tipi ve sonuç açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ortanca maliyet 65-84 yaş arasındaki grupta 749,1 TL iken 85 ve üstü grupta 994,8 TL idi. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,002$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların yaş gruplarına göre acil servis başvuru verilerinin karşılaştırılması

Parametreler	65-84 yaş (n=1453)	≥85 yaş (n=340)	p
Cinsiyet, n (%)			
Erkek	802 (55,2)	120 (35,3)	0,001
Kadın	651 (44,8)	220 (64,7)	
Triyaj Kategorisi, n (%)			
Yeşil alan	1382 (95,1)	332 (97,6)	0,128
Sarı alan	59 (4,1)	7 (2,1)	
Kırmızı alan	12 (0,8)	1 (0,3)	
Geliş Tipi, n (%)			
Acil	1371 (94,4)	332 (97,6)	0,158
Adli Vaka	58 (4)	7 (2,1)	
İstisnai Hal	1 (0,1)	0 (0)	
İş Kazası	1 (0,1)	0 (0)	
Trafik Kazası	22 (1,5)	1 (0,3)	

Tablo 8'in devamı

Sonuç, n (%)			
Exitus	16 (1,1)	2 (0,6)	0,450
Servis yatış	380 (26,2)	88 (25,9)	
Yoğun bakım Yatış	218 (15)	62 (18,2)	
Taburcu	839 (57,7)	188 (55,3)	
Maliyet (TL)			
Ortalama±Standart sapma	4207,6±13770,7	3656±6313,5	0,002
Ortanca	749,1	994,8	
Minimum maksimum	19,6-337998,9	21,5-51234,7	

Hastaların %58,3'üne yatış yapılmadı. En sık yatış yapılan servisler sırasıyla acil servis (%9,5), COVID-19 servisi (%2,5) ve göğüs hastalıkları servisi (%1,9) idi. En sık yatış yapılan yoğun bakımlar ise sırasıyla koroner yoğun bakım (%6,6), nöroloji yoğun bakım (%3,3) ve dahiliye yoğun bakım (%3,1) olarak saptandı. Yatış yapılan hastaların tüm verileri Tablo 9'da gösterildi.

Tablo 9. Hastaların yatırıldıkları birimlere göre dağılımı

Yatış yapılan birim	Tüm Hastalar (n=1793) n (%)
Yatış yapılmadı	1046 (58,3)
Acil tıp servisi	171 (9,5)
Koroner yoğun bakım	118 (6,6)
Nöroloji yoğun bakım	59 (3,3)
Dahiliye yoğun bakım	56 (3,1)
COVID-19 yoğun bakım	49 (2,7)
COVID-19 servisi	45 (2,5)
Göğüs hastalıkları servisi	34 (1,9)
Reanimasyon	33 (1,8)
Kardiyoloji servisi	31 (1,7)
Genel cerrahi yoğun bakım	22 (1,2)
Ortopedi ve travmatoloji servisi	22 (1,2)
Beyin cerrahi yoğun bakım	19 (1,1)
Göğüs cerrahisi servisi	17 (0,9)
Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji servisi	15 (0,8)
Dahiliye gastroenteroloji servisi	10 (0,6)
Dahiliye nefroloji servisi	8 (0,4)
Genel cerrahi servisi	5 (0,3)
Üroloji servisi	5 (0,3)
Beyin cerrahi servisi	5 (0,3)
Dahiliye hematoloji servisi	4 (0,2)
Kadın hastalıkları ve doğum jinekoloji servisi	4 (0,2)
Kulak burun boğaz servisi	3 (0,2)
Tıbbi onkoloji servisi	3 (0,2)
Dermatoloji servisi	2 (0,1)
Göz hastalıkları servisi	2 (0,1)
Kalp damar cerrahi post-op bakım ünitesi	2 (0,1)
Nöroloji servisi	2 (0,1)
Göğüs cerrahisi yoğun bakım	1 (0,1)

Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı Tablo 10’da gösterildi. En sık gözlenen başvurular sırasıyla nefes darlığı (%32,7), bilinç değişikliği (%13) ve göğüs ağrısı (%8,5) idi.

Tablo 10. Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı

Şikayet	Tüm Hastalar (n=1793) n (%)
Nefes darlığı	588 (32,7)
Bilinç değişikliği	234 (13,0)
Göğüs ağrısı	152 (8,47)
Genel durum bozukluğu	66 (3,68)
Baş ağrısı	60 (3,34)
Düşme	58 (3,23)
Karın ağrısı	50 (2,78)
Kardiyovasküler arrest	46 (2,56)
Travma	41 (2,28)
Yüksek ateş	40 (2,23)
Konuşma bozukluğu	36 (2,00)
Bulantı/Kusma	34 (1,89)
Kanlı dışkılama	34 (1,89)
Oral alım bozukluğu	27 (1,50)
Halsizlik	26 (1,45)
İlaç intoksikasyonu	25 (1,39)
Epilepsi	24 (1,33)
Öksürük	24 (1,33)
Baş dönmesi	23 (1,28)
Çarpıntı	22 (1,22)
Ağızdan kan gelmesi	21 (1,17)
Güç kaybı	21 (1,17)
Yaygın ağrı	16 (0,89)
Yumuşak doku bozukluğu	11 (0,61)
Böcek ısırması	10 (0,55)
Karbonmonoksit intoksikasyonu	8 (0,44)
Tansiyon yüksekliği	8 (0,44)
İdrardan kan gelmesi	7 (0,39)
Tansiyon düşüklüğü	7 (0,39)
Yılan ısırması	7 (0,39)
Yüksekten düşme	7 (0,39)
Boğaz ağrısı	6 (0,33)
Bacak ağrısı	5 (0,27)
İshal	5 (0,27)
Kaşıntı	5 (0,27)
Anemi	4 (0,22)
Yabancı cisim aspirasyonu	4 (0,22)
Ateş yüksekliği	3 (0,16)
Bel ağrısı	3 (0,16)
Böbrek yetmezliği	3 (0,16)
İdrar yapamama	3 (0,16)
İdrarda yanma	3 (0,16)
Kanlı balgam	3 (0,16)
Sırt ağrısı	2 (0,11)
Ağızda kilitlenme	1 (0,05)
Boyun ağrısı	1 (0,05)

Tablo 10'un devamı

Burun kanaması	1 (0,05)
Göğüs ağrısı	1 (0,05)
Dilde uyuşma	1 (0,05)
Döküntü	1 (0,05)
Görmede azalma	1 (0,05)
Gözde kızarıklık	1 (0,05)
Sarılık	1 (0,05)
Vajinal kanama	1 (0,05)

Hastalara konulan tüm ICD-10 tanı kodları Tablo 11'de gösterildi. En sık konulan tanımlar W83 - nefes almayı tehdit eden diğer nedenler, tanımlanmış (%13,4), W84 - nefes almayı tehdit eden nedenler, tanımlanmamış (%7,5), R07.3 - göğüs ağrısı, diğer (%6,9), G93.9 - beyin bozuklukları, tanımlanmamış (%6,5) ve R51 - baş ağrısı (%5,1) olarak saptandı.

