



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

ACİL TIP ANABİLİMDALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN 65 YAŞ
ÜSTÜ HASTALARIN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Harun Kürşat ŞAHİNGİL

ACİL TIP ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Muhammet Gökhan TURTAY

MALATYA 2022



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

ACİL TIP ANABİLİMDALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN 65 YAŞ
ÜSTÜ HASTALARIN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Harun Kürşat ŞAHİNGİL

ORCID ID: 0000-0001-6608-7290

ACİL TIP ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Muhammet Gökhan TURTAY

MALATYA 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Yaşlılık Tanımı.....	3
2.2.Yaşlılık ve Acil Servis	3
2.3.Yaşlı Hastaların Acil Servise Başlıca Başvuru Nedenleri	4
2.3.1. Akut Koroner Sendrom (AKS).....	4
2.3.2. Nefes Darlığı	4
2.3.3. Serebrovasküler Hastalık.....	4
2.3.4. Karın Ağrısı	5
2.3.5. Düşme.....	5
2.3.6. Delirium.....	5
2.3.7. Sepsis.....	5
2.3.8. Covid-19	5
3. MATERYAL VE METOD.....	7
3.1. İstatistiksel Yöntemler	8
4. BULGULAR.....	9
5. TARTIŞMA	32
6.SONUÇ.....	41
KAYNAKLAR	42
EKLER.....	51
Ek-1. Etik Kurul İzni.....	51

TEŞEKKÜR

Acil tıp uzmanı olmak niyetiyle başladığım acil tıp asistanlığı yolculuğumda gerek tıbbi bilgilerinden gerekse hayat tecrübelerinden faydalandığım öncelikle tez danışman hocam Prof. Dr. Muhammet Gökhan TURTAY ve Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Neslihan YÜCEL olmak üzere saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Ediz SARIHAN ve Doç. Dr. Şükrü GÜRBÜZ'e en samimi duygularıyla teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Asistanlığım boyunca birlikte omuz omuza çalıştığım kardeşlerim olarak gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma, ekip ruhuyla hastalarımıza fayda vermek adına canla başla çalıştığımız tüm hemşire, sağlık memuru ve personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bana emek veren, her ne koşulda olursa olsun desteklerini esirgemeyen güzel ailem Ali ŞAHİNGİL, Ayşe ŞAHİNGİL, Mehmet Cihan ŞAHİNGİL ve Serhat Bahadır ŞAHİNGİL'e ve en değerli varlığım, sevgili eşim Dr. Nurdan ŞAHİNGİL'e sonsuz teşekkür ederim.

Sevgi ve Saygılarımla

Dr. Harun Kürşat ŞAHİNGİL

MALATYA-2022

ÖZET

Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran 65 Yaş Üstü Hastaların İncelenmesi

Giriş ve amaç: Bu çalışmada; 65 yaş üstü acil servise başvuran hastalardan servis veya yoğun bakıma yatış yapılanların geriye dönük başvuruları incelenerek başvuru şikâyetleri, başvuru sıklıkları, acil serviste yapılan tetkikler, görüntüleme yöntemleri, ön tanılar, yatış yapılma oranları, en çok yatış yapılan bölümler, son tanılar, hastanın taburculuk ve mortalite durumları ayrıca bu bakılacak parametreler arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Gereç ve yöntemler: Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Tıp Anabilim Dalı'na 01 Nisan 2020 - 10 Temmuz 2020 tarihleri arasında başvuran 65 yaş üzerindeki hastalar geriye dönük olarak incelenmiştir. Hastane sağlık bilgi yönetim sistemi ile başvurular tespit edildi. Hasta başvuruları tespit edildikten sonra hastaların medikal kayıtları incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastalar için hasta takip formu oluşturuldu. Hastaların vital bulguları, fizik muayene bulguları, acile başvuru şikâyetleri, acil servisteki ön ve son tanıları, yattıkları servis veya yoğun bakımlar, yattıkları servis ve yoğun bakımlardaki yatış süreleri, yattıkları servis veya yoğun bakımlardaki taburculuk veya ölüm durumları, ek hastalıklar, başvuru sayıları, istenilen konsültasyonlar, yapılan radyolojik tetkikler, yapılan laboratuvar değerleri incelendi.

Bulgular: Yapmış olduğumuz bu çalışmada acil servise başvuran tüm 65 yaş üstü hastaların %31.16'sının hastaneye yatırıldığı tespit edilmiştir. Hastaların %58.8'inin erkek, %41.2'sinin kadın ve tüm hastaların yaş ortalamasının 76.29 olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunu 65-74 yaş aralığındaki hastalar oluşturmuştur. Çalışmamızda hastaların 301'inin (%44.9) yoğun bakımlara yatırıldığı görülmüştür. Hastaların ortalama yatış süreleri 9 gün olarak saptanmıştır. Hastalarda en sık görülen ek hastalık DM olmuştur. Tüm hastaların %16.9'u yatırıldıkları birimde ölmüş geri kalanı tabucu olmuştur. Sayısal olarak en çok ölümün gerçekleştiği bölüm covid servisi iken oransal olarak en sık ölümün gerçekleştiği bölüm medikal onkoloji olmuştur. En çok yatış yapılan bölümün kardiyoloji olduğu tespit edilmiştir. Yapılan yatışlar incelendiğinde en sık yatış tanısı AKS (%13.58) olmuştur. Çalışmamızdaki hastaların en sık nefes darlığı (%18.2)

şikâyeti ile acil servise başvurduğu görülmüştür. Yoğun bakımda yatan hastaların ölüm oranı, serviste yatanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Ölen hastaların, yaş ortalaması ve hastanede yatış sürelerinin taburcu olanlara göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Ölen hastaların taburcu olanlara göre anlamlı düzeyde hipotansif ve taşikardik olduğu bulunmuştur. Yatırıldıkları serviste ölen hastaların başvuruda bakılan BUN, kreatinin, total bilirubin, direkt bilirubin, AST, ALT, ALP, GGT, LDH, nötrofil, lenfosit, INR, APTT, CRP değerleri ve nötrofil/lenfosit oranı taburcu olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek iken total protein, albümin, kalsiyum ve hemoglobin değerleri anlamlı düşük bulunmuştur. Hastaların %78.96'sında görüntüleme tetkiki olarak BT istenmiştir.

Sonuç: Yaptığımız bu çalışmanın sonucunda geriatrik hastaların acil servise başvuruları, takipleri ve sonuçları açısından değerlendirildiğinde; hastaneye ve yoğun bakımlara yatış oranlarının yüksek olduğu, en sık nefes darlığı şikâyeti ile acil servise başvurdıkları, en çok kardiyoloji bölümüne yatış yapıldığı, hastanede yatış sürelerinin uzun olduğu ve ölüm oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yapılan kan tetkiklerinin ve görüntüleme yöntemlerinin oldukça yoğun bir şekilde çalışıldığı ve bunların iyi bir şekilde değerlendirilmesinin oldukça önemli olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Covid, Geriatri, Mortalite, Yoğun Bakım

ABSTRACT

Examination Of Patients Over 65 Years Admitted To A Emergency Department Of University Hospital

Introduction and aim: In this study; retrospective admitted of patients over the age of 65 who applied to the emergency service or those who were admitted to the intensive care unit were examined, and their application complaints, frequency of admission, examinations performed in the emergency department, imaging methods, preliminary diagnoses, hospitalization rates, the most hospitalized departments, the last diagnoses, the patient's discharge and mortality status and the relationships between these parameters to be evaluated were evaluated.

Material and methods: In this study, patients over the age of 65 who applied to İnönü University Faculty of Medicine Turgut Özal Medical Center Emergency Medicine Department between 01 April 2020 - 10 July 2020 were retrospectively examined. Admitted were identified through the hospital health information management system. After the patient admitted were determined, the medical records of the patients were examined. A patient follow-up form was created for the patients included in the study. Patients' vital signs, physical examination findings, complaints of admission to the emergency department, preliminary and final diagnosis in the emergency department, the service or intensive care unit, the length of stay in the service and intensive care unit, discharge or death status in the service or intensive care unit, additional diseases, number of admitted, desired consultations, radiological examinations and laboratory values were examined.

Results: In this study, it was determined that 31.16% of all patients over 65 years of age who applied to the emergency department were hospitalized. It was determined that 58.8% of the patients were male, 41.2% were female, and the mean age of all patients was 76.29. The majority of the patients were between the ages of 65 and 74. In our study, it was observed that 301 (44.9%) of the patients were hospitalized in intensive care units. The mean hospital stay of the patients was 9 days. The most common comorbidity in the patients was DM. 16.9% of all patients died in the unit they were admitted to and the rest were discharged. While the department with the highest number of deaths numerically

was the covid service, the department with the highest number of deaths proportionally was medical oncology. It was determined that the department with the most hospitalizations was cardiology. When the hospitalizations were examined, the most common diagnosis was ACS (13.58%). It was observed that the patients in our study applied to the emergency department most frequently with the complaint of shortness of breath (18.2%). The mortality rate of the patients hospitalized in the intensive care unit was found to be significantly higher than the patients hospitalized in the ward. It was determined that the mean age and length of hospital stay of the patients who died were significantly higher than those who were discharged. It was found that the deceased patients were significantly hypotensive and tachycardic compared to the discharged patients. BUN, creatinine, total bilirubin, direct bilirubin, AST, ALT, ALP, GGT, LDH, neutrophil, lymphocyte, INR, APTT, CRP values and neutrophil/lymphocyte ratio of the patients who died in the hospital they were admitted to were significantly higher than the patients who were discharged. protein, albumin, calcium and hemoglobin values were found to be significantly lower. CT was requested as an imaging test in 78.96% of the patients.

Conclusion: As a result of this study, when geriatric patients are evaluated in terms of their application to the emergency department, their follow-up and results; It was determined that hospitalization rates in hospitals and intensive care units were high, they most frequently applied to the emergency department with the complaint of shortness of breath, they were mostly hospitalized in the cardiology department, the length of hospitalization was long, and the death rate was high. In addition, it has been determined that blood tests and imaging methods have been studied intensively and it is very important to evaluate them well.

Keywords: Emergency, Covid, Geriatrics, Mortality, Intensive Care

KISALTMALAR

AKS	: Akut Koroner Sendrom
ALP	: Alkalen Fosfataz
ALT	: Alanin Amino Transferaz
APTT	: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı
AST	: Aspartat Aminotransferaz
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BUN	: Kan Üre Azotu
CA	: Cancer
Ca	: Kalsiyum
CK	: Kreatin Kinaz
COVID-19	: Coronavirus Hastalığı
CRP	: C-Reaktif Protein
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GGT	: Gama Glutamil Transferaz
HB	: Hemoglobin
HCT	: Hematokrit
INR	: International Normalised Ratio
K	: Potasyum
KBB	: Kulak Burun Boğaz
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LDH	: Laktat Dehidrojenaz
LY	: Lenfosit
MCV	: Ortalama Hücresel Hacim
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
Na	: Sodyum
NE	: Nötrofil
Non-STEMI	: Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction
PCT	: Prokalsitonin
PLT	: Platelet
PT	: Protrombin Zamanı
RBC	: Red Blood Cell
STEMI	: ST Segment Elevation Myocardial Infarction
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
SVO	: Serebrovasküler Olay
TİT	: Tam İdrar Tetkiki
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USG	: Ultrasonografi
WBC	: White Blood Cell
WHO	: World Health Organization
YB	: Yoğun Bakım
KB	: Kan Basıncı

PCR : Polymerase Chain Reaction

SARS COV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2

PH : Potansiyel Hidrojen



TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Cinsiyet dağılımı.....	9
Tablo 4.2. Yaş dağılımı.....	9
Tablo 4.3. Yaş aralığı dağılımı.....	9
Tablo 4.4. Yatış birimi dağılımı	10
Tablo 4.5. Yatan hastaların yatış süreleri.....	10
Tablo 4.6. Vital bulgular	10
Tablo 4.7. Hastaların yattıkları birimdeki taburculuk durumları	11
Tablo 4.8. Hastaların yattıkları servisler	13
Tablo 4.9. Tüm hastalardan çalışılan laboratuvar ortalama değerleri	14
Tablo 4.10. Hastalarda görülen ek hastalıklar.....	15
Tablo 4.11. Yatırılan hastaların tanıları	16
Tablo 4.12. Hastaların acile başvuru şikayetleri	17
Tablo 4.13. Yatış birimine göre, taburculuk ve ölüm sayıları ile oranları	18
Tablo 4.14. Cinsiyete göre taburculuk ve ölüm oranları.....	18
Tablo 4.15. Yaş aralığı ile yattıkları servisteki durumları karşılaştırılması	19
Tablo 4.16. Hastaya yatış kararı veren bölüm ile servisteki durumu arasındaki ilişki ..	20
Tablo 4.17. Taburcu olan ve ölen gruplar farklılıklar (Yaş, yatış süresi, vital bulgular).....	21
Tablo 4.18. Taburcu olan ve ölen hastaların laboratuvar bulguları karşılaştırması	22
Tablo 4.19. Servise Yatan Yoğun Bakıma yatan Gruplar Farklılıklar (Yaş, yatış süresi, vital bulgular).....	23
Tablo 4.20. Servise Yatan Yoğun Bakıma yatan Gruplar Farklılıklar (Laboratuvar değerleri)	24
Tablo 4.21. Hastalara yatış kararı veren bölüm ile yatış birimi arasındaki karşılaştırmalar.....	25
Tablo 4.22. Çalışılan covid PCR sonuçları	26
Tablo 4.23. Hastaların yattıkları gün sayısı ile taburculuk ile ölüm durumlarının karşılaştırılması	26
Tablo 4.24. Yatış Süresi ile servisteki sonlanım durumlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.25. Yatış Süresi ile yatış birimi arasındaki karşılaştırmalar	27
Tablo 4.26. Çalışmaya dahil edilen hastalara uygulanan görüntüleme tetkikleri	27

Tablo 4.27. Covid hastalarında PCR testi pozitiflik oranları	28
Tablo 4.28. Covid hastalarında taburcu olan ve ölen grupların laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması	30
Tablo 4.29. Covid hastalarında servise yatan ve yoğun bakıma yatan grupların laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması	31



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükseldi. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11.0, 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı düşünülmektedir (1).

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun toplamdaki diğer nüfus içindeki payı gün geçtikçe artmaktadır. Bu sayının önümüzdeki 20 yıl içinde iki katına çıkacağı ve 2050 yılında Türkiye’nin yaşlı nüfus açısından Avrupa’daki en kalabalık ülke olacağı tahmin edilmektedir (2). Bu gelişen geriatrik popülasyon; artan sağlık hizmeti ihtiyacı ve acil servislere başvurular açısından ciddi bir problem kaynağı olacağı hatta geriatrik hastalara bakan acil servisler oluşturulmaya başlanılmış olup bunların sayısının giderek artacağı düşünülmektedir (3). Acil servisler, geriatrik hastalara verilen hizmet bakımından oldukça önemli bir konuma sahiptirler (4). Acil servis çalışanları tarafından; acil servise başvuran geriatrik hastaya yalnızca durumunu ile ilgili müdahale edilmesiyle kalınmaz aynı zamanda pahalı yatarak tedavi yöntemleri veya daha ucuz ayaktan tedavileri kullanma ile ilgili kararlar verilir (5,6). 65 yaşın üstündeki hastaların acil servis başvurularının yüzdesi tüm başvurular içinde %18 olduğu tahmin edilmektedir (7). Bir çalışmada göstermektedir ki geriatrik hastalar, diğer servis hastaları başvuruların %43’ünü, yoğun bakıma kabul edilen hastaların %48’ini oluşturmaktadır (8,9). Geriatrik hastanın acil servislerde kalış süresi %20 daha uzun olup genç hastalara göre %50 daha fazla laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılır (10,11). Geriatrik acil servis hastalarının sosyal hizmetlere ihtiyaç duyma olasılığı %400 daha fazladır ancak bu durumlara rağmen sıklıkla acil servis hizmetlerinden memnun kalmazlar (12,13,14).