Tablo 11. Hastalara konulan ICD-10 tanı kodlarının dağılımı

ICD-10 tanı kodu	Tüm Hastalar (n=1793) n (%)
W83 - NEFES ALMAYI TEHDİT EDEN DİĞER NEDENLER, TANIMLANMIŞ	240 (13,4)
W84 - NEFES ALMAYI TEHDİT EDEN NEDENLER, TANIMLANMAMIŞ	134 (7,5)
R07.3 - GÖĞÜS AĞRISI, DİĞER	123 (6,9)
G93.9 - BEYİN BOZUKLUKLARI, TANIMLANMAMIŞ	116 (6,5)
R51 - BAŞ AĞRISI	92 (5,1)
J98.4 - AKCİĞERİN DİĞER HASTALIKLARI	57 (3,2)
J18.9 - PNÖMONİ, TANIMLANMAMIŞ	48 (2,7)
R10.4 - KARIN AĞRISI DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	45 (2,5)
R11 - BULANTI VE KUSMA	45 (2,5)
W19 - DÜŞME, TANIMLANMAMIŞ	45 (2,5)
I67.8 - SEREBROVASKÜLER HASTALIKLAR DİĞER, TANIMLANMIŞ	43 (2,4)
R50.9 - ATEŞ, TANIMLANMAMIŞ	39 (2,2)
R53 - KIRGINLIK VE YORGUNLUK	34 (1,9)
R55 - SENKOP VE BAYILMA	36 (2)
R07.4 - GÖĞÜS AĞRISI, TANIMLANMAMIŞ	33 (1,8)
R05 - ÖKSÜRÜK	32 (1,8)
R58 - KANAMA, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ	27 (1,5)
I46 - KARDİYAK ARREST	27 (1,5)
R06 - SOLUNUM ANORMALLİKLERİ	21 (1,2)
K92.2 - GASTROİNTESTİNAL HEMORAJİ, TANIMLANMAMIŞ	20 (1,1)
Z04.1 - TRAFİK KAZASI SONRASI MUAYENE VE GÖZLEM	20 (1,1)
R42 - BAŞ DÖNMESİ (VERTİGO)	19 (1,1)
X44 - İLAÇLAR, HAPLAR VE BİYOLOJİK MADDELERE MARUZ KALMA VE KAZAYLA ZEHİRLENME DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	19 (1,1)
R00.2 - ÇARPINTI	18 (1)
R56 - KONVÜLZİYONLAR, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ	18 (1)
R47 - KONUŞMA BOZUKLUKLARI, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ	16 (0,9)
G93 - BEYİN DİĞER BOZUKLUKLARI	13 (0,7)
I67.9 - SEREBROVASKÜLER HASTALIK, TANIMLANMAMIŞ	11 (0,6)
G40 - EPİLEPSİ	9 (0,5)

Tablo 12'in devamı

J93.9 - PNÖMOTORAKS, TANIMLANMAMIŞ	9 (0,5)
R00 - KALP ATIM ANORMALLİKLERİ	9 (0,5)
I10 - ESANSİYEL (PRİMER) HİPERTANSİYON	8 (0,4)
D64 - ANEMİ, DİĞER	8 (0,4)
E64.9 - BESLENME EKSİKLİĞİ SEKELLERİ, TANIMLANMAMIŞ	8 (0,4)
I46.9 - KARDİYAK ARREST, TANIMLANMAMIŞ	8 (0,4)
M25.5 - EKLEM AĞRISI	8 (0,4)
R06.0 - DİSPNE	8 (0,4)
M79.9 - YUMUŞAK DOKU BOZUKLUĞU, TANIMLANMAMIŞ	7 (0,4)
E55.9 - VİTAMİN D EKSİKLİĞİ, TANIMLANMAMIŞ	6 (0,3)
J96.9 - SOLUNUM YETMEZLİĞİ, TANIMLANMAMIŞ	6 (0,3)
Z93.0 - TRAKEOSTOMİ DURUMU	6 (0,3)
R04.2 - HEMOPTİZİ	6 (0,3)
R47.8 - KONUŞMA BOZUKLUKLARI DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	6 (0,3)
R50-R69 - GENEL SEMPTOM VE BELİRTİLER	5 (0,3)
U07.3 - COVID-19	6 (0,3)
R68 - GENEL SEMPTOM VE DİĞER BELİRTİLER	5 (0,3)
R68.8 - GENEL SEMPTOM VE BELİRTİLER DİĞER, TANIMLANMIŞ	5 (0,3)
E11.9 - İNSÜLİN BAĞIMLI OLMAYAN DİYABETES MELLİTÜS, KOMPLİKASYONLARI OLMAYAN	5 (0,3)
E16.2 - HİPOGLİSEMİ, TANIMLANMAMIŞ	5 (0,3)
E63 - BESLENME EKSİKLİKLERİ, DİĞER	4 (0,2)
M79.1 - MİYALJİ	4 (0,2)
E14 - DİYABETES MELLİTÜS, TANIMLANMAMIŞ	4 (0,2)
I63 - SEREBRAL ENFARKTÜS	4 (0,2)
I64 - İNME, HEMORAJİ VEYA ENFARKTÜS OLARAK TANIMLANMAMIŞ	4 (0,2)
K52.9 - GASTROENTERİT VE KOLİT, ENFEKTİF OLMAYAN, TANIMLANMAMIŞ	4 (0,2)
M54.5 - BEL AĞRISI	4 (0,2)
M79 - DİĞER YUMUŞAK DOKU BOZUKLUKLARI, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ	4 (0,2)
N39.0 - ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU, YERİ TANIMLANMAMIŞ	4 (0,2)
R03 - KAN BASINCININ ANORMAL OLMASI, TANISI OLMAYAN	4 (0,2)
R31 - HEMATÜRİ, TANIMLANMAMIŞ	4 (0,2)
R60.9 - ÖDEM, TANIMLANMAMIŞ	4 (0,2)
S29.9 - TORAKSIN TANIMLANMAMIŞ YARALANMASI	4 (0,2)
T58 - KARBONMONOKSİTİN TOKSİK ETKİSİ	4 (0,2)
W10 - MERDİVEN VE BASAMAKLARDAN DÜŞME	4 (0,2)
X22 - AKREPLERLE TEMAS	4 (0,2)
Y57 - İLAÇLAR VE TEDAVİ EDİCİ MADDELERİN SEBEP OLDUĞU YAN ETKİLER DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	4 (0,2)
X23 - EŞEK ARISI VE ARILARLA TEMAS	3 (0,2)
I95.9 - HİPOTANSİYON, TANIMLANMAMIŞ	3 (0,2)
J17 - PNÖMONİ, BAŞKA YERDE SINIFLANMIŞ HASTALIKLARDA	3 (0,2)
I48 - ATRİAL FİBRİLASYON VE FLUTTER	3 (0,2)
G20 - PARKİNSON HASTALIĞI (F02.3*)	3 (0,2)
G30 - ALZHEİMER HASTALIĞI (F00.-* , F00.0*)	3 (0,2)
K30 - DİSPEPSİ	3 (0,2)
K92.0 - HEMATEMEZ	3 (0,2)
L29 - PRURİTUS (KAŞINTI)	3 (0,2)
M79.16 - MİYALJİ, BACAK	3 (0,2)
N23 - RENAL KOLİK, TANIMLANMAMIŞ	3 (0,2)
R00.1 - BRADİKARDİ, TANIMLANMAMIŞ	3 (0,2)
R04.1 - BOĞAZDAN KAN GELMESİ	3 (0,2)