Bu çalışmada; 65 yaş üstü acil servise başvuran hastalardan servis veya yoğun bakıma yatış yapılanların geriye dönük başvuruları incelenerek başvuru şikâyetleri, başvuru sıklıkları, acil serviste yapılan tetkikler, görüntüleme yöntemleri, ön tanılar, yatış yapılma oranları, en çok yatış yapılan bölümler, son tanılar, hastanın taburculuk ve mortalite durumları ayrıca bu bakılacak parametreler arasındaki ilişkiler

değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları ile acil servis çalışanlarının bilgi düzeyi artırılarak 65 yaş üstü acil servise başvuran hastaların hastalıkları ile ilgili mücadelelerini doğru ve uygun bir şekilde yapmalarına yardımcı olunması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu çalışma sonucunda hastaların verilerindeki bazı parametreler arasında bulunacak ilişkilerin bilime ciddi katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı

Yaşlılık ve yaşlanma tam olarak tanımlanabilecek bir olgu değildir. Yaşlılık fonksiyonel, fizyolojik, biyolojik ve duygusal açıdan farklı şekillerde tanımlanabilir. Biyolojik yaşlanma organizmada oluşan yapısal ve fonksiyonel değişmeye bağlı oluşurken, fizyolojik yaşlanma gelişen bu biyolojik değişikliklere sekonder gelişen davranışsal ve kişilik üzerinde olan değişiklikler olarak tanımlanabilir (15).

Yaşlılık, aslında zamanla gelişen kişinin değişen çevresel etkenlere karşı olan uyum yetisinde azalma ile birlikte olan ölüm olasılığında artma olarak görülebilir (16). Bu bağlamda yaşlılık ile ilgili yapılabilecek başka bir tanım ise belirli bir süre geçmesi sebebiyle oluşan fizyolojik ve anatomik işlevlerde olan değişikle birlikte gelişen bağımsız bir hayat şeklinden çevreye daha bağımlı ve muhtaç bir yaşam şekline geçiştir (17).

Yaş sınıflandırılması; genç yaş 25-44, orta yaş 44-60, ileri yaş 60-75, yaşlılık 75-90 ve uzamış yaşam 90 yaş üstü olarak kabul edilmiştir (18). Sağlık alanındaki gelişmeler, sosyal koşullar ve yaşam standartlarının artması ile ortalama yaşam süresi artmakta ve toplum içindeki yaşlı nüfus oranı gün geçtikçe artmaktadır (19). Bundan 50 yıl önce ortalama yaşama süresi 46.5 yıl, 2002 de 65.2 iken, 2020 yılında 68.1 olarak öngörülmüştür (20).

2.2. Yaşlılık ve Acil Servis

Yaşlılar, diğer yaş gruplarına göre acil serviste daha uzun süre kalır, daha fazla tanı testi alınır ve 65 yaşından küçüklere göre daha sık hastaneye yatırılmaktadırlar (21).

Yapılan bir çalışmada acil servis başvurularında 80 yaş üzerindeki hastalardan, spesifik olmayan tanılar ile gelen hastalarla ciddi akut durumları nedeni ile hastaneye yatırılması gereken hastalar maliyet yönünden karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmamıştır. Bu nedenle, spesifik olmayan şikayetleri olan yaşlı hastaların, belirli akut durumların olasılığını dışlamak için sıklıkla yoğun incelemelere ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Bu bağlamda acil servislere gereksiz başvuruları önlemek adına en azından kronik bakım ihtiyacı olan hastalara hastane öncesi verilebilecek hizmetlerin gözden geçirilmesi gerekmektedir (22).

Yaşlı hastalar genç hastalara göre daha sık şekilde ambulans hizmetini kullanmaktadır (23). Birinci basamak sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve işlevsel olarak uygulanması bu hastaların gerek maliyet gerekse acil servisler üzerindeki yükünü azaltacağını aşıkardır.

2.3. Yaşlı Hastaların Acil Servise Başlıca Başvuru Nedenleri

2.3.1. Akut Koroner Sendrom (AKS)

Koroner damarlarda gelişen tromboz sonucu ortaya çıkan ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI), ST segment yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsü (non-STEMI) ve unsabil angina pektoris (USAP) akut koroner sendrom olarak tanımlanmaktadır (24).

Yaşlı akut koroner sendromlu hastalar anemnez ve şikâyet konusunda çok farklı şekiller de acil servise başvurabilir. Baş dönmesi, kusma, halsizlik, terleme gibi non spesifik semptomlarla gelip akut koroner sendromu tanısı alabilmektedir. Şüphelenilmesi durumunda mutlaka erken elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyak enzim takibi yapılmalıdır (25).

2.3.2. Nefes Darlığı

Nefes darlığı hastanın hava açlığı hissetmesi olarak tanımlanabilir ve acil servis başvurularının önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Nefes darlığının şikâyeti ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında çok sayıda ayırıcı tanı bulunmakta olup bunların başında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), dekompanse kalp yetmezliği (DKY), pulmoner tromboemboli (PE), pnömotoraks (PNX), akut respiratuar distres sendromu (ARDS), pnömoni gelmektedir (26,27).

2.3.3. Serebrovasküler Hastalık

SVH tüm hastalıklar içerisinde istatistiksel olarak mortalite nedenleri arasında üçüncü morbidite nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Daha çok iskemik nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. İnme ile ilgili mortalite oranlarının azalması ancak inme insidansının artması ile toplumda inme sekelli birey sayısı gün geçtikçe artmakta ve bu bireylerin sağlık sistemi üzerindeki yükü ağırlaşmaktadır (28).

2.3.4. Karın Ağrısı

Karın ağrısı ile gelen yaşlı hastaların yapılan tetkik sonucunda ciddi bir altta yatan neden ve cerrahi müdahale gerekebilecek patoloji saptanması genç hastalara göre daha olasıdır. Yaşlı hastaların fizik muayene bulguları ile patoloji her zaman örtüşmeyebilir. Şüphelenilmesi durumunda gerekli ek görüntüleme yöntemleri istenilmelidir. Ayrıca karın ağrısı ile gelen hastalarda akut batın dışındaki akut koroner sendrom, pnömoni gibi ek patolojilerde düşünölmelidir (29,30).

2.3.5. Düşme

Düşme ileri yaş grubunda önemli bir sağlık sorunudur. Amerika’da yapılan bir çalışmada 65 yaş üstündeki hastaların üçte biri yılda en az bir kez düşmektedir. Düşmeye bağlı komplikasyonlar şiddetinin yaşla birlikte artmaktadır. Sıklıkla alt ekstremit ve pelvis fraktürleri, kafa travmaları, kot fraktürleri görünmektedir (31,32).

2.3.6. Delirium

Delirium bilinçte ani dalgalanma, oryantasyon bozukluğu, dikkat ve algıda azalma ile karakterize bir durumdur. Genel olarak altta yatan başka bir patoloji sonucu oluşan bir durumdur. Acil hekimi delirium olan hastayı tanımalı altta yatan nedene yönelik gerekli anemnez, fizik muayene ve tetkikleri çalışmalıdır (33).

2.3.7. Sepsis

Sepsis şüpheli veya tanımlanmış enfeksiyona karşı olan düzensiz konak yanıtına sekonder gelişen organ disfonksiyonu olarak tanımlanabilir. Sepsis acil servis başvurularında önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu hastaların erken tanınması hastaların sağ kalımları açısından hayati önem arz etmektedir (34).

2.3.8. Covid-19

2019 yılının aralık ayında SARS COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2) ile enfekte ilk vakanın bildirildiği Çin’in Wuhan eyaletinden yayılıp pandemiye yol açan bir hastalık olan Covid-19; 06.10.2022 tarihi itibari ile 616.951.418 kişiye bulaşmış ve 6.530.281 kişinin ölümüne yol açmıştır. Yaşlı hastalar toplumun kalan kesimine göre daha fazla ek hastalığı sahip olması nedeni ile bu hastalıktan daha fazla

etkilenmektedir ve gençlere göre daha mortal seyretmektedir. (35,36,37). Bu nedenle yaşı hastaların tüm enfektif hastalıklarda olduğu gibi Covid-19 hastalığından da mümkün olduğunca gerekli tedbirlerle uzak durması gerekmektedir.



3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 2021/1316 protokol numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Tıp Anabilim Dalı'na 01 Nisan 2020 - 10 Temmuz 2020 tarihleri arasında başvuran 65 yaş üzerindeki hastalar geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmamıza 65 yaş üzerinde olup acil servise başvuran ve acil servisten diğer servis veya yoğun bakımlara yatışı yapılan geriatrik hasta başvuruları dahil edilmiştir. 65 yaşın altındaki acil servise başvuran hastalar, 65 yaş üzerinde olup acil servisten taburcu olan hastalar ve 65 yaş üzerinde olup yatış kararı verilip ancak kendi isteği ile acil servisten ayrılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Hastane sağlık bilgi yönetim sistemi ile başvurular tespit edildi. Hasta başvuruları tespit edildikten sonra hastaların medikal kayıtları incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastalar için hasta takip formu oluşturuldu. Bu formda kaydedilen hastaların verileri Microsoft Office Excel® programına aktarıldı. Hasta başvurularındaki medikal kayıtlarda hastaların dosya numarası, başvuru numarası, isim-soy isim, vital bulguları (ateş, nabız, solunum sayısı, sistolik ve diyastolik kan basınçları, saturasyon değerleri), fizik muayene bulguları, acile başvuru şikâyetleri, acil servisteki ön ve son tanıları, yattıkları servis veya yoğun bakımlar, yattıkları servis ve yoğun bakımlardaki yatış süreleri, yattıkları servis veya yoğun bakımlardaki taburculuk veya ölüm durumları, ek hastalıklar, başvuru sayıları, istenilen konsültasyonlar, yapılan radyolojik tetkikler, yapılan laboratuvar tetkikleri [(White Blood Cell (WBC), hemoglobin (HGB), hematokrit (HCT), ortalama hücresel hacim (MCV), nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, trombosit sayısı (PLT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (APTT) , international normalized ratio (INR) değerleri, C-reaktif protein (CRP), karaciğer enzimleri [Alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), gama glutamil transpeptidaz (GGT) ve alkalen fosfataz (ALP)] , kan glikozu, böbrek fonksiyon testleri (Kan ürea nitrojen (BUN) ve kreatinin), total protein, albümin, total bilirubin, direk bilirubin, laktat dehidrogenaz (LDH), amilaz, lipaz, elektrolit değerleri (Sodyum, potasyum, kalsiyum), kan gazı parametreleri (pH, PCO₂, laktat), D-dimer, IL-6, ferritin, high sensitive troponin (HS troponin), prokalsitonin (PCT), covid PCR testleri, tam idrar tetkiki (Beyaz küre hücresi, kırmızı küre hücresi, nitrit ve keton) değerleri incelenmiştir.

3.1. İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel olarak verilerin analiz aşamasında SPSS (SPSS, Chicago, IL, USA) 17.0 nolu sürümü ve Microsoft Office Excel® programı kullanıldı. Kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, tanımlayıcı istatistikler, sayısal değişkenler için ortalama, minimum ve maksimum değerler, ortanca, standart sapma hesaplandı. Sayısal değişkenler için Mann-Whitney U testleri ve unpaired t test kullanılarak normal dağılıma uygunluğu incelendi. Kategorik değişkenler için ki-kare veya Fisher's exact testler kullanılarak normal dağılıma uygunluğu incelendi. P değeri 0.05'in altında olan değerler istatistiksel anlamlı olarak değerlendirildi.



4. BULGULAR

Bu çalışmada 01.04.2020 ile 03.07.2020 tarihleri arasında acil servise yapılan 65 yaş üstü 2150 hasta başvurusu arasından hastaneye yatırılan ve verilerine ulaşılabilen 670 hasta başvurusu incelendi. Çalışmaya dâhil edilen 65 yaş üzeri 670 hastanın; 276'sı (%41.2) kadın, 294'ü (%58.8) erkek idi (Tablo 1).

Tablo 4.1. Cinsiyet dağılımı

		Sayı	Yüzde %
Cinsiyet	Kız	276	41.2
	Erkek	394	58.8

Bu hastaların yaş ortalaması 76,29 olarak bulundu. Yaş olarak; en düşük hasta yaşı 65 iken en yüksek hasta yaşının 100 olduğu görüldü (Tablo 2). Bu hastaların 339'u (%50.6) 65-74, 207'si (%30.9) 75-84, 124'ü (%18.5) 85 yaş ve üzerinde idi (Tablo 3).

Tablo 4.2. Yaş dağılımı

Değişken	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)
Yaş	76.29±8.09	74.00 (65-100)

EK: En Küçük, EB: En Yüksek, SS: Standart Sapma

Tablo 4.3. Yaş aralığı dağılımı

Değişken	Yaş aralığı	Sayı	Yüzde (%)
Yaş grupları	65-74	339	50.6
	75-84	207	30.9
	85 üzeri	124	18.5

Çalışmaya dâhil edilen 670 hastadan 369'u (%55.1) servislere, 301'i (%44.9) yoğun bakımlara yatırıldı (Tablo 4).

Tablo 4.4. Yatış birimi dağılımı

		Sayı	Yüzde (%)
Yatış birimi	Servis	369	55.1
	Yoğun bakım	301	44.9

Servis veya yoğun bakımlara yatırılan bu hastaların ortalama yatış süresi 9 gün olarak bulundu. Hastaneye yatan hastalardan en az yatan 1 gün, en çok yatan 276 gün yattığı saptandı (Tablo 5).

Tablo 4.5. Yatan hastaların yatış süreleri

	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)
Yatış süresi	9±15	6(1-276)

EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma

Hastaların ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, oksijen satürasyonu gibi vital bulgularına bakıldı. Bu bulguların ortalama değerleri, ortanca, en düşük ve en yüksek değerleri Tablo 6’da (vital bulgular tablosu) gösterildi.

Tablo 4.6. Vital bulgular

	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)
Ateş	36.28±0.47	36(36,6-39,2)
Solunum sayısı	19.62±3.24	20(10-36)
Nabız	83.58±16.56	80(40-172)
KB sistolik	126.44±25.4	127(50-244)
KB diastolik	78.23±13.5	80(30-138)
O2 satürasyonu	95.81±.461	97(42-100)

KB: Kan Basıncı, O2: Oksijen, EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma

Yatırılan hastaların, yatırıldıkları servisteki taburculuk ve ölüm durumları incelendi. Hastaların acil servisten yatırıldıktan sonra 557'si (%83.1) yattıkları birimden taburcu olurken 113'ünün (%16.9) yattıkları birimde öldüğü saptandı (Tablo 7).

Tablo 4.7. Hastaların yattıkları birimdeki taburculuk durumları

		Sayı	Yüzde (%)
Servisteki durumu	Taburcu	557	83.1
	Ölüm	113	16.9

Hastalar acil servisten hangi servislere yatırıldıkları incelendi. En çok yatış yapılan bölümler sırasıyla kardiyoloji, göğüs hastalıkları, gastroenteroloji, covid servis ve genel cerrahi olarak tespit edildi. Bu çalışmaya dahil edilen hastalardan 134'ü (%20) kardiyoloji, 76'sı (%11.3) göğüs hastalıkları, 71'i (%10.6) gastroenteroloji, 66'sı (%9.9) covid servis, 45'i (%6.7) genel cerrahi, 39'u (%5.8) nefroloji, 35'i (%5.2) hematoloji, 34'ü (%5.1) nöroloji, 28'i (%4.2) beyin cerrahisi, 27'si (%4) ortopedi, 23'ü (%3.4) enfeksiyon hastalıkları, 21'i (%3.1) göğüs cerrahisi, 15'i (%2.2) üroloji, 13'ü (%1.9) reanimasyon, 10'u (%1.5) medikal onkoloji, 8'i (%1.2) kulak burun boğaz, 7'si (%1) plastik cerrahi, 5'i (%0.7) endokrinoloji, 5'i (%0.7) göz hastalıkları, 4'ü (%0.6) kalp damar cerrahisi, 3'ü (%0.4) kadın hastalıkları, 1'i (%0.1) psikiyatri servisine yatırıldı (Tablo 8).

Çalışmaya dahil edilen hastaların acil servisteki çalışılan laboratuvar değerleri kayıt altına alındı. Bu laboratuvar değerleri glukoz, BUN, kreatinin, total protein, total bilirubin, direkt bilirubin, AST, ALT, GGT, ALP, LDH, GGT, CK, amilaz, lipaz, sodyum, potasyum, kalsiyum, WBC, HB, PLT, nötrofil, lenfosit, HCT, MCV, INR, APTT, CRP, nötrofil/lenfosit olarak belirlendi. Bu laboratuvar sonuçları için ortalama, ortanca, standart sapma, en küçük ve en büyük değerler hesaplandı (Tablo 9).