Tablo 12'in devamı

R07.0 - BOĞAZ AĞRISI	3 (0,2)
W57 - ZEHİRSİZ BÖCEK VE EKLEM BACAKLI TARAFINDAN ISIRILMA VE SOKULMA	3 (0,2)
Y30 - YÜKSEK BİR YERDEN DÜŞME, ATLAMA VEYA İTİLME GERÇEKLEŞME ŞEKLİ BELİRLENMEMİŞ	3 (0,2)
T63.0 - YILAN ZEHİRİNİN TOKSİK ETKİSİ	3 (0,2)
T63.2 - AKREP ZEHİRİNİN TOKSİK ETKİSİ	2 (0,1)
I51.9 - KALP HASTALIĞI, TANIMLANMAMIŞ	2 (0,1)
G44 - BAŞ AĞRISI, DİĞER SENDROMLARI	2 (0,1)
E64.8 - BESLENME EKSİKLİĞİ SEKELLERİ, DİĞER	2 (0,1)
I95 - HİPOTANSİYON	2 (0,1)
J03.9 - AKUT TONSİLLİT, TANIMLANMAMIŞ	2 (0,1)
J44 - KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI, DİĞER	2 (0,1)
J91 - PLEVRAL EFÜZYON, BAŞKA YERDE SINIFLANMIŞ DURUMLARDA	2 (0,1)
K29.1 - AKUT GASTRİT, DİĞER	2 (0,1)
N04 - NEFROTİK SENDROM	2 (0,1)
N18.9 - KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ, TANIMLANMAMIŞ	2 (0,1)
N30 - SİSTİT	2 (0,1)
R26.2 - YÜRÜMEDE ZORLUK, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ	2 (0,1)
T59.7 - KARBONDİOKSİTİN TOKSİK ETKİSİ	2 (0,1)
X20 - ZEHİRLİ YILAN VE KERTENKELELERLE TEMAS	2 (0,1)
X69 - KİMYASALLAR VE ZARARLI MADDELERE DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ MARUZ KALMA VE KENDİNE ZARAR VERME	2 (0,1)
Z01.3 - KAN BASINCI MUAYENESİ	2 (0,1)
A05.8 - GIDA ZEHİRLENMELERİ, DİĞER TANIMLANMIŞ	1 (0,1)
A86 - VİRAL ENSEFALİT, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
C20 - REKTUM MALİGN NEOPLAZMI	1 (0,1)
C61 - PROSTAT MALİGN NEOPLAZMI	1 (0,1)
C67.9 - MESANE MALİGN NEOPLAZMI, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
C73 - TİROİD BEZ MALİGN NEOPLAZMI (M8330/3 , M8331/3 , M8332/3 , M8340/3 , M8350/3 , M8511/3)	1 (0,1)
C92.0 - AKUT MYELOİD LÖSEMİ	1 (0,1)
D57.8 - ORAK HÜCRE BOZUKLUKLARI, DİĞER	1 (0,1)
E13 - DİYABETES MELLİTÜS, DİĞER TANIMLANMIŞ	1 (0,1)
E55 - VİTAMİN D EKSİKLİĞİ	1 (0,1)
E63.8 - BESLENME EKSİKLİKLERİ DİĞER, TANIMLANMIŞ	1 (0,1)
F00.0 - ERKEN BAŞLANGIÇLI ALZHEİMER HASTALIĞINDA BUNAMA (G30□)	1 (0,1)
F41 - ANKSİYETE BOZUKLUKLARI, DİĞER	1 (0,1)
F48 - NÖROTİK BOZUKLUKLAR, DİĞER	1 (0,1)
F50 - YEME BOZUKLUKLARI	1 (0,1)
F50.5 - KUSMA, DİĞER, PSİKOLOJİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİLİ	1 (0,1)
F50.9 - YEME BOZUKLUĞU, TANIMLANMAMIŞ TİP	1 (0,1)
F99 - MENTAL BOZUKLUK TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
G12.2 - MOTOR NÖRON HASTALIĞI	1 (0,1)
G40.8 - EPİLEPSİLER, DİĞER	1 (0,1)
G40.9 - EPİLEPSİ, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
G44.2 - GERİLİM BAŞ AĞRISI	1 (0,1)
G46 - SEREBROVASKÜLER HASTALIKLARDA BEYNİN VASKÜLER SENDROMLARI (I60-I67)	1 (0,1)
G70 - MİYASTENİA GRAVİS VE DİĞER MİYONÖRAL BOZUKLUKLAR	1 (0,1)
G70.0 - MİYASTENİA GRAVİS	1 (0,1)
H10 - KONJONKTİVİT	1 (0,1)
H53 - GÖRME BOZUKLUKLARI	1 (0,1)
H57.1 - GÖZ AĞRISI	1 (0,1)

Tablo 12'in devamı

I21.9 - AKUT MİYOKARDİYAL ENFARKTÜS, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
I25.1 - ATEROSKLEROTİK KALP HASTALIĞI	1 (0,1)
I26 - PULMONER EMBOLİZM	1 (0,1)
I45.5 - KALP BLOKLARI DİĞER, TANIMLANMIŞ	1 (0,1)
I47.1 - SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ	1 (0,1)
I49 - KARDİYAK ARİTMİLER, DİĞER	1 (0,1)
I52 - KALP DİĞER BOZUKLUKLARI, BAŞKA YERDE SINIFLANMIŞ HASTALIKLARDA	1 (0,1)
I67.1 - SEREBRAL ANEVRİZMA, RÜPTÜRE OLMAMIŞ	1 (0,1)
I69 - SEREBROVASKÜLER HASTALIK SEKELİ	1 (0,1)
J12 - VİRAL PNÖMONİ, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ	1 (0,1)
J18.8 - PNÖMONİ, DİĞER TANIMLANMAMIŞ ORGANİZMALAR	1 (0,1)
J38.3 - VOKAL KORD HASTALIKLARI, DİĞER	1 (0,1)
J45 - ASTİM	1 (0,1)
J61 - PNÖMOKONYOZ, ASBEST VE DİĞER MİNERAL LİFLERİNE BAĞLI	1 (0,1)
J93.8 - PNÖMOTORAKS, DİĞER	1 (0,1)
J95.0 - TRAKEOSTOMİNİN FONKSİYON BOZUKLUĞU	1 (0,1)
J98 - DİĞER SOLUNUM BOZUKLUKLARI	1 (0,1)
K29.6 - GASTRİTLER, DİĞER	1 (0,1)
K29.7 - GASTRİT, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
K52 - ENFEKTİF OLMAYAN DİĞER GASTROENTERİT VE KOLİT	1 (0,1)
K52.8 - GASTROENTERİT VE KOLİT DİĞER, TANIMLANMIŞ ENFEKTİF OLMAYAN	1 (0,1)
K59.0 - KABIZLIK	1 (0,1)
K63.2 - BARSAK FİSTÜLÜ	1 (0,1)
K83.9 - SAFRA YOLU HASTALIĞI, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
L20.9 - ATOPİK DERMATİT, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
L27.0 - YAYGIN DERİ DÖKÜNTÜSÜ, İLAÇ VE TIBBİ MADDELERE BAĞLI	1 (0,1)
L30 - DERMATİT, DİĞER	1 (0,1)
L51.2 - TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ [LYELL]	1 (0,1)
L89 - DEKUBİTUS ÜLSERİ	1 (0,1)
L98.2 - FEBRİL NÖTROFİLİK DERMATOZ [SWEET]	1 (0,1)
M25.52 - EKLEMDE AĞRI, KOL	1 (0,1)
M54 - DORSALJİ	1 (0,1)
M54.2 - BOYUN AĞRISI	1 (0,1)
M79.09 - ROMATİZMA, TANIMLANMAMIŞ, YER TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
M79.10 - MİYALJİ, BİRDEN FAZLA YER	1 (0,1)
M79.11 - MİYALJİ, OMUZ BÖLGESİ	1 (0,1)
N17 - AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ	1 (0,1)
N17.9 - AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
N18 - KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ	1 (0,1)
N20 - BÖBREK VE ÜRETER TAŞI	1 (0,1)
N39 - ÜRİNER SİSTEMİN DİĞER BOZUKLUKLARI	1 (0,1)
R00.0 - TAŞİKARDİ, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
R03.0 - KAN BASINCININ YÜKSEK OLMASI, HİPERTANSİYON TANISI OLMAYAN	1 (0,1)
R06.2 - HIRILTI (WHEEZİNG)	1 (0,1)
R10 - ABDOMİNAL VE PELVİK AĞRI	1 (0,1)
R10.1 - ÜST KARIN AĞRISI	1 (0,1)
R17 - SARILIK, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
R21 - KIZARIKLİK VE DİĞER TANIMLANMAMIŞ DERİ DÖKÜNTÜSÜ	1 (0,1)
R25.2 - KRAMP VE SPAZM	1 (0,1)
R26 - YÜRÜYÜŞ VE HAREKET ANORMALLİKLERİ	1 (0,1)
R56.8 - KONVÜLZİYONLAR DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
R82 - İDRARDA DİĞER ANORMAL BULGULAR	1 (0,1)

Tablo 12'in devamı

S05 - GÖZ VE ORBİTA YARALANMASI	1 (0,1)
S29 - TORAKSIN DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ YARALANMALARI	1 (0,1)
S66 - EL BİLEĞİ VE EL DÜZEYİNDE KAS VE TENDON YARALANMASI	1 (0,1)
S72.3 - FEMUR ŞAFT KIRIĞI	1 (0,1)
S73.1 - KALÇA BURKULMA VE GERİLMESİ	1 (0,1)
T18 - BESLENME YOLUNDA YABANCI CİSİM	1 (0,1)
T18.9 - BESLENME YOLUNDA YABANCI CİSİM, YER TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
T54 - KOROZİF AŞINDIRICI MADDELERİN TOKSİK ETKİSİ	1 (0,1)
T60.0 - ORGANOFOFAT VE KARBAMAT İNSEKTİSİTLERİN TOKSİK ETKİSİ	1 (0,1)
T78.2 - ANAFLAKTİK ŞOK, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
T78.4 - ALLERJİ, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
T81.3 - OPERASYON YARASINDA AÇILMA, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ	1 (0,1)
W06 - YATAKDAN DÜŞME	1 (0,1)
W14 - AĞAÇTAN DÜŞME	1 (0,1)
W18 - AYNI SEVİYEDEN DÜŞME, DİĞER	1 (0,1)
W22 - CİŞİMLERE ÇARPMA VEYA ONLARLA DİĞER ÇARPIŞMA	1 (0,1)
W23 - CİŞİMLER ARASINDA SIKIŞTIRILMA, YAKALANMA, EZİLME, BASILMA	1 (0,1)
W26 - BİÇAK, KILIÇ VEYA KAMAYLA TEMAS	1 (0,1)
W51 - BİR BAŞKA ŞAHIS TARAFINDAN DARP VEYA ÇARPMA	1 (0,1)
W75-W84 - NEFES ALMAYI TEHDİT EDEN DİĞER KAZALAR	1 (0,1)
Z03.8 - ŞÜPHELİ HASTALIKLAR VE DURUMLAR İÇİN DİĞER GÖZLEM	1 (0,1)
Z03.9 - ŞÜPHELİ HASTALIK VEYA DURUM İÇİN GÖZLEM, TANIMLANMAMIŞ	1 (0,1)
Z04.3 - KAZALAR SONRASI DİĞER MUAYENE VE GÖZLEM	1 (0,1)
Z13.2 - BESLENME BOZUKLUKLARI İÇİN ÖZEL TARAMA MUAYENESİ	1 (0,1)
Z43.1 - GASTROSTOMİ BAKIMI	1 (0,1)

5. TARTIŞMA

Geriatrik nüfusun artışı, yaşlanma süreci ile birlikte yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyacını da artırmıştır. Bu bağlamda, acil servisler, yaşlı hastaların sağlık sorunlarını değerlendirmek ve tedavi etmek için önemli bir rol oynamaktadır. Yaşlı popülasyonunun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için acil servislerin etkili bir şekilde tasarlanması ve yönetilmesi, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından hayati önem taşımaktadır. Geriatrik hastalar, sıklıkla karmaşık sağlık sorunlarına sahiptir ve bu hastaların acil servislere başvuruları, çeşitli demografik ve klinik özelliklerle ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, acil servislere başvuran geriatrik hastaların demografik ve klinik özelliklerini anlamak, bu hastaların daha iyi değerlendirilmesi, yönetilmesi ve tedavi edilmesi için önemli bir adımdır.

Geriatrik nüfus içinde cinsiyet farklılıkları, hastalık türleri ve hastalık riskleri açısından önemli farklılıklara yol açabilir. Bu farklılıklar hem sağlık hizmetlerinin yönetilmesi hem de klinik uygulamaların belirlenmesi açısından önemlidir. Ancak, acil servislere geriatrik hastaların cinsiyetleri üzerine odaklanan araştırmalar sınırlıdır ve bu alandaki verilere dayalı ayrıntılı bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Hedges ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada geriatrik yaş grubunda acil servise başvuranlarda kadın cinsiyet oranı %61 olarak saptanmıştır.¹⁰¹ Gülalp ve arkadaşlarının ülkemizde yaptıkları çalışmada acil servise başvuran hastalarda kadın cinsiyet oranı %56,3 olarak tespit edildi.¹⁰² Bizim çalışmamızda başvuran hastaların %51,4'ü erkek cinsiyette ve %48,6'sı ise kadın cinsiyette idi. Çalışmada 65-84 yaş arası ve 85 yaş üstü bireyler cinsiyet açısından karşılaştırıldığında 85 yaş üstü bireylerde kadın cinsiyet oranının %64,7 olduğu ve 65-84 yaş arasındaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. 85 yaş üstü bireylerde kadın başvuru oranının yüksek olması daha çok bu yaş grubundaki kadın oranının yüksek olmasına bağlandı. TÜİK tarafından son yayınlanan verilere göre 65 yaş üstü bireylerde kadın cinsiyet oranı %55,7 olarak tespit edilmiştir.¹⁰³ Ayrıca aynı verilere göre 75-90 yaş arasında kadın cinsiyet oranı %59,1 iken 90 yaş üstünde %73,2 idi.¹⁰⁴ Bu sonuçlar geriatrik yaş grupları arasında daha yüksek yaş grubunda kadın oranının artışı açıklayabilmektedir.

Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetlerinin ve acil servislerin yaşlı bireylerin benzersiz sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya uygun şekilde dönüşmesini