Hastaların sahip oldukları ek hastalıkları incelendi. Çalışmaya dâhil edilen hastalar arasında en sık görülen ek hastalık 187 (%27.91) hastada görülen diabetes mellitus (DM) olduğu saptandı. Hastalarda görülen başlıca ek hastalıklar; hastaların 176'sında (%26.27) koroner arter hastalığı (KAH), 160'ında (%23.88) hipertansiyon (HT), 138'inde (%20.6) kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), 99'unda (%14.78) malignite görülürken, 69 (%10.3) kişide ise ek hastalık olmadığı tespit edildi (Tablo 10).

Hastaların hangi tanılarla hastaneye yatırıldıkları incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastalar içinde en çok covid (%9.5), non-STEMI (%8.36), DKY (%4.93), USAP (%4.18), iskemik SVO (%4.18), KOAH atak (%3.73) tanıları ile hastaneye yatırıldı. non-STEMI, USAP, STEMI ayrımı yapılmadığı takdirde en sık yatışı yapılan hasta tanısı AKS (%13.58) oldu. Tüm bu sayı ve oranlar Tablo 11’de verilmiştir.

Hastaların acil servise başvurularındaki ana şikâyetler belirlendi. Bu çalışmada başlıca başvuru nedenleri 122(%18.2) nefes darlığı, 91(%13.6) göğüs ağrısı, 70(%10.4) karın ağrısı, 31(%4.6) ateş, 30(%4.5) düşme, 30(%4.5) halsizlik, 24(%3.6) öksürük, 23(%3.4) bilinç bulanıklığı olarak görüldü (Tablo 12).

Çalışmaya dâhil edilen hastalar yattıkları birimden taburcu olan ve ölen hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Yatış birimi ise servis ve yoğun bakım olarak iki gruba ayrıldı. Servislere yatan 369 hastanın son durumlarına bakıldığında 354’ünün (%95.9) taburcu, 15’inin (%4.1) öldüğü saptandı. Yoğun bakıma yatırılan 301 hastanın ise 203’ü (%67.4) taburcu olurken, 98’i (%32.6) yattıkları birimde öldüğü tespit edildi. Yoğun bakıma yatan hastaların ölüm oranının, servise yatan hastaların ölüm oranından anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0.001$) görüldü (Tablo 13).

Tablo 4.8. Hastaların yattıkları servisler

	Servis	Sayı	Yüzde (%)
Yattığı servis	Reanimasyon	13	1.9
	Beyin cerrahi	28	4.2
	Covid servis	66	9.9
	Endokrinoloji	5	0.7
	Enfeksiyon hastalıkları	23	3.4
	Gastroenteroloji	71	10.6
	Genel cerrahi	45	6.7
	Göğüs cerrahi	21	3.1
	Göğüs hastalıkları	76	11.3
	Göz hastalıkları	5	0.7
	Hematoloji	35	5.2
	Kadın hastalıkları	3	0.4
	Kalp damar cerrahisi	4	0.6
	Kardiyoloji	134	20
	Kulak burun boğaz	8	1.2
	Medikal onkoloji	10	1.5
	Nefroloji	39	5.8
	Nöroloji	34	5.1
	Ortopedi	27	4
	Plastik cerrahi	7	1
	Psikiyatri	1	0.1
	Üroloji	15	2.2

Tablo 4.9. Tüm hastalardan çalışılan laboratuvar ortalama değerleri

Değişken	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)
Glukoz	164.77±96.86	132(12-682)
BUN	32.50±42.47	22.57(3.18-929)
Kreatinin	1.50±1.46	1.02(0.1-14.94)
Total Protein	6.82±3.65	6.70(2.2-77)
Albümin	3.20±0.70	3.30(0-7)
Total bilirubin	1.30±2.62	0.73(0.1-29.65)
Direkt bilirubin	0.78±2.10	0.32(0.1-23)
AST	75.52±486.24	23.00(3.8-11411)
ALT	59.85±345.41	18(1-6969)
ALP	123.30±126.15	89(7-1221)
GGT	81.46±191.26	28(1-3358)
LDH	397.51±851.46	282(24-20000)
CK	205.75±785.08	70(4-15505)
Amilaz	108.83±277.27	62(2-3704)
Lipaz	154.03±889.73	25(4-12000)
Sodyum	135.24±10.61	136(7.19-178)
Potasyum	4.61±3.43	4.34(0.03-90)
Kalsiyum	8.67±0.79	8.70(4.9-16.3)
WBC	12.30±37.13	9.65(0.36-957.13)
HB	12.08±6.13	12.15(3.1-155)
HCT	35.87±7.94	36.90(1.5-59)
MCV	85.53±8.30	85.70(4.2-127.6)
Nötrofil	8.37±5.76	6.98(0.02-37.28)
Lenfosit	2.88±35.08	1.22(0.1-908.48)
PLT	245367.16±127859.37	228000(1000-1102000)
INR	1.26±0.77	1.07(0.8-10.3)
APTT	33.81±35.97	25.80(0.31-446.1)
CRP	5.23±7.62	2.10(0.3-73)
Nötrofil/Lenfosit	9.74±13.63	5.25(0.02-130.47)

EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma, BUN: Kan Üre Azotu, AST: Aspartat Aminotransferaz, ALT: Alanin Amino Transferaz, ALP: Alkalen Fosfataz, GGT: Gama Glutamil Transferaz, LDH: Laktat Dehidrojenaz, CK: Kreatin Kinaz, WBC: Beyaz kan hücresi, HB: Hemoglobin, HCT: Hematokrit, MCV: Ortalama Hücresel Hacim, PLT: Platelet, INR: International Normalised Ratio, APTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı, CRP: C-Reaktif Protein

Tablo 4.10. Hastalarda görülen ek hastalıklar

Ek Hastalık	Sayı	Yüzde (%)	Ek Hastalık	Sayı	Yüzde (%)
Yok	69	10.3	DVT	9	1.34
Malignite	99	14.78	Ürolitiazis	2	0.3
HT	160	23.88	Kolesistit	14	2.09
KAH	176	26.27	Trombositopeni	15	2.24
KKY	61	9.1	Anemi	57	8.51
KOAH	138	20.6	Miyelodisplastik sendrom	3	0.45
			Waldenström		
BPH	48	7.16	makroglobulinemi	1	0.15
DM	187	27.91	Selülit	14	2.09
AF	67	10	Mantle cell lenfoma	1	0.15
SVH	57	8.51	Aplastik anemi	3	0.45
KBY	60	8.96	Şizofreni	1	0.15
Multiple miyelom	3	0.45	Esansiyel trombositoz	2	0.3
Lenfoma	9	1.34	Mikozis fungoides	1	0.15
Hiperlipidemi	1	0.15	KML	1	0.15
Aort anevrizması	3	0.45	Glokom	2	0.3
Hipotiroidi	3	0.45	AML	3	0.45
Selülit	14	2.09	Hodgin lenfoma	6	0.9
Kronik Hepatit	1	0.15	Ülseratif kolit	1	0.15
Kronik karaciğer hastalığı	18	2.69	Akut miyelofibrozis	1	0.15
GİS Kanama	32	4.78	Pankreatit	18	2.69
Parkinson	10	1.49	Chron	1	0.15
Alzheimer	17	2.54	Dermatit	2	0.3
Pulmoner emboli	29	4.33	Aritmi	3	0.45
KLL	2	0.3	İnguinal herni	14	2.09
GÖRH	2	0.3	Böbrek nakli	1	0.15
Nonhodgin lenfoma	5	0.75	Hipofiz adenomu	1	0.15
İleus	36	5.37	İTP	1	0.15
Karaciğer nakil	7	1.04	Katarakt	2	0.3
Astım	3	0.45	Trigeminal nevralji	1	0.15

HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner Arter Hastalığı, KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, BPH: Benign Prostat Hiperplazisi, DM: Diabetes Mellitus, AF: Atrial Fibrilasyon, SVH: Serebrovasküler Hastalık, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği, KLL: Kronik Lenfositik Lenfoma, İTP: İdiopatik Trombositopenik Purpura, AML: Akut Miyeloid Lösemi, DVT: Derin Ven Trombozu, GÖRH: Gastro Ösafagial Reflü Hastalığı, GİS: Gastrointestinal Kanama

Tablo 4.11. Yatırılan hastaların tanıları

SON TANI	SAYI	YÜZDE (%)	SON TANI	SAYI	YÜZDE (%)
Covid	66	9.85	Tendon kesisi	2	0.30
Non-STEMI	56	8.36	Akalazya	2	0.30
Dekompanse kalp yetmezliği	33	4.93	Hiperglisemi	2	0.30
USAP	28	4.18	Miyalji	2	0.30
İskemik SVO	28	4.18	Diyabetik ketoasidoz	2	0.30
KOAH atak	25	3.73	Bilioma	2	0.30
Hemorajik SVO	24	3.58	Gastroenterit	2	0.30
Pnömoni	24	3.58	Hemotoraks	2	0.30
ABY	21	3.13	Retina dekolmanı	2	0.30
Femur fraktürü	18	2.69	Gözde perforasyon	2	0.30
Anemi	17	2.54	Vajinal kanmama	2	0.30
Gis kanama	16	2.39	Boyunda kitle	2	0.30
İYE	16	2.39	Parmak amputasyonu	2	0.30
Kolestaz	16	2.39	Kolesistit	2	0.30
İleus	14	2.09	ICD şoklaması	2	0.30
Pankreatit	13	1.94	Subdural efüzyon	2	0.30
Pnömotoraks	10	1.49	Arteriyel tıkanıklık	1	0.15
Trombositopeni	9	1.34	BPH	1	0.15
Pulmoner emboli	9	1.34	KBY	1	0.15
Sepsis	8	1.19	Dalak laserasyonu	1	0.15
Kolanjit	8	1.19	Glop vezikale	1	0.15
STEMI	7	1.04	Sinüs ven trombozu	1	0.15
Hepatik ensefalopati	6	0.90	Kronik karaciğer hastalığı	1	0.15
Batında asit	6	0.90	Genel durum bozukluğu	1	0.15
Arrest	6	0.90	Hepatorenal sendrom	1	0.15
GİS perforasyonu	6	0.90	Gıda zehirlenmesi	1	0.15
Hemoptizi	6	0.90	Hiperkalsemi	1	0.15
Selülit	5	0.75	Orak hücreli anemi	1	0.15
Akut hepatit	5	0.75	Orbita fraktürü	1	0.15
Plevral efüzyon	5	0.75	Omuz çıkığı	1	0.15
Nonspesifik karın ağrısı	5	0.75	Pnömoşefali	1	0.15
Hiponatremi	5	0.75	Yabancı cisim aspirasyonu	1	0.15
İnguinal herni	5	0.75	Epileptik atak	1	0.15
Hematüri	5	0.75	Nedeni bilinmeyen ateş	1	0.15
Kot fraktürü	4	0.60	Aort diseksiyonu	1	0.15
Pansitopeni	4	0.60	INR yüksekliği	1	0.15
Vertebra fraktürü	4	0.60	DM	1	0.15
Akciğerde kitle	4	0.60	Hiperpotasemi	1	0.15
Katater tıkanması	4	0.60	Tam blok	1	0.15
Üremik ensefalopati	4	0.60	Katater yerinde kanama	1	0.15
Postrenal ABY	4	0.60	Fornier gangreni	1	0.15
Nefrojenik yüklenme	4	0.60	Kalça çıkığı	1	0.15
Kesi	4	0.60	Lenf nodu hipertrofisi	1	0.15
Pulmoner ödem	4	0.60	Sternum fraktürü	1	0.15
Beyin ödemi	3	0.45	Enoftalmus	1	0.15
Apandisit	3	0.45	Tromboflebit	1	0.15
Ventriküler taşikardi	3	0.45	Hipernatremi	1	0.15
Solunum yetmezliği	3	0.45	Diyabetik ayak	1	0.15
Febril nötropeni	3	0.45	Halsizlik	1	0.15
Yara yeri enfeksiyonu	3	0.45	Hipertansif ensefalopati	1	0.15
Yanık	3	0.45	Nonspesifik göğüs ağrısı	1	0.15
Larins spazmı	3	0.45	Pulmoner hipertansiyon	1	0.15
Arter tıkanıklığı	3	0.45	Epistaksis	1	0.15
Akut batın	2	0.30	Psikoz	1	0.15

Non-STEMI: ST Segment Elevasyonu Olmayan Miyokard Enfarktüsü, USAP: Unstabil Anjia Pektoris, SVO: Serebrovasküler Olay, GİS: Gastrointestinal Sistem, İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu, MI: Miyokard Enfarktüsü, BPH: Benign Prostat Hipertrofisi, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği, ABY: Akut Böbrek Yetmezliği, ICD: İmplant Kardiyoverter Defibrilatör, DM: Diabetes Mellitus, INR: International Normalised Ratio

Tablo 4.12. Hastaların acile başvuru şikayetleri

Ana şikâyet	Sayı	Yüzde (%)	Ana şikâyet	Sayı	Yüzde (%)
Karın ağrısı	70	10.4	Bacakta şişlik	3	0.4
Göğüs ağrısı	91	13.6	Sırt ağrısı	2	0.3
Nefes darlığı	122	18.2	Göze kıymık batması	1	0.1
Peltek konuşma	6	0.9	Vajinal kanama	2	0.3
Genel durum bozukluğu	17	2.5	Kolda uyuşma	1	0.1
Düşme	30	4.5	Bilinç bulanıklığı	23	3.4
Arrest	10	1.5	İdrarda yanma	11	1.6
Kabızlık	6	0.9	Hematemez	3	0.4
Halsizlik	30	4.5	Üşüme	2	0.3
Kesi	4	0.6	Pil şoklaması	3	0.4
Boğaz ağrısı	4	0.6	Sarılık	5	0.7
Ateş	31	4.6	Hayvan tepmesi	3	0.4
Yan ağrısı	4	0.6	Ayak parmağında morarma	1	0.1
Melena	11	1.6	Vücutta kızarıklık	1	0.1
Miyalji	12	1.8	Boğaza erik kaçması	1	0.1
Katater tıkanması	2	0.3	Vücutta şişlik	2	0.3
Gözde ağrı	1	0.1	Yara yerinde akıntı	6	0.9
İshal	2	0.3	Sık idrara çıkma	1	0.1
Tek taraflı güçsüzlük	16	2.4	Çarpıntı	2	0.3
Hemoptizi	8	1.2	Bacakta morarma	2	0.3
Peteşi	1	0.1	Hematüri	5	0.7
Bacakta kızarıklık	4	0.6	Yüzde kayma	1	0.1
Saldırganlık	1	0.1	Gözde ağrı	1	0.1
Kaşıntı	3	0.4	Görme kaybı	3	0.4
Trafik kazası	5	0.7	Hematokezya	1	0.1
Baş ağrısı	2	0.3	Sıcak su dökülmesi	1	0.1
Nöbet	5	0.7	Bulantı. Kusma	9	1.3
Oral alım bozukluğu	16	2.4	Vücutta morluk	1	0.1
Senkop	6	0.9	Katater yerinde kanama	1	0.1
Öksürük	24	3.6	Kolda kızarıklık	1	0.1
İdrar yapamama	7	1.0	Ateşli silah yaralanması	1	0.1
Burun kanaması	1	0.1	Karında şişlik	6	0.9
Döküntü	2	0.3	Göğüste şişlik	2	0.3
Parmak kopması	2	0.3	Baş dönmesi	2	0.3
Boyunda şişlik	2	0.3	Amnezi	1	0.1

Tablo 4.13. Yatış birimine göre, taburculuk ve ölüm sayıları ile oranları

		Servisteki durumu						P değeri
		Taburcu			Ölüm			
		Satır	Sütun		Satır	Sütun		
Yatış birimi	Servis	Sayı	(%)	(%)	Sayı	(%)	(%)	
	Yoğun bakım	354	95.9	63.6	15	4.1	13.3	<0.001
		203	67.4	36.4	98	32.6	86.7	

Daha sonra taburcu olan ve ölen olarak iki grupta incelenen hastalar cinsiyet yönünden karşılaştırılmak amacıyla kadın ve erkek olarak sayı ve oranları tekrar hesaplandı. Çalışmaya dâhil edilen 276 kadın hastanın 234'ü (%84.8) taburcu olurken, 42'si (%15.2) öldü. 394 erkek hastanın 323'ü (%82) taburcu olurken, 71'inin(%18) öldüğü tespit edildi. Yattıkları birimden taburcu olan ve ölen hastaların cinsiyet açısından anlamlı farklılıkları olmadığı ($p=0,340$) saptandı (Tablo 14).