zorunlu hale getirmiştir. Bu bağlamda, 85 yaş ve üzeri bireyler, geriatric nüfusun en hızla büyüyen ve en kırılgan kesimini temsil etmektedirler. Bu yaş grubundaki hastalar, genellikle karmaşık sağlık sorunları ve fonksiyonel kısıtlılıklarla karşı karşıya kalmaktadır. Ancak, acil servislere başvuran 85 yaş üstü geriatric hastaların özel ihtiyaçları ve bu yaş grubunun acil sağlık hizmetlerine olan etkisi, araştırmalarda yeterince ele alınmamış bir alan olarak kalmaktadır. Foo ve arkadaşlarının çalışmasında acil servise başvuran geriatric hastaların %42,9'u 65-74 yaş arasında, %39,1'i 75-84 yaş arasında ve %18'i 85 yaş üstündeki hastalardan oluşmaktadır.¹⁰⁵ Gülalp ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada acil servise başvuran geriatric yaş grubundaki hastaların %48,9'u 65-74 yaş arasında, %40'ı 75-84 yaş arasında ve %11,1'i ise 85 yaş üstünde saptanmıştır.¹⁰² Yaptığımız çalışmada hastaların ortalama yaşı 76 yıl idi. Yaş gruplarına göre hasta dağılımı incelendiğinde; Hastaların %44,4'ü 65-74 yaş aralığında, %36,6'sı 75-84 yaş aralığında, %16,8'i 85-94 yaş aralığında ve %2,1'i 95 yaşının üstünde tespit edildi. Türkiye istatistik kurumunun verilerine göre 65 yaş üstündeki bireylerin yaklaşık %64,7'si 65-74 yaş arasında, %27,3'ü 75-84 yaş arasında ve %8'i ise 85 yaşın üstündedir.¹⁰³ Oran olarak %8 olan 85 yaş üstü hastalar tüm başvuruların %18,9'una sahiptir. Türkiye istatistik kurumu ile bizim elde ettiğimiz veriler karşılaştırıldığında 85 yaş üstü bireylerin acil servise daha sık başvurduğu sonucu çıkmaktadır. Literatür verilerine bakıldığında Avrupa çalışmalarında 85 yaş üstü başvuru oranları bizim çalışmamıza göre daha yüksek görünmektedir. Bu durumun asıl sebebinin ülkelere göre nüfus piramitlerinde gözlenen farklılıklar¹⁰⁶ olduğu düşünülmektedir.

Yaşlı hastaların acil servise başvuruları, genellikle çok sayıda ve karmaşık sağlık sorunlarını içeren çeşitli başvuru şikayetleriyle gerçekleşmektedir. Bu başvuru şikayetleri, hastaların tanı ve tedavi süreçleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir ve sağlık hizmetlerinin bu özel popülasyonun ihtiyaçlarına uygun şekilde düzenlenmesini gerektirmektedir. Foo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada toplam 2847 geriatric hastanın acil servis başvurusu değerlendirilmiş olup en sık görülen şikayetler sırasıyla düşme, nefes darlığı, yüksek ateş, öksürük, baş dönmesi, karın ağrısı, göğüs ağrısı, ayaklarda şişme, bulantı/kusma ve genel durum bozukluğu olarak saptanmıştır.¹⁰⁵ Schrijver ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise geriatric hastaların acil servise başvuru şikayetleri incelendiğinde en sık başvuru şikayetlerinin sırasıyla düşme, nefes

darlığı, nörolojik şikayetler, halsizlik, karın ağrısı ve şuur bulanıklığı olduğu tespit edilmiştir.¹⁰⁷ Vanpee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada geriatrik hastalarda en sık gözlenen başvuru şikayetleri sırasıyla genel durum bozukluğu, nefes darlığı, düşme, abdominal problemler ve göğüs ağrısı olarak tespit edilmiştir.⁴⁷ Gülalp ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada en sık gözlenen başvuru şikayetleri sırasıyla düşme, göğüs ağrısı, nefes darlığı, ekstremitte ağrısı, karın ağrısı ve yüksek ateş olarak tespit edilmiştir.¹⁰² Yaptığımız çalışmada en sık gözlenen başvurular sırasıyla nefes darlığı (%32,7), bilinç değişikliği (%13) ve göğüs ağrısı (%8,5) idi. Yüzde birin üstünde görülen diğer şikayetler ise görülme sıklığına göre sırasıyla genel durum bozukluğu, baş ağrısı, düşme, karın ağrısı, kardiyovasküler arrest, travma, yüksek ateş, konuşma bozukluğu, bulantı/kusma, kanlı dışkılama, oral alım bozukluğu, halsizlik, ilaç intoksikasyonu, epilepsi, öksürük, baş dönmesi, çarpıntı, ağızdan kan gelmesi ve güç kaybı idi. Literatür verilerine göre başvuru şikayetlerinin sıralaması değişse de geriatrik hastalar genel olarak benzer şikayetler ile acil servislere başvurumaktadırlar.

Acil servise başvuran geriatrik hastaların başvuru tarihleri ve zamanları, bu hasta grubunun değerlendirilmesi, yönetilmesi ve acil sağlık hizmetlerinin planlanması açısından göz ardı edilmemesi gereken kritik bir faktördür. Başvuru tarihi ve zamanı, hastaların sağlık sorunlarının şiddeti, süresi ve tedaviye yanıtı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabilir ve bu faktörler hastaların sonuçlarını etkileyebilir. Literatürde geriatrik hastalarda acil servise başvuru tarihleri ile ilgili bir çalışmaya rastlanmadığından herhangi bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Bizim çalışmamızda hastaların %7,1'i 2019 yılında, %41,6'sı 2020 yılında, %17,5'i 2021 yılında ve %33,8'i ise 2022 yılında acil servise başvurmuşlardır. En sık başvuru yapılan aylar sırasıyla nisan (%10,2), mayıs (%9,4) ve kasım (%9,3) ayları idi. Bu aylarda başvuru sayılarının ortalamanın üstünde olduğu gözlemlendi. Pandeminin yoğun olarak yaşandığı ve özellikle yaşlı hastaların etkilendiği hastanelere ulaşımın güçleştiği 2020 yılında geriatrik popülasyonun acil servis başvurularının arttığı tespit edildi. Bu durum özellikle COVID-19 pandemisine bağlandı. COVID-19 pandemi zamanında birçok hastane pandemi hastanesine çevrildi ve birçok poliklinikte hizmet aksamaları gözlemlendi. Özellikle hastaların COVID-19 dışı sağlık sorunları nedeniyle sağlık sistemine ulaşmaları zorlaştı. Bu dönemde ise acil servis başvurularının artmış olduğu düşünülmektedir.

Triyaj, acil servise başvuran hastaların aciliyet derecelerine göre sınıflandırılmasını ve önceliklendirilmesini sağlayan kritik bir süreçtir. Ancak, yaşlı hastaların triyajı, genellikle çeşitli ve karmaşık sağlık sorunları, çoklu ilaç kullanımı ve yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler gibi özel zorluklarla doludur. Bu nedenle, acil servise başvuran geriatric hastaların triyajı, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması ve yaşlı hastaların ihtiyaçlarına uygun bir şekilde yanıt verilmesi için özenle ele alınması gereken bir alan haline gelmiştir. Foo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada geriatric hastaların %12'si kırmızı alan iken %67,6'sı sarı alan olarak değerlendirilmiştir.¹⁰⁵ Ayrıca 85 yaş üstüne çıkıldığında kırmızı alan oranı %13,1 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların triyaj kategorileri incelendiğinde; Yeşil alan olan hastaların oranı %95,6, sarı alan olan hastaların oranı %3,7 ve kırmızı alan olan hastaların oranı %0,7 olarak saptandı. Yaş arttıkça triyaj kategorisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmadığı tespit edildi.