Tablo 4.14. Cinsiyete göre taburculuk ve ölüm oranları

		Servisteki durumu						P değeri
		Taburcu			Ölüm			
		Satır	Sütun		Satır	Sütun		
Cinsiyet		Sayı	(%)	(%)	Sayı	(%)	(%)	
Kız		234	84.8	42.0	42	15.2	37.2	0.340
Erkek		323	82.0	58.0	71	18.0	62.8	

Hastaların yattıkları birimlerdeki durumları ile yaş aralıklarına göre sayısal ve oransal olarak ayrıldı. 65-74 yaş aralığındaki 339 hastanın 294'ü (%86.7) taburcu olurken 45'i (%13.3) öldü. 75-84 yaş aralığındaki 207 hastadan 168'i (%81.2) taburcu olurken 39'u (%18.8) öldü. 85 ve üzeri yaş grubundaki 124 hastadan ise 95'i (%76.6) taburcu olurken 29'u (%23.4) öldü. Bu karşılaştırma sonucunda hastaneye yatan hastalarda, ölüm oranındaki artışın yaş grupları arasında anlamlı olmadığı ($p=0.024$) bulundu (Tablo 15).

Tablo 4.15. Yaş aralığı ile yattıkları servisteki durumları karşılaştırılması

		Servisteki durumu						P değeri
		Taburcu			Ölüm			
		Sayı	Satır (%)	Sütun (%)	Sayı	Satır (%)	Sütun (%)	
Yaş								
	65-74	294	86.7	52.8	45	13.3	39.8	0.024
aralığı	75-84	168	81.2	30.2	39	18.8	34.5	
	85 üzeri	95	76.6	17.1	29	23.4	25.7	

Hastaların yattıkları bölümlere göre taburculuk ve ölümlerin, sayı ve oranları incelendi. Bu inceleme sonucunda ölüm sayılarına bakıldığında en çok ölümün olduğu bölüm 18 (%15.4) kişi ile covid servis iken bu bölümü 13 (%11.5) hasta ile göğüs hastalıkları, 12 (%10.6) hasta ile kardiyoloji, 11'er (%9.7) hasta ile nefroloji ve gastroenteroloji, 10 (%8.8) hasta ile nöroloji izlemiştir. Plastik cerrahi, göz hastalıkları, psikiyatri, kulak burun boğaz, kadın doğum, ortopedi ve kalp damar cerrahisi bölümlerine yatırılan 65 yaş üstü hastalarda ölüm olmadığı saptanmıştır. Bölümler kendi aralarında tek tek ele alındığında ise oransal olarak en sık ölümün gerçekleştiği bölümler ise %40 ile medikal onkoloji, %38.5 ile reanimasyon, %32.1 ile beyin ve sinir cerrahisi, %29.4 ile nöroloji, %28.2 ile nefroloji, %27.3 ile covid servis olmuştur. Tüm bölümler arasında en fazla hasta yatırılan bölüm olan kardiyolojide ise yatış yapılan 134 hastanın 122'si (%91) taburcu olurken, 12'sinin (%9) öldüğü tespit edilmiştir. Sonuç olarak yatırılan bölüm ile taburculuk ve ölüm arasında anlamlı farklılık olduğu ($p=0.02$) görüldü (Tablo 16).

Çalışmaya dâhil edilen hastalar yattıkları servislerden taburcu edilenler ve yattıkları servislerde ölen hastalar olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırılmak amacıyla hastaların yatış süreleri, yaşları ve vital bulguları hesaplandı. Bu karşılaştırma sonucunda ölen grubun yaş ortalaması, taburcu olanlara göre anlamlı derecede ($p=0.011$) yüksek, ölen grubun yatış süresi ortalaması, taburcu olanlara göre anlamlı derecede ($p<0.001$) yüksek, ölen grubun nabız sayısı ortalaması, taburcu olanlara göre anlamlı derecede ($p<0.001$) yüksek, ölen grubun KB sistolik ortalaması, taburcu olanlara göre anlamlı derecede ($p<0.001$) düşük, ölen grubun KB diastolik ortalaması taburcu olanlara göre anlamlı derecede ($p<0.001$) düşük, ölen grubun O2 saturasyonu ortalaması, taburcu olanlara göre anlamlı derecede ($p=0.003$) düşük bulundu. Ölen hastalar ile taburcu olan

hastaların ateş ortalamaları arasında anlamlı farklılık ($p=0.793$) olmadığı görüldü. Ölen hastalar ile taburcu olan hastaların solunum sayısı ortalamaları arasında anlamlı farklılık ($p=0.137$) olmadığı görüldü (Tablo 17).

Tablo 4.16. Hastaya yatış kararı veren bölüm ile servisteki durumu arasındaki ilişki

		Servisteki durumu					P değeri	
		Taburcu			Ölüm			
		Sayı	Satır (%)	Sütun (%)	Sayı	Satır (%)		Sütun (%)
Yatış kararı veren bölüm	Anestezi	8	61.5	1.4	5	38.5	4.4	0,002
	Beyin cerrahi	19	67.9	3.4	9	32.1	8.0	
	Covid servis	48	72.7	8.6	18	27.3	15.9	
	Endokrinoloji	4	80	0.7	1	20.0	0.9	
	Enfeksiyon hastalıkları	20	87	3.6	3	13.0	2.7	
	Gastroenteroloji	60	84.5	10.8	11	15.5	9.7	
	Genel cerrahi	40	88.9	7.2	5	11.1	4.4	
	Göğüs cerrahi	18	85.7	3.2	3	14.3	2.7	
	Göğüs hastalıkları	63	82.9	11.3	13	17.1	11.5	
	Göz hastalıkları	5	100	0.9	0	0	0	
	Hematoloji	30	85.7	5.4	5	14.3	4.4	
	Kadın hastalıkları	3	100	0.5	0	0	0	
	Kalp damar cerrahisi	4	100	0.7	0	0	0	
	Kardiyoloji	122	91	21.9	12	9.0	10.6	
	Kulak burun boğaz	8	100	1.4	0	0	0	
	Medikal onkoloji	6	60	1.1	4	40	3.5	
	Nefroloji	28	71.8	5.0	11	28.2	9.7	
	Nöroloji	24	70.6	4.3	10	29.4	8.8	
	Ortopedi	27	100	4.8	0	0	0	
	Plastik cerrahi	7	100	1.3	0	0	0	
Psikiyatri	1	100	0.2	0	0	0		
Üroloji	12	80	2.2	3	20.0	2.7		

0,002

Çalışmaya dahil edilen hastalar yattıkları servislerden taburcu edilenler ve yattıkları servislerde ölen hastalar olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırılmak amacıyla laboratuvar değerleri hesaplandı. Yattıkları serviste ölen hastalar ile yattıkları servislerden taburcu olan hastalar karşılaştırıldığında glukoz ($p=0.204$), amilaz

(p=0.662), lipaz (p=0.484), CK (p=0.29), sodyum (p=0.994), HCT (p=0,167), MCV (p=0,089), PLT (p=0.157) değerleri arasında anlamlı fark tespit edilmedi. Yattıkları servislerde ölen hastalarda BUN (p<0.001), kreatinin (p<0.001), total bilirubin (p<0.001), direkt bilirubin (p<0.001), AST (p<0.001), ALT (p=0.001), ALP (p=0.001), GGT (p=0.004), LDH (p<0.001), potasyum (p=0.004), WBC (p=0.009), nötrofil (p<0.001), lenfosit (p<0.001), INR (p<0.001), APTT (p<0.001), CRP (p<0.001) değerleri ve nötrofil/lenfosit oranı taburcu olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Total protein (p<0.001), albümin (p<0.001), kalsiyum (p<0.001), hemoglobin (p=0.031) değerleri ise ölen hastalarda, taburcu olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktü (Tablo 18).

Tablo 4.17. Taburcu olan ve ölen gruplar farklılıkları (Yaş, yatış süresi, vital bulgular)

Parametre	Servisteki durumu				P değeri
	Taburcu		Ölüm		
	Ortalama±S	Ortanca (EK-EY)	Ortalama±S	Ortanca (EK-EY)	
Yaş	75.90±7.90	74 (65-98)	78.21±8.75	78(65-100)	0.011
Yatış süresi	8±15	5(1-276)	14±14	10(1-73)	<0.001
Ateş	36.28±0.47	36 (36-39.2)	36.29±0.46	36(35.6-38)	0.793
Solunum sayısı	19.52±3.12	20(10-36)	20.10±3.76	20(10-32)	0.137
Nabız sayısı	82.18±14.84	80(40-168)	90.46±22.1	84(52-172)	<0.001
KB sistolik	128.40±24.35	127(50-244)	116.81±28.22	123(50-230)	<0.001
KB diastolik	79.32±12.37	80(30-138)	72.82±16.44	78(30-116)	<0.001
O2 satürasyonu	96.08±3.97	97(65-100)	94.47±6.82	96(42-99)	0.003

KB: Kan Basıncı, O2: Oksijen, EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma

Tablo 4.18. Taburcu olan ve ölen hastaların laboratuvar bulguları karşılaştırması

Parametre	Servisteki durumu				P değeri
	Taburcu		Ölüm		
	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)	
Glukoz	162.97±95.47	130(47-173.67)	173.67±103.43	151(12+677)	0.204
BUN	29.78±43.48	21.5(3.18-929)	45.81±34.28	30.67(6.46+169.35)	<0.001
Kreatinin	1.40±1.39	0.99(0.1-14.94)	2.01±1.70	1.26(0.5+7.83)	<0.001
Total protein	6.92±3.99	6.8(2.2-77)	6.33±0.90	6.3(4+9.3)	<0.001
Albümin	3.27±0.68	3.4(0-7)	2.82±0.68	2.8(1+4.6)	<0.001
Total bilirubin	1.21±2.50	0.7(0.1-29.65)	1.76±3.08	1.14(0.16+24.94)	<0.001
Direkt bilirubin	0.73±2.13	0.3(0.1-23)	1.03±1.94	0.53(0.1+14.9)	<0.001
AST	46.92±127.11	22(3.8-1880)	215.72±1141.16	32(6+11411)	<0.001
ALT	37.20±96.27	17(1-1101)	171.12±806.01	24(6+6969)	0.001
ALP	116.70±113.07	88(7-986)	155.75±174.03	97.5(10+1221)	0.001
GGT	80.44±202.69	25(1-3358)	86.41±122.23	41(7+802)	0.004
LDH	330.91±271.14	273(24-3567)	718.75±1941.66	374(93+20000)	<0.001
CK	175.64±486.74	68(4-8531)	364.84±1617.03	83(8+15505)	0.290
Amilaz	114.32±299.69	62(2-3704)	78.97±75.67	62(11+536)	0.662
Lipaz	173.32±966.96	24(4-12000)	49.40±52.93	28(4+241)	0.484
Sodyum	135.21±9.58	137(14-163)	135.43±14.69	136(7.19+178)	0.944
Potasyum	4.57±3.72	4.31(0.03-90)	4.82±1.31	4.53(2.84+10)	0.004
Kalsiyum	8.73±0.69	8.8(6.4-11.6)	8.36±1.10	8.3(4.9+16.3)	<0.001
WBC	10.47±5.77	9.32(0.36-51)	21.32±89.29	11.03(0.55+957.13)	<0.001
HB	12.21±6.59	12.3(3.1-15.5)	11.42±2.81	11.4(3.9+17.1)	<0.001
HCT	36.00±7.88	37.1(1.5-59)	35.25±8.23	35.1(12.8+53.2)	0.167
MCV	85.37±7.39	85.5(57-127.6)	86.35±11.78	86.8(4.2+112.9)	0.089
Nötrofil	7.89±5.15	6.64(0.02-335.27)	10.71±7.73	9.23(0.02+37.28)	<0.001
Lenfosit	1.56±1.51	1.26(0.15-24.54)	9.41±85.36	0.91(0.1+908.48)	<0.001
PLT	248208.26±127416.24	229000(1000-1102000)	231362.83±129682.38	215000(4000+850000)	0.157
INR	1.19±0.64	1.05(0.8-9.14)	1.60±1.15	1.29(0.89+10.03)	<0.001
APTT	32.31±33.79	25.4(0.31-446.1)	41.15±44.62	28.60(17.7+308.5)	<0.001
CRP	4.71±7.03	1.85(0.3-73)	7.72±9.67	4.47(0.31+54)	<0.001
Nötrofil/Lenfosit	8.60±11.81	4.64(0.02-130.47)	15.41±19.46	9.56(0.04+129.93)	<0.001

EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma, BUN: Kan Üre Azotu, AST: Aspartat Aminotransferaz, ALT: Alanin Amino Transferaz, ALP: Alkalen Fosfataz, GGT: Gama Glutamil Transferaz, LDH: Laktat Dehidrojenaz, CK: Kreatin Kinaz, WBC: Beyaz kan hücresi, HB: Hemoglobin, HCT: Hematokrit, MCV: Ortalama Hücresel Hacim, PLT: Platelet, INR: International Normalised Ratio, APTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı, CRP: C-Reaktif Protein

Çalışmaya dahil edilen hastalar servise yatan hastalar ve yoğun bakıma yatan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Karşılaştırılmak amacıyla hastaların yatış süreleri, yaşları ve vital bulguları ortalama olarak hesaplandı. Bu iki gruptaki hastaların yaş ($p=0.194$), ateş ($p=0.160$), KB diastolik ($p=0.069$) ve O₂ satürasyonları ($p=0.068$) arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. Ancak yoğun bakıma yatırılan hastalarda servislere yatan hastalara göre yatış süresi ($p=0.004$), solunum sayısı ($p=0.003$) ve nabız sayısı ($p=0.017$) anlamlı düzeyde daha yüksek, KB sistolik ($p=0.028$) değeri anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü (Tablo 19).

Tablo 4.19. Servise Yatan Yoğun Bakıma yatan Gruplar Farklılıklar (Yaş, yatış süresi, vital bulgular)

Parametre	Yatış Birimi				P değeri
	Servis		Yoğun Bakım		
	Ortalama±	Ortanca	Ortalama±	Ortanca	
	SS	(EK-EY)	SS	(EK-EY)	
Yaş	75.95±8.04	74(65-98)	76.7±8.15	75(65-100)	0.194
Yatış Süresi	7±7	5(1-52)	11±20	6(1-276)	0.004
Ateş	36.31±0.5	36(36-39.2)	36.25±0.42	36(35.6-38.8)	0.160
Solunum Sayısı	19.28±3.01	20(12-33)	20.04±3.46	20(10-36)	0.003
Nabız Sayısı	81.12±12.28	80(48-128)	86.59±20.26	80(40-172)	0.017
KB Sistolik	128.31±20.8	127(78-244)	124.16±29.9	125(50-231)	0.028
	1		6		
KB Diastolik	79.59±10.26	80(45-133)	76.55±16.23	80(30-138)	0.069
O2 Satürasyonu	96.33±3.21	97(65-99)	95.18±5.83	97(42-100)	0.068

KB: Kan Basıncı, O₂: Oksijen, EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma

Çalışma hastalarımız, servise yatan hastalar ve yoğun bakıma yatan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Karşılaştırılmak amacıyla hastaların laboratuvar değerleri ortalama olarak hesaplandı. Bu iki gruptaki hastaların total protein ($p=0.409$), albümin ($P=0.198$), total bilirubin ($p=0.324$), direkt bilirubin ($p=0.387$), ALT ($p=0.096$), ALP ($p=0.566$), GGT ($p=0.786$), amilaz ($p=0.633$), lipaz ($p=0.238$), sodyum ($p=0.117$), kalsiyum ($p=0.056$), MCV ($p=0.838$), lenfosit ($p=0.574$), PLT ($p=0.843$), CRP ($p=0.060$), nötrofil/lenfosit ($p=0.061$) değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Yoğun

bakıma yatırılan hastalarda servise yatırılan hastalara göre WBC (P=0.017) değeri anlamlı düşük bulunurken; glikoz (p=0.003), BUN (p=0.001), kreatinin (p<0.001), AST (p<0.001), LDH (p<0.001), CK (p<0.001), potasyum (p<0.001), HB (p=0.030), HCT (p=0.005), nötrofil (p=0.007), INR (p<0.001), APTT (p<0.001) değerleri düzeyde yüksek bulundu (Tablo 20).