Acil servislere başvuran yaşlı hastaların başvuru sonuçları, sağlık hizmetlerinin ve acil servislerin etkili bir şekilde planlanması ve yönetilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Singal ve arkadaşları acil servise başvuran geriatric hastalar ile genç hastaları karşılaştırmıştır ve geriatric hastaların hastaneye yatış oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁰⁸ Vanpee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada acil servise başvuran toplam 1293 geriatric hastanın verileri değerlendirilmiş olup hastaların %31'i acil servisten taburcu edilmiştir. Hastaların %69'u ise ilgili bölümlere yatırılmıştır.⁴⁷ En çok yatış yapılan bölümler sırasıyla %30 ile geriatric servis, %14 ile göğüs hastalıkları, %13 ile kardiyoloji ve %12 ile nöroloji olarak tespit edilmiştir. Ayrıca yaş arttıkça yatış oranları ile ilgili anlamlı bir artış olmadığı gösterilmiştir. Schrijver ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada acil servise başvuran geriatric hastaların %53'ünün taburcu edildiği, %42'sinin ise yatış yapıldığı gösterilmiştir.¹⁰⁷ Yapılan çalışmalarda acil servise başvuran geriatric hastalar arasında yaş arttıkça hastane yatışının 4,6 katına kadar arttığı ve yoğun bakım yatış oranının ise 5 katına kadar arttığı gösterilmiştir.^{36,37,109,110} Yaptığımız bu çalışmada hastaların %1'i acil servis başvurusu sırasında hayatını kaybetti, %26,1'i servislere yatırıldı, %15,6'sı yoğun bakımlara yatırıldı ve %57,3'ü şifa ile taburcu edildi. Yaş gruplarına göre başvuru sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Çalışmamızda hastaların %58,3'üne yatış yapılmadı. En sık yatış yapılan servisler

sırasıyla acil servis (%9,5), COVID-19 servis (%2,5) ve göğüs hastalıkları servisi (%1,9) idi. En sık yatış yapılan yoğun bakımlar ise sırasıyla koroner yoğun bakım (%6,6), nöroloji yoğun bakım (%3,3) ve dahiliye yoğun bakım (%3,1) olarak saptandı. Genel olarak yapılan çalışmalarda geriatrik yaş grubunda hastane yatış oranlarının arttığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda yatış oranı diğer çalışmalar ile benzer bulundu.

Geriatrik nüfusun hızla büyüdüğü bir dönemde, sağlık hizmetlerinin maliyeti ve etkinliği, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından merkezi bir öneme sahiptir. Özellikle acil servise başvuran yaşlı hastaların maliyet durumu hem hastaların hem de sağlık hizmeti sunucularının karşılaştığı kritik bir sorundur. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları, genellikle çok sayıda ve karmaşık sağlık sorunlarını içermekte ve bu hastaların tedavisi ve yönetimi, yüksek maliyetleri beraberinde getirebilmektedir. Singal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaş arttıkça acil servis maliyetlerinin arttığı gösterilmiştir.¹⁰⁸ Naughton ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada geriatrik yaş grubundaki hastaların tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu gösterilmiştir.¹¹¹ Yaptığımız çalışmada kişi başı ortalama maliyetin 780 TL olduğu gözlemlendi. En az 20 TL ve en fazla 337.999 TL maliyete sahip hastaların olduğu tespit edildi. Yaş gruplarına göre maliyetler karşılaştırıldığında ise 85 yaş üstündeki hastaların maliyetlerinin 85 yaş altındaki hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. Elde ettiğimiz veriler yaş ile acil servis maliyetlerinin ilişkili olduğunu göstermiştir. Daha önceden yapılan çalışmalar da geriatrik hastalarda bu şekilde maliyet artışı olduğu yönündedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, acil servise başvuran geriatric hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bulgularımız, yaşın acil servis başvuru sıklığı üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Demografik faktörlerin ve klinik özelliklerin hastaların acil servis süreçleri üzerindeki etkileri de incelenmiştir; örneğin, yaşlı hastaların daha uzun süre acil serviste kaldığı ve kronik hastalıkların varlığının tedavi seçenekleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, acil servislerin yaşlı hastalara daha iyi hizmet verebilmesi için klinik uygulamaları ve politika geliştirmeyi desteklemekte ve gelecekteki araştırmaların daha fazla bilgi sağlamak amacıyla genişlemesini gerektirmektedir. Sonuç olarak, bu çalışma, yaşlı hastaların acil servis başvurularını daha iyi anlamamıza ve bu popülasyonun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmek için çaba sarf etmemizi teşvik etmektedir. Ayrıca geriatric hastaların tüm verilerinin incelenmesi için ulusal takip sistemlerinin kurulması oldukça önemlidir. Bu hasta grubunda yapılacak olan çalışmaların ulusal ve uluslararası çok merkezli olarak planlanması daha kesin sonuçların elde edilmesine yardımcı olacaktır. Geriatric yaş grubundaki hastalara multidisipliner yaklaşım önemli olduğundan elde edilen veriler yalnızca acil servis için değil tüm branşlar açısından önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Özsürekcı C, Köklü H, Ülger Z.** Geriatri Bilim Dalı Olan Bir Üniversite Hastanesinde Geriatri Tanınma Oranları.
2. **Lovell MA, Robertson JD, Teesdale WJ, Campbell JL, Markesbery WR.** Copper, iron and zinc in Alzheimer's disease senile plaques. *Journal of the neurological sciences*. **1998**; 158(1):47-52.
3. **World Health O.** *World report on ageing and health*. World Health Organization; **2015**.
4. **Pecheva M, Phillips M, Hull P, O'Leary RCA, Queally JM.** The impact of frailty in major trauma in older patients. *Injury*. **2020**; 51(7):1536-1542.
5. **Galvin R, Gillett Y, Wallace E, et al.** Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. *Age and ageing*. **2017**; 46(2):179-186.
6. **Zelis N, Buijs J, de Leeuw PW, van Kuijk SMJ, Stassen PM.** Study protocol for a multicentre prospective cohort study to identify predictors of adverse outcome in older medical emergency department patients (the Risk Stratification in the Emergency Department in Acutely Ill Older Patients (RISE UP) study). *BMC geriatrics*. **2019**; 19:1-8.
7. **Alasad J, Ahmad M.** Communication with critically ill patients. *Journal of advanced nursing*. **2005**; 50(4):356-362.
8. **Hanning CD, Gilmour DG, Hothersall AP, Aitkenhead AR, Venner RM, Ledingham IA.** Movement of the critically ill within hospital. *Intensive Care Medicine*. **1978**; 4:137-143.
9. **Miller JF.** Hope-inspiring strategies of the critically ill. *Applied nursing research: ANR*. **1989**; 2(1):23-29.
10. **von Herbay A.** Otto von Bismarck is not the origin of old age at 65. *The Gerontologist*. **2014**; 54(1):5-5.
11. **Taşdemir M, Ataç Ö.** Demografi ve epidemiyoloji pencerelerinden 2023 ve ötesine bakış. **2023**.
12. **Botan EULU, Dağlı SÇ.** Yaşlılıkta fiziksel aktivite. *Multidisipliner Boyutta Spor Araştırmaları*. 1.

13. **ÖZ CS, Balta S.** Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Güncel Sosyal Politikaların Analizi. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*. **2020**; 22(1):69-94.
14. **Islam N, Jdanov DA, Shkolnikov VM, et al.** Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *bmj*. **2021**; 375.
15. **Mion LC, Palmer RM, Anetzberger GJ, Meldon SW.** Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: the SIGNET model. *Journal of the American Geriatrics Society*. **2001**; 49(10):1379-1386.
16. **Aminzadeh F, Dalziel WB.** Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of emergency medicine*. **2002**; 39(3):238-247.
17. **McCusker J, Cardin S, Bellavance Fo, Belzile E.** Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Academic Emergency Medicine*. **2000**; 7(3):249-259.
18. **McCusker J, Healey E, Bellavance F, Connolly B.** Predictors of repeat emergency department visits by elders. *Academic Emergency Medicine*. **1997**; 4(6):581-588.
19. **Hastings SN, Schmader KE, Sloane RJ, Weinberger M, Goldberg KC, Oddone EZ.** Adverse health outcomes after discharge from the emergency department-incidence and risk factors in a veteran population. *Journal of general internal medicine*. **2007**; 22:1527-1531.
20. **Grief CL.** Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: a synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing*. **2003**; 29(2):122-126.
21. **Roussel-Laudrin S, Paillaud E, Alonso E, et al.** The establishment of geriatric intervention group and geriatric assessment at emergency of Henri-Mondor hospital. *La Revue de Medecine Interne*. **2005**; 26(6):458-466.
22. **Hu S-C, Yen D, Yu YC, Kao WF, Wang LM.** Elderly use of the ED in an Asian metropolis. *The American journal of emergency medicine*. **1999**; 17(1):95-99.
23. **Woford JL, Schwartz E, Timerding BL, Folmar S, Ellis SD, Messick CH.** Emergency department utilization by the elderly: analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Academic Emergency Medicine*. **1996**; 3(7):694-699.
24. **Strange GR, Chen EH, Sanders AB.** Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. *Annals of emergency medicine*. **1992**; 21(7):819-824.

25. **Lim KH, Yap KB.** The presentation of elderly people at an emergency department in Singapore. *Singapore medical journal.* **1999**; 40(12):742-744.
26. **Roberts DC, McKay MP, Shaffer A.** Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the United States, 1993 to 2003. *Annals of emergency medicine.* **2008**; 51(6):769-774.
27. **Nawar EW, Niska RW, Xu J.** National hospital ambulatory medical care survey: 2005 emergency department summary. **2007**.
28. **Ettinger WH, Casan JA, Coon PJ, Muller DC, Appel KP.** Patterns of use of the emergency department by elderly patients. *Journal of gerontology.* **1987**; 42(6):638-642.
29. **Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, et al.** Geriatric patient emergency visits part I: comparison of visits by geriatric and younger patients. *Annals of emergency medicine.* **1992**; 21(7):802-807.
30. **Baum SA, Rubenstein LZ.** Old people in the emergency room: Age-related differences in emergency department use and care. *Journal of the American Geriatrics Society.* **1987**; 35(5):398-404.
31. **Strange GR, Chen EH.** Use of emergency departments by elder patients: a five-year follow-up study. *Academic Emergency Medicine.* **1998**; 5(12):1157-1163.
32. **Hustey FM, Meldon SW.** The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of emergency medicine.* **2002**; 39(3):248-253.
33. **Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK.** The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Annals of emergency medicine.* **2003**; 41(5):678-684.
34. **Wilber ST, Lofgren SD, Mager TG, Blanda M, Gerson LW.** An evaluation of two screening tools for cognitive impairment in older emergency department patients. *Academic Emergency Medicine.* **2005**; 12(7):612-616.
35. **Naughton BJ, Moran MB, Kadah H, Heman-Ackah Y, Longano J.** Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. *Annals of emergency medicine.* **1995**; 25(6):751-755.
36. **Élie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F.** Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Cmaj.* **2000**; 163(8):977-981.

37. **Kakuma R, Du Fort GG, Arsenault L, et al.** Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society*. **2003**; 51(4):443-450.
38. **Monette J, du Fort GG, Fung SH, et al.** Evaluation of the Confusion Assessment Method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *General hospital psychiatry*. **2001**; 23(1):20-25.
39. **Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI.** Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*. **1990**; 113(12):941-948.
40. **Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC.** Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Medical care*. **2002**; 771-781.
41. **Meldon SW, Emerman CL, Schubert DSP, Moffa DA, Etheart RG.** Depression in geriatric ED patients: prevalence and recognition. *Annals of emergency medicine*. **1997**; 30(2):141-145.
42. **Sanders AB.** Older persons in the emergency medical care system. *Journal of the American Geriatrics Society*. **2001**; 49(10):1390-1392.
43. **Meldon SW, Emerman CL, Schubert DSP.** Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. *Annals of emergency medicine*. **1997**; 30(4):442-447.
44. **Fabacher DA, Raccio-Robak N, McErlean MA, Milano PM, Verdile VP.** Validation of a brief screening tool to detect depression in elderly ED patients. *The American journal of emergency medicine*. **2002**; 20(2):99-102.
45. **Thiemann DR, Coresh J, Schulman SP, Gerstenblith G, Oetgen WJ, Powe NR.** Lack of benefit for intravenous thrombolysis in patients with myocardial infarction who are older than 75 years. *Circulation*. **2000**; 101(19):2239-2246.
46. **Januzzi JL, Sabatine MS, Wan Y, et al.** Interactions between age, outcome of acute coronary syndromes, and tirofiban therapy. *American Journal of Cardiology*. **2003**; 91(4):457-461.
47. **Vanpee D, Swine CH, Vandenbossche P, Gillet JB.** Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *European Journal of Emergency Medicine*. **2001**; 8(4):301-304.

48. **Alexander KP, Newby LK, Cannon CP, et al.** Acute coronary care in the elderly, part I: non–ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. **2007**; 115(19):2549-2569.
49. **Lateef F, Storrow AB, Gibler BW, Liu T.** Heart emergency room: effective for both geriatric and younger patients. *Singapore medical journal*. **2001**; 42(6):259-263.
50. **Sanders AB.** Changing clinical practice in geriatric emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*. **1999**; 6(12):1189-1193.
51. **Dj M.** Older emergency department patients with acute myocardial infarction receive lower quality of care than younger patients. *Ann Emerg Medical*. **2005**; 46:14-21.
52. **Schoenenberger AW, Radovanovic D, Stauffer JC, et al.** Acute Myocardial Infarction in Switzerland Plus Investigators: Age-related differences in the use of guideline-recommended medical and interventional therapies for acute coronary syndromes: a cohort study. *J Am Geriatr Soc*. **2008**; 56(3):510-516.
53. **Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M.** Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Annals of emergency medicine*. **2001**; 38(6):666-671.
54. **Chin MH, Wang LC, Jin L, et al.** Appropriateness of medication selection for older persons in an urban academic emergency department. *Academic emergency medicine*. **1999**; 6(12):1232-1241.
55. **Beers MH.** Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Archives of internal medicine*. **1997**; 157(14):1531-1536.
56. **Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL.** Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Annals of internal medicine*. **2007**; 147(11):755-765.
57. **Marco CA, Schoenfeld CN, Hansen KN, Hexter DA, Stearns DA, Kelen GD.** Fever in geriatric emergency patients: clinical features associated with serious illness. *Annals of emergency medicine*. **1995**; 26(1):18-24.
58. **Lee CC, Chen SY, Chang IJ, Chen SC, Wu SC.** Comparison of clinical manifestations and outcome of community-acquired bloodstream infections among the oldest old, elderly, and adult patients. *Medicine*. **2007**; 86(3):138-144.

59. **Parker LJ, Vukov LF, Wollan PC.** Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. *Academic emergency medicine.* **1997**; 4(1):51-55.
60. **Horattas MC, Guyton DP, Wu D.** A reappraisal of appendicitis in the elderly. *The American Journal of Surgery.* **1990**; 160(3):291-293.
61. **Shapiro NI, Wolfe RE, Moore RB, Smith E, Burdick E, Bates DW.** Mortality in Emergency Department Sepsis (MEDS) score: a prospectively derived and validated clinical prediction rule. *Critical care medicine.* **2003**; 31(3):670-675.
62. **Lewis LM, Banet GA, Blanda M, Hustey FM, Meldon SW, Gerson LW.** Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multicenter study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences.* **2005**; 60(8):1071-1076.
63. **Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, Menkes ED, Doehring MC.** Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Academic emergency medicine.* **1998**; 5(12):1163-1168.
64. **Esses D, Birnbaum A, Bijur P, Shah S, Gleyzer A, Gallagher EJ.** Ability of CT to alter decision making in elderly patients with acute abdominal pain. *The American journal of emergency medicine.* **2004**; 22(4):270-272.
65. **Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, Gerson LW, Blanda M, Lewis LM.** The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *The American journal of emergency medicine.* **2005**; 23(3):259-265.
66. **Lewis LM, Klippel AP, Bavolek RA, Ross LM, Scherer TM, Banet GA.** Quantifying the usefulness of CT in evaluating seniors with abdominal pain. *European journal of radiology.* **2007**; 61(2):290-296.
67. **Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G.** Older patients in the emergency department: a review. *Annals of emergency medicine.* **2010**; 56(3):261-269.
68. **Cronin RE.** Contrast-induced nephropathy: pathogenesis and prevention. *Pediatric Nephrology.* **2010**; 25:191-204.
69. **Mitchell LE, Richardson DA, Davies AJ, Bexton RS, Kenny RA.** Prevalence of hypotensive disorders in older patients with a pacemaker in situ who attend the Accident and Emergency Department because of falls or syncope. *Europace.* **2002**; 4(2):143-147.