Tablo 4.20. Servise Yatan Yoğun Bakıma yatan Gruplar Farklılıklar (Laboratuvar değerleri)

Parametre	Servisteki Sonlanım				P değeri
	Taburcu		Ölüm		
	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EY)	
Glukoz	153.54±86.87	129(47-682)	178.54±106.4	142(12-677)	0.003
BUN	28.08±20.79	21.29(4.49-158.6)	37.85±58.48	24.95(3.18-929)	0.001
Kreatinin	1.40±1.51	0.94(0.1-14.94)	1.62±1.4	1.12(0.4-12.37)	<0.001
Total Protein	6.81±3.05	6.7(2.2-61)	6.83±4.28	6.6(3.2-77)	0.409
Albümin	3.24±0.67	3.3(0.45-7)	3.15±0.72	3.3(0-4.7)	0.198
Total Bilirubin	1.38±3.02	0.7(0.11-29.65)	1.2±2.03	0.77(0.1-24.94)	0.324
Direkt Bilirubin	0.84±2.47	0.32(0.1-23)	0.71±1.56	0.33(0.1-15)	0.387
AST	43.38±103.28	21(3.8-1155)	115.08±715.83	25(4-11411)	<0.001
ALT	37.78±97.05	17(1-1101)	86.92±503.25	18(2-6969)	0.096
ALP	124.21±128.37	89(10-986)	122.18±123.6	90(4-1221)	0.566
GGT	93.46±233.88	26(3-3358)	66.77±118.83	29(1-1291)	0.786
LDH	317.54±258.26	267.5(24-35.67)	494.12±1227.2	310(18-20000)	<0.001
CK	152.19±518.57	59(7-8531)	268.88±1010.4	90.5(4-15505)	<0.001
Amilaz	136.59±372.77	61(2-3704)	77.55±73.46	63(11-797)	0.633
Lipaz	252.09±1212.8	23(4-12000)	43.05±52.29	26.5(4-413)	0.238
Sodyum	134.99±10	136(14-152)	135.56±11.32	137(87.19-178)	0.117
Potasyum	4.37±0.82	4.27(0.03-8.5)	4.91±5.02	4.48(2.5-90)	<0.001
Kalsiyum	8.73±0.68	8.7(6.7-11.6)	8.6±0.9	8.6(4.9-16.3)	0.056
WBC	13.09±49.72	9.27(0.36-957.13)	11.33±6.33	10.08(0.55-56.14)	0.017
HB	12.02±7.92	12(3.1-15.5)	12.15±2.58	12.3(3.9-18.1)	0.030
HCT	34.97±7.96	36.4(1.6-50)	36.98±7.79	37.2(1.5-59)	0.005
MCV	85.58±7.93	85.7(54-127.6)	85.48±8.73	85.7(4.2-112.9)	0.838
Nötrofil	8.01±5.94	6.64(0.02-35.47)	8.80±5.52	7.59(0.02-37.28)	0.007
Lenfosit	3.93±47.25	1.22(0.1-908.48)	1.60±1.56	1.2(0.12-17.04)	0.574
PLT	245124.66±131	231000(1000-547.81)	245664.45±123	224000(2000-1102000)	0.843
INR	1.17±0.67	1.04(0.8-9.14)	1.37±0.86	1.12(0.85-10.3)	<0.001
APTT	32.28±39.08	25.2(0.31-446.1)	35.62±31.9	26.8(17.5-308.5)	<0.001
CRP	5.47±7.52	2.37(0.3-73)	4.93±7.75	1.54(0.3-54)	0.060
Nötrofil/Lenfosit	8.98±13.01	4.89(0.02-130.47)	10.68±14.32	6.13(0.03-129.93)	0.061

EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma, BUN: Kan Üre Azotu, AST: Aspartat Aminotransferaz, ALT: Alanin Amino Transferaz, ALP: Alkalen Fosfat, GGT: Gama Glutamil Transferaz, LDH: Laktat Dehidrojenaz, CK: Kreatin Kinaz, WBC: Beyaz kan hücresi, HB: Hemoglobin, HCT: Hematokrit, MCV: Ortalama Hücresel Hacim, PLT: Platelet, INR: International Normalised Ratio, APTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı, CRP: C-Reaktif Protein

Hastalar yatış birimi olarak servise yatan hastalar ve yoğun bakıma yatan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Yatış kararı veren bölümler ile yatış birimi arasındaki ilişkiye

bakıldı. Bu analiz sonucunda hastalara yatış kararı veren bölümler ile yatış birimi arasında anlamlı ($p<0.001$) farklılık tespit edildi (Tablo 21).

Tablo 4.21. Hastalara yatış kararı veren bölüm ile yatış birimi arasındaki karşılaştırmalar

		Yatış Birimi						
		Servis			Yoğun Bakım			
		Sayı	Satır (%)	Sütun (%)	Sayı	Satır (%)	Sütun (%)	
Yatış kararı veren bölüm	Anestezi	0	0	0	13	100.0	4.3	<0.001
	Beyin Cerrahi	5	17.9	1.4	23	82.1	7.6	
	Covid Servis	40	60.6	10.8	26	39.4	8.6	
	Endokrinoloji	4	80.0	1.1	1	20.0	0.3	
	Enfeksiyon Hastalıkları	16	69.6	4.3	7	30.4	2.3	
	Gastroenteroloji	55	77.5	14.9	16	22.5	5.3	
	Genel Cerrahi	30	66.7	8.1	15	33.3	5.0	
	Göğüs Cerrahi	17	81.0	4.6	4	19.0	1.3	
	Göğüs Hastalıkları	45	59.2	12.2	31	40.8	10.3	
	Göz Hastalıkları	5	100.0	1.4	0	0	0	
	Hematoloji	30	85.7	8.1	5	14.3	1.7	
	Kadın Hastalıkları	3	100.0	0.8	0	0.0	0	
	Kalp Damar Cerrahisi	1	25.0	0.3	3	75	1	
	Kardiyoloji	26	19.4	7.0	108	80.6	35.9	
	Kulak Burun Boğaz	7	87.5	1.9	1	12.5	0.3	
	Medikal Onkoloji	6	60.0	1.6	4	40	1.3	
	Nefroloji	26	66.7	7.0	13	33.3	4.3	
	Nöroloji	7	20.6	1.9	27	79.4	9.0	
	Ortopedi	27	100.0	7.3	0	0	0	
	Plastik Cerrahi	7	100.0	1.9	0	0	0	
	Psikiyatri	1	100.0	0.3	0	0	0	
	Üroloji	11	73.3	3.0	4	26.7	1.3	

Çalışmaya dahil edilen acil servisten hastaneye yatırılan 65 yaş üstü 670 hastanın 148'inden (%22.1) covid PCR testi çalışılmıştır. Çalışılan bu 148 testin 143'ü (%96.6) negatif, 5'i (%3.4) pozitif olarak gelmiştir (Tablo 22).

Tablo 4.22. Çalışılan covid PCR sonuçları

PCR Sonucu		Sayı	Yüzde (%)
		143	96.6
		5	3.4
		148	100.0

Çalışmamızda hastaneye yatan hastalar yattıkları gün sayısına göre; 1-7 gün arasında yatanlar, 8-14 gün arasında yatanlar ve 15 günden fazla yatanlar olarak 3 gruba ayrıldı. Hastaların 430'u (%64.2) 1-7 gün, 136'sı (%20.3) 8-14 gün, 104'ü (%15.5) 15 günden fazla süre hastanede yattığı tespit edildi. Taburcu olan hastaların %68.2'sini 1-7 gün arasında yatanlar, %20.5'ini 8-14 gün arasında yatanlar, %11.3'ünü 15 günden fazla yatan hastalar oluşturduğu saptandı. Ölen hastaların ise %44.2'sini 1-7 gün arasında yatanlar, %19.5'ini 8-14 gün arasında yatanlar, %36.3'ünü 15 günden fazla yatanlar oluşturduğu görüldü. Yatış süreleri ile hastaların yattıkları servisteki sonlanımları arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.001$) tespit edildi (Tablo 23).

Tablo 4.23. Hastaların yattıkları gün sayısı ile taburculuk ile ölüm durumlarının karşılaştırılması

			Servisteki Durumu			P değeri
			Taburcu	Ölüm	Toplam	
		Sayı	380	50	430	
		Yüzde (%)	68.2	44.2	64.2	
Yattığı Gün Sayısı	1-7 Gün	Sayı	114	22	136	<0.001
	8-14 Gün	Sayı	20.5	19.5	20.3	
	15 Günden fazla	Sayı	63	41	104	
		Yüzde (%)	11.3	36.3	15.5	

Hastaların hastanedeki yatış süreleri incelendi. Taburcu olan ve ölen hastaların yatış süreleri karşılaştırıldı. Taburcu olanlar ortalama 8 gün hastanede yatarken, ölen hastalar ortalama 14 gün yattı. Ölen hastaların taburcu olan hastalara göre anlamlı ($p<0.001$) düzeyde uzun süre yattığı görüldü (Tablo 24).

Tablo 4.24. Yatış Süresi ile servisteki sonlanım durumlarının karşılaştırılması

	Servisteki Durumu		Ölüm		P değeri
	Taburculuk				
	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EB)	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EB)	
Yatış Süresi	8±15	5(1-276)	14±14	10(1-73)	<0,001

EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma

Servise yatan hastalar ile yoğun bakımda yatan hastaların yatış süreleri karşılaştırıldı. Serviste yatanlar ortalama 7 gün yatarken, yoğun bakımda yatanlar ortalama 11 gün yattı. Yoğun bakımda yatan hastaların serviste yatan hastalara göre daha uzun süre yattığı anlamlı olarak ($p=0.004$) saptandı (Tablo 25).

Tablo 4.25. Yatış Süresi ile yatış birimi arasındaki karşılaştırmalar

Yatış Süresi	Yatış Birimi				P değeri
	Servis		Yoğun Bakım		
	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EB)	Ortalama±SS	Ortanca (EK-EB)	
	7±17	5(1-52)	11±20	6(1-276)	

EK: En Küçük, EY: En Yüksek, SS: Standart Sapma

Hastalara yapılan görüntüleme tetkikleri incelendiğinde; hastaların bir kısmına birden fazla görüntüleme tetkiki uygulandığı, hastaların 529'una (%78.96) BT (Bilgisayarlı Tomografi), 156'sına (%23.28) USG(Ultrasonografi), 35'ine(%5.2) MR (Manyetik Rezonans), 56'sına (%8.35) direkt grafi tetkiki uygulandığı saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 4.26. Çalışmaya dahil edilen hastalara uygulanan görüntüleme tetkikleri

Görüntüleme Yöntemi	Sayısı	Yüzde
BT	529	78,96
MR	35	5,22
USG	156	23,28
Direk Grafiği	56	8.35

Çalışmamızdaki hastalarımızın 66'sı covid tanısı ile covid servisine yatırıldı. Covid hastaları servise yatarken genel olarak PCR test pozitifliği veya toraks BT tutulumu kriter olarak belirlendi. Çalışmadaki 66 hastanın 49'una (%74.2) PCR testi yapıldı. Yapılan bu testlerin 44'ü (%89.8) negatif sonuçlanırken, 5'i (%10.2) pozitif olarak sonuçlandı (Tablo 27).

Tablo 4.27. Covid hastalarında PCR testi pozitiflik oranları

PCR Sonucu		Sayı	Yüzde (%)
	Negatif	44	89.8
	Pozitif	5	10.2
	Toplam	49	100.0

Covid hastalarının laboratuvar değerleri ile yattıkları servisten taburculuk ve ölüm durumları arasındaki ilişki araştırıldı. Bu amaçla rutin çalışılan laboratuvar değerleri ve covid hastalarına özel çalışılan laboratuvar değerlerinin ortalamaları hesaplandı. Hastaların glikoz (p=0.935), BUN (p=0.102), kreatinin (p=0.137), direkt bilirubin (p=0.160), AST (p=0.176), GGT (p=0.428), LDH (p=0.326), CK (p=0.164), amilaz (p=0.191), lipaz (p=0.113), sodyum (p=0.671), WBC (p=0.169), HB (p=0.268), HCT (p=0.558), nötrofil (p=0.501), lenfosit (p=0.087), PLT (p=0.901), CRP (p=0.064), nötrofil/lenfosit (p=0.242), total bilirubin (p=0.117) değerlerinin yattıkları servisten taburcu olan ve yattıkları serviste ölen hastalar arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Taburcu olan hastalarda total protein (p=0.008), albümin (p=0.02), kalsiyum (p=0.002) değerleri diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Ölen hasta grubunda ise ALT (p=0.045), ALP (p=0.045), potasyum (p=0.025), MCV (p=0.027), INR (p=0.040), APTT (p=0.023) değerleri diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Covid hastalarının PH (p=0.060), PCO2 (p=0.590), D-dimer (0.089), IL-6 (p=0.164), ferritin (p=0.188), troponin (p=0.093) değerlerinin taburcu olan ile ölenler arasında anlamlı bir farklılığı tespit edilemedi. Ölenlerde laktat (p=0.006) ve PCT (p=0.012) değerlerinin, taburcu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (Tablo 28).

Covid hastalarının laboratuvar değerleri ile servis ve yoğun bakımda yatma durumları arasındaki ilişki araştırıldı. Bu amaçla rutin çalışılan laboratuvar değerleri ve covid hastalarına özel çalışılan laboratuvar değerlerinin ortalamaları hesaplandı. Hastaların glukoz (p=0.439), total protein (p=0.487), total bilirubin (p=0.128), amilaz (p=0.512), lipaz (p=0.268), sodyum (p=0.979), HB (P=0.118), HCT (P=0.600), lenfosit

($p=0.205$), PLT ($P=0.503$), APTT ($P=0.120$) değerleri arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Yoğun bakımda yatan hastaların BUN ($p<0.001$), kreatinin ($p=0.001$), direkt bilirubin ($p=0.017$), AST ($p=0.001$), ALT ($p<0.001$), ALP ($p=0.012$), GGT ($p=0.003$), LDH ($p=0.003$), CK ($p=0.037$), potasyum ($p=0.008$), MCV ($p=0.026$), nötrofil ($p=0.010$), INR ($p=0.001$), CRP ($p=0.035$), nötrofil/lenfosit ($p=0.004$) değerleri serviste yatanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Yoğun bakımda yatan hastaların albümin ($p=0.012$) ve kalsiyum ($p=0.072$) değerleri serviste yatan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Covid hastalarının PCO₂ ($p=0.636$), ferritin ($p=0.643$) değerlerinde serviste yatan ve yoğun bakımda yatan hasta grupları arasında anlamlı fark görülmedi. PH ($p<0.001$) değeri yoğun bakımda yatan hastalarda anlamlı düzeyde düşük bulunurken, laktat ($p<0.001$), d-dimer ($p=0.003$), IL-6 ($p<0.001$), troponin ($p=0.002$), PCT ($p=0.003$) değerleri serviste yatan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 4.28. Covid hastalarında taburcu olan ve ölen grupların laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

Parametre	Servisteki Sonlanım		P değeri
	Taburcu	Ölüm	
	Ortalama	Ortalama	
Glukoz	167.92+119.17	165.33+101.78	0.935
BUN	26.20+15.28	41.76+37.34	0.102
Kreatinin	1.18+0.54	1.9+1.94	0.137
Total Protein	6.78+0.82	6.17+0.76	0.008
Albümin	3.31+0.57	2.76+0.75	0.002
Total Bilirubin	0.82+0.52	1.28+1.85	0.117
Direkt Bilirubin	0.46+0.58	0.81+1.44	0.160
AST	29.63+29.36	65.94+107.89	0.176
ALT	22.65+27.34	44.78+61.1	0.045
ALP	97.69+55.12	137.22+71.94	0.045
GGT	61.15+99.61	83.33+103.82	0.428
LDH	307.42+164.43	361.11+264.68	0.326
CK	115.40+161.62	294.33+513.98	0.164
Amilaz	72.50+40.10	143.3+155.88	0.191
Lipaz	30.64+22.89	81.8+91	0.113
Sodyum	133.21+18.06	135.05+4.92	0.671
Potasyum	4.22+1.06	4.92+1.25	0.025
Kalsiyum	8.74+0.62	8.02+1.18	0.002
WBC	11.05+5.64	8.99+4.58	0.168
HB	12.28+2.11	11.6+2.47	0.268
HCT	36.95+5.95	35.927+7.14	0.558
MCV	85.32+5.46	89.91+7.37	0.007
Nötrofil	8.49+5.50	7.49+4.7	0.501
Lenfosit	1.28+0.83	0.9+0.71	0.087
PLT	249729.17+91225.17	246111.11+135426.08	0.901
INR	1.10+0.18	1.61+0.92	0.040
APTT	27.90+7.85	51.42+37.03	0.023
CRP	5.27+6.14	10.85+11.49	0.064
Nötrofil/Lenfosit	10.81+12.69	15.28+16.24	0.242
pH	7.38+0.10	7.26+0.23	0.060
PCO2	38.60+10.04	38.72+13.58	0.590
Laktat	1.96+1.74	3.84+3.54	0.006
Ferritin	387.26+457.94	633.97+575.3	0.188
IL-6	351.79+963.59	751.74+1168.02	0.164
D-dimer	2.72+3.51	6.96+6.3	0.089
Troponin	939.52+5829.11	2431.93+9129.32	0.093
PCT	0.72+1.58	6.35+7.27	0.012

SS: Standart Sapma, BUN: Kan Üre Azotu, AST: Aspartat Aminotransferaz, ALT: Alanin Amino Transferaz, ALP: Alkalen Fosfataz, GGT: Gama Glutamil Transferaz, LDH: Laktat Dehidrojenaz, CK: Kreatin Kinaz, WBC: Beyaz kan hücresi, HB: Hemoglobin, HCT: Hematokrit, MCV: Ortalama Hücresel Hacim, PLT: Platelet, INR: International Normalised Ratio, APTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı, CRP: C-Reaktif Protein, PH: Potansiyel Hidrojen, PCO2: Parsiyel Karbondioksit Basıncı, IL-6: İnterlökin 6, PCT: Prokalsitonin

Tablo 4.29. Covid hastalarında servise yatan ve yoğun bakıma yatan grupların laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

Parametre	Yatış Birimi		P değeri
	Servis	Yoğun Bakım	
	Ortalama+SS	Ortalama+SS	
Glukoz	152.08+97.74	190.50+133.85	0.439
BUN	22.77+14.38	42.24+30.86	<0.001
Kreatinin	1.03+0.47	1.90+1.60	0.001
Total Protein	6.69+0.58	6.48+1.16	0.487
Albümin	3.32+0.58	2.90+0.73	0.012
Total Bilirubin	0.74+0.38	1.25+1.60	0.128
Direkt Bilirubin	0.35+0.19	0.88+1.37	0.017
AST	22.25+7.99	66.12+94.42	0.001
ALT	17.48+7.93	45.92+59.93	<0.001
ALP	89.88+40.87	137.08+77.71	0.012
GGT	45.33+75.48	100.85+124.13	0.003
LDH	268.03+111.89	405.19+261.89	0.003
CK	107.85+158.16	256.32+446.96	0.037
Amilaz	67.22+28.80	122.87+132.23	0.512
Lipaz	25.33+16.31	67.93+77.58	0.268
Sodyum	133.00+19.62	134.81+5.39	0.979
Potasyum	4.04+0.82	4.98+1.35	0.008
Kalsiyum	8.68+0.65	8.33+1.10	0.072
WBC	9.64+5.84	11.79+4.49	0.051
HB	12.40+2.19	11.63+2.23	0.118
HCT	36.91+6.25	36.31+6.38	0.600
MCV	85.29+4.74	88.55+7.89	0.026
Nötrofil	7.14+5.65	9.86+4.25	0.010
Lenfosit	1.20+0.64	1.16+1.03	0.205
PLT	248050+111346.3	249807.69+93705.93	0.503
INR	1.12+0.25	1.49+0.82	0.001
APTT	30.11+16.66	42.52+30.10	0.120
CRP	5.05+6.14	9.64+10.39	0.035
Nötrofil/Lenfosit	9.59+12.86	15.78+14.50	0.004
pH	7.41+0.06	7.26+0.21	<0.001
PCO2	36.94+7.37	41.04+14.67	0.636
Laktat	1.58+0.52	3.83+3.51	<0.001
Ferritin	420.31+485.71	439.1+478.77	0.643
IL-6	147.94+327.03	1195.99+1697.32	<0.001
D-dimer	1.99+2.49	7.71+5.73	0.003
Troponin	66.10+160.06	3458.75+10950.6	0.002
PCT	0.70+1.64	5+6.68	0.003

SS: Standart Sapma, BUN: Kan Üre Azotu, AST: Aspartat Aminotransferaz, ALT: Alanin Amino Transferaz, ALP: Alkalen Fosfataz, GGT: Gama Glutamil Transferaz, LDH: Laktat Dehidrojenaz, CK: Kreatin Kinaz, WBC: Beyaz kan hücresi, HB: Hemogloblin, HCT: Hematokrit, MCV: Ortalama Hücresel Hacim, PLT: Platelet, INR: International Normalised Ratio, APTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı, CRP: C-Reaktif Protein, PH: Potansiyel Hidrojen, PCO2: Parsiyel Karbondioksit Basıncı, IL-6: İnterlökin 6, PCT: Prokalsitonin

5. TARTIŞMA

Yapmış olduğumuz bu çalışmada acil servise başvuran tüm 65 yaş üstü hastaların %31.16'sının hastaneye yatırıldığı tespit edilmiştir. Hastaların %58.8'inin erkek, %41.2'sinin kadın ve tüm hastaların yaş ortalamasının 76.29 olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunu 65-74 yaş aralığındaki hastalar oluşturmuştur. Çalışmamızda hastaların 301'inin (%44.9) yoğun bakımlara yatırıldığı görülmüştür. Hastaların ortalama yatış süreleri 9 gün olarak saptanmıştır. Hastalarda en sık görülen ek hastalık DM olmuştur. Tüm hastaların %16.9'u yatırıldıkları birimde ölmüş geri kalanı tabucu olmuştur. Sayısal olarak en çok ölümün gerçekleştiği bölüm covid servisi iken oransal olarak en sık ölümün gerçekleştiği bölüm medikal onkoloji olmuştur. En çok yatış yapılan bölümün kardiyoloji olduğu tespit edilmiştir. Yapılan yatışlar incelendiğinde en sık yatış tanısı AKS (%13.58) olmuştur. Çalışmamızdaki hastaların en sık nefes darlığı (%18.2) şikâyeti ile acil servise başvurduğu görülmüştür. Yoğun bakımda yatan hastaların ölüm oranı, serviste yatanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Ölen hastaların, yaş ortalaması ve hastanede yatış sürelerinin taburcu olanlara göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Ölen hastaların tabucu olanlara göre anlamlı düzeyde hipotansif ve taşikardik olduğu bulunmuştur. Yatırıldıkları serviste ölen hastaların başvuruda bakılan BUN, kreatinin, total bilirubin, direkt bilirubin, AST, ALT, ALP, GGT, LDH, nötrofil, lenfosit, INR, APTT, CRP değerleri ve nötrofil/lenfosit oranı taburcu olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek iken total protein, albümin, kalsiyum ve hemoglobin değerleri anlamlı düşük bulunmuştur. Yoğun bakıma yatırılan hastaların, servise yatırılanlara göre hipotansif, taşikardik ve takipneik olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda yatan hastaların yatış süreleri serviste yatanlara göre anlamlı daha uzun bulunmuştur. Yoğun bakıma yatırılan hastalarda servise yatırılan hastalara göre WBC değeri anlamlı düşük bulunurken; glukoz, BUN, kreatinin, AST, LDH, CK, potasyum, HB, HCT, nötrofil, INR ve APTT değerlerinin anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki hastaların %22.1'ine PCR testi yapılmış ve bunların sadece %3.4'ünün pozitif olduğu görülmüştür. Covid hastalarının ise %10.2'sinde PCR pozitifliği görülmüştür. Hastaların %78.96'sında görüntüleme tetkiki olarak BT istenmiştir. Covid servisinde ölen hastaların, taburcu olanlara göre ALT, ALP, potasyum, MCV, INR, APTT, laktat ve PCT değerlerinin anlamlı yüksek, total protein, albümin, kalsiyum değerlerinin anlamlı düşük olduğu saptanmıştır. Covid hastalarında yoğun bakıma yatırılanların BUN, kreatinin, direkt

bilirubin, AST, ALT, ALP, GGT, LDH, CK, potasyum, MCV, nötrofil, INR, CRP, nötrofil/lenfosit, laktat, d-dimer, IL-6, troponin ve PCT değerlerinin servise yatırılanlara göre anlamlı yüksek; albümin, kalsiyum ve PH değerlerinin anlamlı düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılmış bazı çalışmalarda; %15.7 (47), %17.4 (39), %28 (41), %59.35 (44) gibi oranlarda yaşlı hastaların hastaneye yatırıldığı belirtilmiştir. Ayrıca 85 yaş ve üzeri hastaların incelendiği bir çalışmada hastaların %40.5'inin (43), genellikle bakımevi hastalarının dahil edildiği geriatrik hastaların acil başvurularının incelendiği başka bir çalışmada hastaların %44.3'ünün (55), yaşlı hastaların travma dışı acil servis başvurularının incelendiği diğer bir çalışmada ise hastaların %53.3'ünün hastaneye yatışının yapıldığı saptanmıştır (69). Bizim çalışmamızda da acil servise başvuran 65 yaş üstü 2150 hastanın 670'inin hastaneye yatırıldığı bunun acile başvuran tüm geriatrik hastaların %31.16'sını oluşturduğu saptandı. Çalışmamızdaki hastalarımızın yatış oranlarının yüksek olması, literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Literatürdeki diğer benzer çalışmalar incelendiğinde Karaveli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %53.4 erkek, %46.6 kadın (42), 85 yaş ve üzeri hastaların acil başvurularının incelendiği başka bir çalışmada %59 kadın, %41 erkek (43), bir diğer çalışmada ise %44 erkek, %56 kadın (69) hasta başvurusu olmuştur. Bizim çalışmamızda başvuran hastaların %58.8'i erkek, %41.2'si kadındı. Çalışmamızda erkek hasta başvuruları oransal olarak kadınlardan fazla olmakla birlikte cinsiyet yönünden kadın ve erkek hastaların sayı ve oranlarının birbirine yakın olması literatürle benzerlik göstermektedir.

Hastaların yaş ortalamaları literatürdeki bazı çalışmalarda 72 ile 78 arasında değişmektedir. (39, 40, 41, 42, 44, 45, 59, 69). Geriatrik hastaların travma dışı sebeplerle acil servise başvurularının incelendiği bir çalışmada hastaların %34'ü 65-74 yaş arası, %44,3'ü 75-84 yaş arası %21,3'ü ise 85 yaş üstü olarak bulunmuştur (69). Bedel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların %43.8'i 65-74, %45.4'ü 75-84, %10.8'i 85 yaş üzerinde (47), başka bir çalışmada ise hastaların %55'i 65-74, %31.1'i 75-84, %13.8'i 85 yaş üzerinde (39), Grudzen ve arkadaşlarının yaptığı diğer başka bir çalışmada ise hastaların %58.7'si 65-74, %21.9'u 75-84, %19.4'ü 85 yaş ve üzerinde bulunmuştur (38). Bizim çalışmamızda hastaların yaş ortalamaları 76.29 olarak bulunmuş olup 339'unun (%50.6) 65-74, 207'sinin (%30.9) 75-84, 124'ünün (%18.5) 85 yaş ve üzerinde

olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda, hastaların çoğunluğunun 65-74 yaş aralığında olduğu saptanmıştır.

Hastaneye yatırılan yaşlı hastaların servise veya yoğun bakıma yatırılma durumları incelendiğinde palyatif bakım hizmetlerine yoğunlaşmış bir merkezde yapılan bir çalışmada hastaların %98'inin servislere, %2'sinin yoğun bakımlara yatırıldığı (38), Satar ve arkadaşlarını yaptığı bir çalışmada ise hastaların %70.4'ü yoğun bakımlara %24.3'ü servislere yatırıldığı belirtilmiştir (44). Bizim çalışmamızda ise hastaların 369'u (%55.1) diğer servislere, 301'i (%44.9) yoğun bakımlara yatırıldığı görülmüştür. Çalışmanın yapıldığı merkezin niteliğine göre hastaların yoğun bakım yatış oranları değişiklik gösterebilmektedir.

Brezilya'da yapılan bir çalışmada geriatrik hastaların hastanede kalış süresi ortalaması 10.08 gün olarak bulunmuştur (54). Çalışmamızda da hastaneye yatırılan hastaların ortalama yatış süresi 9 gün olarak saptanmış olup bu durum literatürle benzerlik göstermektedir.

Travma dışı sebeplerle acil servise başvuran geriatrik hastaların incelendiği başka bir çalışmada hastaların ortalama sistolik kan basıncı 130.25mmHg, diyastolik kan basıncı 75.05mmHg, nabız sayısı 91.24 olarak hesaplanmış (69). Çalışmamıza dahil edilen hastaların vital bulguları incelenmiş ve ateş 36.28°C, solunum sayısı 19.62/dakika, nabız sayısı 83.58/dakika, sistolik kan basıncı 126.44 mmHg, diyastolik kan basıncı 78.23 mmHg, oksijen saturasyonu %95.81 olarak bulunmuştur. İncelenen bu değerler göz önüne alındığında çalışmamız literatürdeki çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Acil servisten yoğun bakımlara kabul edilen geriatrik hastaların incelendiği bir çalışmada en sık görülen ek hastalıklar; HT (%44.8), KAH (%43.2), hiperlipidemi (%31.1), KKY (%12.3), DM (%10.3), KOAH (%4.4) olarak saptanmıştır (42). Başka bir çalışmada hastaların %58.2'sinin HT, %33.4'ünün DM, %28.3'ünün KAH tanısının olduğu tespit edilmiştir (65). Yoğun bakıma yatan yaşlı hastaların incelendiği başka bir çalışmada hastaların %21,2'sinde HT, %17,8'inde KOAH, %16.6'sında DM olduğu görülmüştür (66). Çalışmamıza dahil edilen hastaların %89.7'sinde en az bir ek hastalık olup en sık görülen ek hastalık 187 (%27.91) DM olduğu görülmüştür. Literatürdeki diğer çalışmalarda en sık görülen ek hastalık HT iken çalışmamızda farklı olarak daha yüksek oranda DM görülmüştür.