70. **Baraff LJ.** Emergency department management of falls in the elderly. *Western journal of medicine.* **1998;** 168(3):183.
71. **Dominguez S, Liu P, Roberts C, Mandell M, Richman PB.** Prevalence of traumatic hip and pelvic fractures in patients with suspected hip fracture and negative initial standard radiographs-a study of emergency department patients. *Academic emergency medicine.* **2005;** 12(4):366-369.
72. **Aschkenasy MT, Rothenhaus TC.** Trauma and falls in the elderly. *Emergency Medicine Clinics.* **2006;** 24(2):413-432.
73. **Schürch MA, Rizzoli R, Mermillod B, Vasey H, Michel J-P, Bonjour JP.** A prospective study on socioeconomic aspects of fracture of the proximal femur. *Journal of Bone and Mineral Research.* **1996;** 11(12):1935-1942.
74. **Cauley JA, Thompson DE, Ensrud KC, Scott JC, Black D.** Risk of mortality following clinical fractures. *Osteoporosis international.* **2000;** 11:556-561.
75. **Henry SM, Pollak AN, Jones AL, Boswell S, Scalea TM.** Pelvic fracture in geriatric patients: a distinct clinical entity. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery.* **2002;** 53(1):15-20.
76. **O'Brien DP, Luchette FA, Pereira SJ, et al.** Pelvic fracture in the elderly is associated with increased mortality. *Surgery.* **2002;** 132(4):710-715.
77. **Lr M.** The use of head computed tomography in elderly patients sustaining minor head traum. *J Emerg Med.* **2003;** 24:157-162.
78. **Rathlev NK, Medzon R, Lowery D, et al.** Intracranial pathology in elders with blunt head trauma. *Academic Emergency Medicine.* **2006;** 13(3):302-307.
79. **Adhiyaman V, Asghar M, Ganeshram KN, Bhowmick BK.** Chronic subdural haematoma in the elderly. *Postgraduate medical journal.* **2002;** 78(916):71-75.
80. **Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, et al.** Surgical Management of Acute Epidural Hematomas. *Neurosurgery,* **2006;** 58:7-15.
81. **Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P.** The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal and Emergency Medicine.* **2007;** 2:292-301.

82. **Vermeulen B.** Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss medical weekly.* **2005**; 135(910):145-145.
83. **Elmståhl S, Wahlfrid C.** Increased medical attention needed for frail elderly initially admitted to the emergency department for lack of community support. *Aging Clinical and Experimental Research.* **1999**; 11:56-60.
84. **Jones JS, Veenstra TR, Seamon JP, Krohmer J.** Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. *Annals of emergency medicine.* **1997**; 30(4):473-479.
85. **Wolf RS.** Victimization of the elderly: Elder abuse and neglect. *Reviews in Clinical Gerontology.* **1992**; 2(3):269-276.
86. **Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al.** ED use by older victims of family violence. *Annals of emergency medicine.* **1997**; 30(4):448-454.
87. **Fayez R, AlMuntashery A, Bodie G, et al.** Canadian Surgery Forum. *Canadian Journal of Surgery*, **2012**.
88. **Šteinmiller J, Routasalo P, Suominen T.** Older people in the emergency department: a literature review. *International journal of older people nursing.* **2015**; 10(4):284-305.
89. **Schumacher JG.** Emergency medicine and older adults: continuing challenges and opportunities. *The American journal of emergency medicine.* **2005**; 23(4):556-560.
90. **McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O.** Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society.* **1999**; 47(10):1229-1237.
91. **McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J.** Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Annals of emergency medicine.* **2000**; 36(5):438-445.
92. **Dendukuri N, McCusker J, Belzile E.** The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity. *Journal of the American Geriatrics Society.* **2004**; 52(2):290-296.
93. **Moons P, De Ridder K, Geyskens K, et al.** Screening for risk of readmission of patients aged 65 years and above after discharge from the emergency department: predictive value of four instruments. *European Journal of Emergency Medicine.* **2007**; 14(6):315-323.

94. **Fan J, Worster A, Fernandes CMB.** Predictive validity of the triage risk screening tool for elderly patients in a Canadian emergency department. *The American journal of emergency medicine.* **2006;** 24(5):540-544.
95. **McCusker J, Verdon J, Tousignant P, De Courval LP, Dendukuri N, Belzile E.** Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society.* **2001;**49(10):1272-1281.
96. **McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, Poulin de Courval L, Belzile E.** Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: impact on continuity of care. *Academic emergency medicine.* **2003;** 10(3):233-243.
97. **Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K.** A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department-the DEED II study. *Journal of the American Geriatrics Society.* **2004;** 52(9):1417-1423.
98. **Miller DK, Lewis LM, Nork MJ, Morley JE.** Controlled trial of a geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society.* **1996;** 44(5):513-520.
99. **Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahio S-L.** Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC emergency medicine.* **2019;** 19(1):1-8.
100. **Runciman P, Currie CT, Nicol M, Green L.** Discharge of elderly people from an accident and emergency department: evaluation of health visitor follow-up. *Journal of advanced nursing.* **1996;** 24(4):711-718.
101. **Hedges JR, Singal BM, Rousseau EW, et al.** Geriatric patient emergency visits part II: perceptions of visits by geriatric and younger patients. *Annals of emergency medicine.* **1992;** 21(7):808-813.
102. **Gülalp B, Aldinç H, Karagün Ö, Çetinel Y, Benli S.** The complaint and outcome of geriatric patient in emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine.* **2009;** 9(2):73-77.
103. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Yaşlılar, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaşlılar-2021-45636>. Erişim tarihi 24 Eylül 2023, **2023**.
104. **Yildirimalp S.** Ayrımcılık temelli dışlanma: Türkiye’de çalışma hayatında kadınlar. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi.* **2021;** 11(2):321-346.

105. Foo CL, Chan KC, Goh HK, Seow E. Profiling acute presenting symptoms of geriatric patients attending an urban hospital emergency department. *Annals Academy of Medicine Singapore*. **2009**; 38(6):515.
106. Karatağ H, Akyildiz NA. Avrupa'nin demografik dönüşümünde uzun dönem yaşli bakiminin sürdürülebilirliğinin değeriendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. **2019**; 19(44):571-596.
107. Schrijver EJ, Toppinga Q, De Vries OJ, Kramer MH, Nanayakkara PW. An observational cohort study on geriatric patient profile in an emergency department in the Netherlands. *Neth J Med*. **2013**; 71(6):324-330.
108. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, et al. Geriatric patient emergency visits. Part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med*. **1992**; 21(7):802-807.
109. 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(3):238-247.
110. Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elder patients: a five-year follow-up study. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. **1998**; 5(12):1157-1162.
111. Naughton BJ, Moran MB, Feinglass J, Falconer J, Williams ME. Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. **1994**; 42(10):1045-1049.