Yaşlı hastaların acil servise başvuru nedenleri çalışmanın yapıldığı merkeze göre farklılık göstermekle birlikte genel olarak yapılan çalışmalarda hastaların; nefes darlığı, göğüs ağrısı ve travma gibi şikâyetlerle hastaneye başvurdıkları bildirilmiştir (46, 47, 55, 59, 61, 63, 68). Yapılan bir çalışmada geriatric hastalar için en sık acile başvuru nedenleri %21.5 genel durum bozukluğu, %15 nefes darlığı, %13 karın ağrısı, %9 göğüs ağrısı olarak tespit edilmiştir (46). Başka bir çalışmada geriatric hastaların acile en sık başvuru nedenleri %15.7 nefes darlığı, %15.7 karın ağrısı, %11.2 göğüs ağrısı, %7.5 ekstremitte ağrısı, %6.4 halsizlik olarak saptanmıştır (47). Genellikle bakımevi hastalarının olduğu başka bir çalışmada ise hastaların başvuru nedenleri sırayla %28 travma, %17.6 enfeksiyon, %15.5 kardiyak problemler %8.1 gastrointestinal problemler olarak bulunmuştur (55). Diğer başka bir çalışmada ise en sık yaşlı hasta başvuru nedeni travma (%20.74) olduğu bulunmuştur (59). Caplan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise hastaların %41 oranında kardiyovasküler şikâyetler ile acil servise başvurduğu gösterilmiştir (60). En sık acil başvuru sebepleri %9.3 nefes darlığı, %8.1 göğüs ağrısı, %7.6 karın ağrısı olarak görüldüğü çalışmalarda literatürde yer almaktadır (61). Yine literatürde en sık başvuru şikâyeti %34.4 göğüs ağrısı, %6.2 senkop, %5.8 nefes darlığı olarak belirlendiği çalışmalarda bulunmaktadır (63). 75 yaş üstü hastaların acil başvurularının incelendiği başka bir çalışmada da hastalar en çok göğüs ağrısı (%14.4), nefes darlığı (%12.6), ateş (%10), karın ağrısı (%9.3) şikâyetleri ile acil servise başvurmuştur (68). Bizim çalışmamızda hastaların acil servise başvurularındaki şikâyetler 122 (%18.2) nefes darlığı, 91 (%13.6) göğüs ağrısı, 70 (%10.4) karın ağrısı, 31 (%4.6) ateş, 30 (%4.5) düşme, 30 (%4.5) halsizlik, 24 (%3.6) öksürük, 23 (%3.4) bilinç bulanıklığı olduğu görülmüştür. Hastaların başvuru şikâyetleri incelendiğinde çalışmamızın literatürle benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Acil servislerden yoğun bakımlara yapılan kabul edilen geriatric hastaların incelendiği bir çalışmada en sık görülen yatış nedeninin miyokard enfarktüsü (%43.4) olduğu görülmüştür (42). Başka bir çalışmada ise en sık yatış yapılan hastalık nedeninin SVO (%8.8) olduğu bulunmuştur (44). Diğer bir çalışmada ise yaşlı hastaların en sık acil servis başvuru tanıları %4.8 pnömoni, %4.5 halsizlik, %4.3 DKY, %4.1 AF, %2.7 İYE olarak saptanmıştır (62). Acil servise başvuran yaşlı hastaların son tanılarının incelendiği diğer bir çalışmada hastaların %18.8'inde pnömoni, %6'sında DKY, %5.5'inde SVO tespit edilmiştir (64). Çalışmamızdaki hastalar en sık AKS (%13.58), covid (%9.5), DKY (%4.93), iskemik SVO (%4.18), KOAH atak (%3.73) tanıları ile hastaneye yatırılmıştır.

Genel olarak literatürde ve bizim çalışmamızda yaşlı hastalar kardiyak ve pulmoner nedenlerle hastaneye yatırılmıştır.

Acil servisten yoğun bakımlara yatırılan geriatrik hastaların incelendiği bir çalışmada hastaların yatırıldıkları yoğun bakımlardaki ölüm oranı %14.75 olarak bulunmuştur (42). Başka bir çalışmada yoğun bakıma yatan yaşlı hastaların %22.44'ü ölmüştür (48). 70 yaş üzeri hastaların incelendiği diğer bir çalışmada yoğun bakıma kabul edilen hastaların ölüm oranının %33 olduğu görülmüştür (49). Yoğun bakıma yatırılan hastaların mortalitelerinin incelendiği çalışmalarda ölüm oranları %14.4 (50), %19 (51), %13.6 (52) belirtilmiştir. Ayrıca Fransa'da Boumendil ve arkadaşlarının yaptığı 15 farklı merkezdeki yaşlı hastaların incelendiği bir çalışmada ölüm oranları %24 ile %49 arasında değişen değerlerde bulurken hastane içi ölüm oranları çalışmanın yapıldığı hastaneye göre farklı olabildiğini vurgulamıştır (53). Bizim çalışmamızda hastaların 557'si (%83.1) yattıkları birimden taburcu olurken 113'ü (%16.9) yattıkları birimde ölmüştür. Servislere yatan 369 hastanın 354'ü (%95.9) taburcu olurken, 15'i (%4.1) ölmüştür. Yoğun bakıma yatırılan 301 hastanın ise 203'ü (%67.4) taburcu olurken, 98'i (%32.6) yattıkları birimde ölmüştür. Yoğun bakıma yatan hastaların ölüm oranının, servise yatan hastaların ölüm oranından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda yoğun bakımlardaki ölüm oranının genel olarak diğer çalışmalara göre yüksek olduğu görülmektedir.

Genellikle bakım evi hastalarının olduğu bir çalışmada hastaların bulunduğu yaş aralığına göre ölüm oranları karşılaştırılmış ve erken yaşlılık dönemindeki hastaların %2.6'sı, yaşlılık dönemindeki hastaların %11.4'ü, ileri yaşlılık dönemindeki hastaların ise %9'unun öldüğü gözlenmiştir (55). Bizim çalışmamızda 65-74 yaş hastaların 45'i (%13.3), 75-84 yaş aralığındaki hastaların 39'u (%18.8), 85 ve üzerindeki hastaların ise 29'u (%23.4) öldü. Literatürdeki çalışmada ölüm oranı yaşla birlikte artarken bizim çalışmamızda yaş gruplarının ölüm oranlarında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Yoğun bakıma yatırılan hastaların incelendiği bir çalışmada hastaların en sık nörolojik hastalıklarla hastaneye yatırıldığı ve en sık kardiyovasküler nedenlerle öldüğü saptanmıştır (77). Bizim çalışmamızda ise hastaların en sık kardiyovasküler nedenlerle hastaneye yattığı ancak en fazla ölümün pulmoner nedenlerle olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda nötrofil/lenfosit oranının kardiyak nedenlerle takip edilen hastalarda (72, 73), pulmoner emboli olan hastalarda (74), inme hastalarında (75)

mortaliteyi tahmin etmede kullanılabilecek bir parametre olduğu, ölen hastalarda yüksek seyrettiği saptanmıştır. Yoğun bakım hastalarında yapılan bir araştırmada; CRP ve prokalsitonin yüksekliğinin ölen hastalarda taburcu olanlara göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (76). Bizim çalışmamızda yattıkları servislerde ölen hastalarda BUN, kreatinin, total bilirubin, direkt bilirubin, AST, ALT, ALP, GGT, LDH, potasyum, WBC, nötrofil, lenfosit, INR, APTT, CRP değerleri ve nötrofil/lenfosit oranı taburcu olan hastalara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Total protein, albümin, kalsiyum, hemoglobin değerleri ise ölen hastalarda taburcu olanlara göre anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda CRP değerinin ve nötrofil/lenfosit oranının ölen hastalarda yüksek seyretmesi literatürle benzerlik göstermektedir.

Yoğun bakıma yatan hastalar ve servise yatan hastaların total protein, albümin, total bilirubin, direkt bilirubin, ALT, ALP, GGT, amilaz, lipaz, sodyum, kalsiyum, MCV, lenfosit, PLT, CRP değerleri ve nötrofil/lenfosit oranları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yoğun bakıma yatırılan hastalarda servise yatırılan hastalara göre WBC değeri anlamlı düşük bulunurken; glikoz, BUN, kreatinin, AST, LDH, CK, potasyum, HB, HCT, nötrofil, INR, APTT değerleri anlamlı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ölen hastaların %44.2'sini 1-7 gün arasında yatanlar, %19.5'ini 8-14 gün arasında yatanlar, %36.3'ünü 15 günden fazla yatanlar oluşturdu. Yatış süreleri ile hastaların yattıkları servisteki sonlanımları arasında anlamlı farklılık olduğu hastaların genellikle yattıkları ilk hafta içerisinde veya iki hafta sonraki dönemde öldüğü saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların yatış süreleri ile mortaliteleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (48). Ölen ve taburcu olan hastaların yatış sürelerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ölen hastaların yatış sürelerinin taburcu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (67). Bizim çalışmamızda taburcu olan hastalar ortalama 8 gün hastanede yatarken, ölen hastalar ortalama 14 gün yatmıştır. Ölen hastaların taburcu olan hastalara göre anlamlı düzeyde fazla yattığı saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların yoğun bakımda kalış süresi 7.4 gün olarak bulunmuştur (48). Bizim çalışmamızda yoğun bakımda yatan hastaların ortalama 11 gün hastanede yattığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki yoğun bakım yatış süresinin literatürdeki çalışmaya göre daha uzun olduğu görülmektedir. Ayrıca bizim çalışmamızda yoğun

bakımda yatan hastaların serviste yatan hastalara göre anlamlı düzeyde daha uzun süre yattığı saptanmıştır.

Hastaların 529'una (%78.96) BT, 156'sına (%23.28) USG, 35'ine (%5.2) MR, 56'sına (%8.35) direkt grafi tetkiki uygulanmıştır.

65 yaş üstü covid hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %80.8'i servise yatırılırken %14.5'i yoğun bakıma yatırılmıştır (56). İtalya ve Çin'de yapılan birçok çalışmanın derlendiği başka bir çalışmada ise covid hastalarının ölüm oranlarının ortalama %20 olduğu görülmüştür (57). Bizim çalışmamızda 66 hasta covid tanısı ile covid servise yatırılmıştır. Bu hastaların %60.6'sı servise yatırılırken %39.4'ü yoğun bakıma yatırılmıştır. Çalışmamızdaki hastaların %72.7'si taburcu olurken, %27.3'ü ölmüştür. Bizim çalışmamızda covid hastalarının mortalitesinin literatürdeki çalışmalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda nötrofil/lenfosit oranının kardiyak nedenlerle takip edilen hastalarda (72, 73), pulmoner emboli olan hastalarda (74), inme hastalarında (75) mortaliteyi tahmin etmede kullanılabilecek bir parametre olduğu, ölen hastalarda yüksek seyrettiği saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada taburcu olan ve ölen covid hastaları karşılaştırılmış ve ölen hastaların nötrofil, CK, LDH, D-dimer, nötrofil/lenfosit oranının taburcu olan hastalara göre anlamlı yüksek; lenfosit ve albümin değerlerinin anlamlı düşük olduğu görüldü. Kreatinin, BUN ve ALT değerlerinin ise iki grup arasında farklı olmadığı görülmüştür (58). 14 makalenin derlendiği bir meta-analiz çalışmasında total protein, kreatinin, BUN, ALT, AST, d-dimer, WBC değerlerindeki yüksekliğin ve albümin, trombosit, lenfosit değerlerindeki düşüklüğün mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (70). Başka bir çalışmada ise d-dimer, ferritin, LDH, CRP ve nötrofil yüksekliği ölen hastalarda daha yüksek bulunmuştur (71). Ning Tang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada covid tanılı ölen hastalarda D-dimer ve APTT değerleri yüksek bulunmuştur (78). Bizim çalışmamızdaki covid hastalarının glikoz, BUN, kreatinin, total bilirubin, direkt bilirubin, AST, GGT, LDH, CK, amilaz, lipaz, sodyum, WBC, HB, HCT, nötrofil, lenfosit, PLT, CRP, PH, PCO2, D-dimer, IL-6, ferritin, troponin değerlerinde ve nötrofil/lenfosit oranında taburcu olan hastalar ve yattıkları serviste ölen hastalar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Ölen hastalarda total protein, albümin ve kalsiyum değerlerinin taburcu olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Ölen hastalarda ALT, ALP, potasyum, MCV, INR, APTT, laktat ve PCT değerleri

taburcu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda nötrofil, CK, LDH, D-dimer, nötrofil/lenfosit oranı ölen hasta grubunda anlamlı yüksek bulunurken bizim çalışmamızda ölen ve taburcu olan hasta gruplarında bu parametrelerde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ölen hasta grubunda lenfosit sayısı literatürdeki çalışmada anlamlı düşük bulunurken bizim çalışmamızda anlamlı farklılık tespit edilmedi. Ölen hastalarda albumin sayısı literatürle benzer şekilde anlamlı düşük bulunmuştur. Ölen hastalarda ALT değeri bizim çalışmamızda anlamlı yüksek tespit edilmişken literatürdeki çalışmada anlamlı sonuç alınmamıştır. BUN ve kreatinin değerinin literatürle benzer şekilde ölen ve taburcu olan gruplar arasında anlamlı farklı olmadığı görülmüştür. Özellikle literatürdeki çalışmaların birçoğunda nötrofil/lenfosit oranı mortalite tahmin etme konusunda önemli bir parametre olarak göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızda da tüm hastalar göz önünde bulundurulduğunda nötrofil/lenfosit oranı ölen hastalarda yüksek iken covid servisinde yatan hastalar için bu durum anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan bir çalışmada covid serviste ve covid yoğun bakımda yatan yaşlı hastaların laboratuvar parametreleri karşılaştırılmış ve yoğun bakımda yatan hastalarda laktat, D-dimer, BUN değerlerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, lenfosit değerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu, CRP, kreatinin ve LDH değerleri arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (56). Bizim çalışmamızda ise covid hastalarında servise yatan hastalar ile yoğun bakıma yatan hastaların glikoz, total protein, total bilirubin, amilaz, lipaz, sodyum, HB, HCT, lenfosit, PLT, PCO₂, ferritin ve APTT değerleri arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Yoğun bakımda yatan hastaların BUN, kreatinin, direkt bilirubin, AST, ALT, ALP, GGT, LDH, CK, potasyum, MCV, nötrofil, INR, CRP, laktat, d-dimer, IL-6, troponin, PCT değerleri ve nötrofil/lenfosit oranı serviste yatanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yoğun bakımda yatan hastaların PH, albümin ve kalsiyum değerleri serviste yatan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Laktat, D-dimer, BUN değerleri hem literatürdeki çalışmada hem bizim çalışmamızda benzer şekilde yoğun bakıma yatan hasta grubunda servise yatanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Lenfosit değeri literatürdeki çalışmada yoğun bakıma atan hastalarda anlamlı düşük bulunurken bizim çalışmamızda servis ve yoğun bakım hastaları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Literatürdeki çalışmada CRP, kreatinin ve LDH değerlerinde yoğun bakım ve servis hastaları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülürken bizim çalışmamızda bu

laboratuvar tetkiklerinin yoğun bakıma yatan hastalarda anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır.

Geriatrik hastalarının acil servise başvuru nedenlerinin ve takiplerinin iyi bilinmesi yapılacak tedavilerin daha hızlı ve etkin olmasını sağlayacaktır. Geriatrik hastalarının acil servise başvuruları açısından yapılan bu gibi çalışma sonuçları, sağlık çalışanlarına bildirilmeli ve yeterli düzeyde eğitimleri sağlanmalıdır. Bu konuda yapılacak daha fazla hasta sayısı ile ve çok merkezli çalışmalarla daha net bilgilere ulaşılacağını ayrıca geriatrik hastaların yönetimi açısından bu konu üzerinde ülkelerin devlet politikaları oluşturmalarının uygun olacağını düşünmekteyiz.



6.SONUÇ

Yaptığımız bu çalışmanın sonucunda geriatric hastaların acil servise başvuruları, takipleri ve sonuçları açısından değerlendirildiğinde; hastaneye ve yoğun bakımlara yatış oranlarının yüksek olduğu, en sık nefes darlığı şikâyeti ile acil servise başvurdıkları, en çok kardiyoloji bölümüne yatış yapıldığı, hastanede yatış sürelerinin uzun olduğu ve ölüm oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yapılan kan tetkiklerinin ve görüntüleme yöntemlerinin oldukça yoğun bir şekilde çalışıldığı ve bunların iyi bir şekilde değerlendirilmesinin oldukça önemli olduğu saptanmıştır.



KAYNAKLAR

1. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636>.
2. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(4):225-30.
3. Hogan TM, Olade TO, Carpenter CR. A profile of acute care in an aging America: snowball sample identification and characterization of United States geriatric emergency departments in 2013. Acad Emerg Med. 2014; 21:337-346.
4. Adams JG, Gerson LW. A new model for emergency care of geriatric patients. Acad Emerg Med. 2003; 10:271-274.
5. Jayadevappa R. Quality of Emergency Department Care for Elderly. Emerg Med. 2011;1: e107.
6. Ryan D, Liu B, Awad M, et al. Improving older patient's experience in the emergency room: the senior-friendly emergency room. Aging Health. 2011; 7:901-909.
7. Centers for Disease Control. National hospital ambulatory medical care survey: 2011 emergency department summary tables. National Center for Health Statistics; 2010. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/2011_ed_web_tables.pdf. Accessed September 23, 2015.
8. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. J Am Geriatr Soc. 1987; 35:398-404.
9. 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; 21:802-807.
10. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. Ann Emerg Med. 1992; 21:819-824.

11. Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elder patients: a five-year follow-up study. *Acad Emerg Med*. 1998; 5:1157-1162.
12. Hedges JR, Singal BM, Rousseau EW, et al. Geriatric patient emergency visits. Part II: Perceptions of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med*. 1992; 21:808-813.
13. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev*. 2011; 68:131-155.
14. Schnitker L, Martin-Khan M, Beattie E, et al. Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: A systematic review. *Australasian Emerg Nurs J*. 2011; 14:141-162.
15. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7(2):105-10
16. Karşlı D. Yaşlılık ve Türkiye’de Yaşlı Sorunları, T.C SSYB. Hıfzısıhha Okulu Sosyal Hizmetler Bölümü, Ankara, 1982: 2-99
17. WHO, Epidemiological Studies on Social and Medical Conditions of the Elderly, Euro-Reports and Studies, No.62, Copenhagen, 1982.
18. Dyussenbayev, A. (2017). Age Periods Of Human Life. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 4(6). <https://doi.org/10.14738/assrj.46.2924>
19. Hobbs FB. Population profile of United States: The elderly population. US Census Bureau. <http://www.census.gov/population/www/popprofile/elderpop.html>
20. The World Health Report:2003-Shaping the future. World Health Organization, Geneva 2003
21. B.M. Singal, J.R. Hedges, E.W. Rousseau, et al. Geriatric patient emergency visits. Part I: comparison of visits by geriatric and younger patients *Ann. Emerg. Med.*, 21 (7) (1992), pp. 802-807

22. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emerg Med*. 2019 Feb 27;19(1):20. doi: 10.1186/s12873-019-0236-3. PMID: 30813898; PMCID: PMC6391758.
23. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. *Ann Emerg Med*. 1992 Jul;21(7):819-24. doi: 10.1016/s0196-0644(05)81028-5. PMID: 1610039.
24. Erling Falk, Masataka Nakano, Jacob Fog Bentzon, Alope V. Finn, Renu Virmani, Akut koroner sendromlarla ilgili güncelleme: patoloğların görüşü, *Avrupa Kalp Dergisi*, Cilt 34, Sayı 10, 7 Mart 2013, Sayfa 719–728, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs411>
25. Alexander KP, Newby LK, Cannon CP, et al. Acute Coronary Care in the Elderly, Part I. *Circulation*. 2007;115(19):2549-2569. doi:10.1161/circulationaha.107.182615
26. Langlo, N.M., A. B. Orvik, J. Dale, O. Uleberg ve L. P. Bjornsen, The acute sick and injured patients: an overview of the emergency department patient population at a Norwegian University Hospital Emergency Department. *Eur J Emerg Med* 2013
27. Braithwaite, S. ve D. Perina, Dyspnea, in *Rosen's Emergency 7th Edition Medicine*, J.A. Marx, Editor 2010 MOSBY Elsevier, Philadelphia p: 124-131
28. Çığışar, Gülşen, and Neşe Nur User. "Acil Servise Başvuran Akut İnmeli Hastaların Analizi." *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 1 (2015): 6-12.
29. Martinez JP, Mattu A. Abdominal Pain in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2006;24(2):371-388. doi:10.1016/j.emc.2006.01.010
30. Laurell H, Hansson L-E, Gunnarsson U. Acute Abdominal Pain among Elderly Patients. *Gerontology*. 2006;52(6):339-344. doi:10.1159/000094982
31. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, Roth EA, Shekelle PG. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar

20;328(7441):680. doi: 10.1136/bmj.328.7441.680. PMID: 15031239; PMCID: PMC381224

32. Rubenstein LZ, Josephson KR. Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? *Med Clin North Am.* 2006 Sep;90(5):807-24. doi: 10.1016/j.mcna.2006.05.013. PMID: 16962843
33. Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med.* 2003 May;41(5):678-84. doi: 10.1067/mem.2003.152. PMID: 12712035.
34. Donald M. Yealy, Nicholas M. Mohr, Nathan I. Shapiro, Arjun Venkatesh, Alan E. Jones, Wesley H. Self, Early Care of Adults With Suspected Sepsis in the Emergency Department and Out-of-Hospital Environment: A Consensus-Based Task Force Report, *Annals of Emergency Medicine*, Volume 78, Issue 1,2021, Pages 1-19, ISSN 0196-0644, <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.02.006>.
35. Nikolich-Zugich, J., et al., SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. *Geroscience*, 2020. 42(2): p. 505-514
36. Grolli, R.E., et al., Impact of COVID-19 in the mental health in elderly: psychological and biological updates. *Molecular Neurobiology*, 2021. 58(5): p. 1905-1916.
37. <https://covid19.who.int/>
38. Grudzen, Corita, et al. "Redesigned geriatric emergency care may have helped reduce admissions of older adults to intensive care units." *Health Affairs* 34.5 (2015): 788-795.
39. Öktem B, Uzer F (2022). Acil Servise Başvuran Geriatrik Hasta Populasyonun Genel Özellikleri. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 23(3), 283 - 287. 10.18229/kocatepetip.933017
40. Hu SC, Yen D, Yu YC, Kao WF, Wang LM. Elderly use of the ED in an Asian metropolis. *Am J Emerg Med.* 1999 Jan;17(1):95-9. doi: 10.1016/s0735-6757(99)90029-3. PMID: 9928713.

41. Mert E (2006). Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. Türk Geriatri Dergisi, 9(2), 70 - 74.
42. Karaveli A, Cerit G, Ozyurt E (2018). Evaluation Of Admission Causes And Mortality Rates Of 65 Years Of Age And Older Patients Admitted From The Emergency Department To The Intensive Care Unit. Türk Geriatri Dergisi, 21(4), 515 - 521. 10.31086/tjgeri.2018.56
43. Demircan A, Aygencel Bıkmaz ŞG, Kadı G, Keleş A, Bildik F, Öktem B, Çakmak O. Evaluation of the general characteristics of patients aged 85 years and above admitted to a university hospital emergency department. Turk J Med Sci. 2017 Nov 13;47(5):1393-1402. doi: 10.3906/sag-1701-77. PMID: 29151309.
44. Satar, Salim & Sebe, Ahmet & Avcı, Akkan & Karakuş, Ali & Icme, Ferhat. (2004). Yaşlı hasta ve acil servis [Elderly patients and emergency department]. Çukurova Medical Journal. 29. 43-50.
45. Nielsen LM, Maribo T, Kirkegaard H, Petersen KS, Lisby M, Oestergaard LG. Effectiveness of the "Elderly Activity Performance Intervention" on elderly patients' discharge from a short-stay unit at the emergency department: a quasi-experimental trial. Clin Interv Aging. 2018 Apr 26;13:737-747. doi: 10.2147/CIA.S162623. Erratum in: Clin Interv Aging. 2018 Sep 10;13:1647. PMID: 29731615; PMCID: PMC5927350.
46. Vanpee D, Swine C, Vandenbossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. Eur J Emerg Med. 2001 Dec;8(4):301-4. doi: 10.1097/00063110-200112000-00010. PMID: 11785598.
47. Bedel C, Tomruk Ö (2018). Bir Üniversite Acil Servisine Başvuran Geriatrik Hastaların Özellikleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4), 393 - 399. 10.17343/sdutfd.370472
48. Nalbant S, Top C, Topallar F, Berdan E, Aslan E, Küçükardalı Y, Vural N, Danacı M (2001). Yoğun bakım yaşlı hasta ilişkisi. Geriatri, 4(4), 135 - 140.

49. Montuclard L, Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Misset B, De Jonghe B, Carlet J. Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Crit Care Med*. 2000 Oct;28(10):3389-95. doi: 10.1097/00003246-200010000-00002. PMID: 11057791.
50. Boumendil A, Maury E, Reinhard I, Luquel L, Offenstadt G, Guidet B. Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2004 Apr;30(4):647-54. doi: 10.1007/s00134-003-2150-z. Epub 2004 Feb 24. PMID: 14985964.
51. Kaarlola A, Tallgren M, Pettilä V. Long-term survival, quality of life, and quality-adjusted life-years among critically ill elderly patients. *Crit Care Med*. 2006 Aug;34(8):2120-6. doi: 10.1097/01.CCM.0000227656.31911.2E. PMID: 16763517.
52. Sacanella E, Pérez-Castejón JM, Nicolás JM, Masanés F, Navarro M, Castro P, López-Soto A. Mortality in healthy elderly patients after ICU admission. *Intensive Care Med*. 2009 Mar;35(3):550-5. doi: 10.1007/s00134-008-1345-8. Epub 2008 Nov 4. PMID: 18982308.
53. Boumendil A, Angus DC, Guitonneau AL, Menn AM, Ginsburg C, Takun K, Davido A, Masmoudi R, Doumenc B, Pateron D, Garrouste-Orgeas M, Somme D, Simon T, Aegerter P, Guidet B; ICE-CUB study group. Variability of intensive care admission decisions for the very elderly. *PLoS One*. 2012;7(4):e34387. doi: 10.1371/journal.pone.0034387. Epub 2012 Apr 11. PMID: 22509296; PMCID: PMC3324496.
54. Billig AE, Lampert MA, Guerra RR, Steigleder NE. Delirium in the elderly admitted to an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm*. 2022 Mar 7;75Suppl 4(Suppl 4):e20210054. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0054. PMID: 35262608.
55. Woitok BK, Ravioli S, Funk GC, Lindner G. Characteristics of very elderly patients in the emergency department- A retrospective analysis. *Am J Emerg Med*. 2021 Aug;46:200-203. doi: 10.1016/j.ajem.2020.07.012. Epub 2020 Jul 9. PMID: 33069543.

56. Akman C, Das' M, Bardakçı O, Akdur G, Akdur O. Evaluation of the factors predicting the need for intensive care of patients with COVID-19 aged above 65 years: data from an emergency department in Turkey. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2021 Oct;67(10):1454-1460. doi: 10.1590/1806-9282.20210653. PMID: 35018975.
57. Neumann-Podczaska A, Al-Saad SR, Karbowski LM, Chojnicki M, Tobis S, Wieczorowska-Tobis K. COVID 19- Clinical Picture in the Elderly Population: A Qualitative Systematic Review. *Aging Dis.* 2020 Jul 23;11(4):988-1008. doi: 10.14336/AD.2020.0620. PMID: 32765959; PMCID: PMC7390523.
58. Zhou J, Huang L, Chen J, Yuan X, Shen Q, Dong S, Cheng B, Guo TM. Clinical features predicting mortality risk in older patients with COVID-19. *Curr Med Res Opin.* 2020 Nov;36(11):1753-1759. doi: 10.1080/03007995.2020.1825365. Epub 2020 Oct 12. PMID: 32945707.
59. Lumjeaksuwan M, Patcharasopit S, Seksanpanit C, Sritharo N, Aeampuck A, Wittayachamnankul B. The trend of emergency department visits among the elderly in Thailand. *WHO South East Asia J Public Health.* 2021 Jan-Jun;10(1):25-28. doi: 10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_67_21. PMID: 35046154.
60. 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. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Sep;52(9):1417-23. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52401.x. PMID: 15341540.
61. Latham LP, Ackroyd-Stolarz S. Emergency department utilization by older adults: a descriptive study. *Can Geriatr J.* 2014 Dec 2;17(4):118-25. doi: 10.5770/cgj.17.108. PMID: 25452824; PMCID: PMC4244125.
62. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniah SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emerg Med.* 2019 Feb 27;19(1):20. doi: 10.1186/s12873-019-0236-3. PMID: 30813898; PMCID: PMC6391758.
63. Coe AB, Moczygamba LR, Ogbonna KC, Parsons PL, Slattum PW, Mazmanian PE. Predictors of Emergent Emergency Department Visits and Costs in Community-

Dwelling Older Adults. Health Serv Insights. 2018 Aug 22;11:1178632918790256. doi: 10.1177/1178632918790256. PMID: 30150874; PMCID: PMC6108010.

64. KÖKSAL Ö, ÇETİNKAYA H (2017). Acil Serviste Kritik Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Skorlama Sistemlerinin Geriatrik Hasta Popülasyonunda Değerliliği. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 43(2), 61 - 66.
65. Yıldız, S. & Bilgili, N. (2016). Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Bireysel Özellikleri Ve Başvuruların Değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (1), 15-31. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gsbdergi/issue/24431/258963>
66. Yıldız, E. , Ekici, M. F. , Alkan, S. , Yıldız, H. , Arık, Ö. & Balcı, C. (2021). Geriatrik Hasta Grubunun Yoğun Bakımdan Çıkışı ve Mortalitesinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Journal of Anatolian Medical Research, 6 (2), 45-53. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jamer/issue/64367/886318>
67. Zanolchi M, Maero B, Maina P, Ponzetto M, Francisetti F, Giona E, Nicola E, Neirotti M, Fabris F. Fattori determinanti il protrarsi del ricovero nel paziente anziano [Factors predicting a prolonged hospital stay in elderly patients]. Minerva Med. 2002 Apr;93(2):135-43. Italian. PMID: 12032445.
68. Huang HH, Chang JC, Tseng CC, Yang YJ, Fan JS, Chen YC, Peng LN, Yen DH. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department for the prediction of readmission among older patients: A 3-month follow-up study. Arch Gerontol Geriatr. 2021 Jan-Feb;92:104255. doi: 10.1016/j.archger.2020.104255. Epub 2020 Sep 13. PMID: 32966944.
69. Varışlı B. Acil Servise Başvuran Geriatrik Yaş Grubu Hastaların Klinik, Demografik ve Maliyet Açısından İncelenmesi. Anatolian J Emerg Med. 2018; 1(2): 18-24.
70. Tian W, Jiang W, Yao J, Nicholson CJ, Li RH, Sigurslid HH, et al. Predictors of mortality in hospitalized COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. J Med Virol [Internet]. 2020;92(10):1875–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32441789>

71. Chilimuri S, Sun H, Alemam A, Mantri N, Shehi E, Tejada J, et al. Predictors of Mortality in Adults Admitted with COVID-19: Retrospective Cohort Study from New York City. *West J Emerg Med* [Internet]. 2020 Jul 8;21(4):779–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32726241>
72. Wang X, Zhang G, Jiang X, Zhu H, Lu Z, Xu L. Neutrophil to lymphocyte ratio in relation to risk of all-cause mortality and cardiovascular events among patients undergoing angiography or cardiac revascularization: a meta-analysis of observational studies. *Atherosclerosis*. 2014;234(1):206-213.
73. Turfan M, Erdoğan E, Tasal A, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and in-hospital mortality in patients with acute heart failure. *Clinics (Sao Paulo)*. 2014;69(3):190-193.
74. Jia D, Liu F, Zhang Q, Zeng G, Li X, Hou G. Rapid on-site evaluation of routine biochemical parameters to predict right ventricular dysfunction in and the prognosis of patients with acute pulmonary embolism upon admission to the emergency room. *J Clin Lab Anal*. November 2017.
75. Gökhan S, Ozhasenekler A, Mansur D, Akil E, Ustündag M, Orak M. Neutrophil lymphocyte ratios in stroke subtypes and transient ischemic attack. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17(5):653-657.
76. Kuşcu Ö, İnal M, Destegül D, Kuşcu F, Özcengiz D (2021). Yoğun Bakım Hastalarında İnflamasyon Belirteçlerinin Mortalite Tahmininde Kullanımı. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 75 - 82. 10.24938/kutfd.817743
77. Çakır E, Kocabeyoğlu G, Gürbüz Ö, Özen S, Mutlu N, Turan I (2020). Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Sıklığı Ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 53(1), 20 - 24.
78. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020 Apr;18(4):844-847. doi: 10.1111/jth.14768. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32073213; PMCID: PMC7166509.

EKLER

Ek-1. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
05.01.2021	1	2021/1316	
Çalışma Adı:	Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran 65 Yaş Üstü Hastaların İncelenmesi		
Araştırmacılar:	Prof. Dr. Muhammet Gökhan TURTAY (Yürütücü) Arş. Gör. Harun Kürşat ŞAHİNGİL (Yardımcı Araştırmacı)		
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raporlar görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
31.10.2022 Prof. Dr. Yücel SEÇKİN Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Yücel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemal KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dincer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI