

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

**TÜRKİYE’DEKİ ACİL TIP UZMAN VE
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ DOKTORLARIN
GERİATRİK HASTALARA BAKIŞ AÇISI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aslı TÜRKAY

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ahmet DEMİRCAN

ANKARA

MAYIS-2012

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

.....Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde
yürütölmüş olan bu çalışma aşğıdaki jüri tarafından Uzmanlık Tezi olarak
kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : .../.../2012

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın planlanmasından sonuçlanmasına kadar olan tüm basamaklarda emek veren, ilgi ve bilgisiyle çalışmanın ve Acil Tıp eğitimimin her aşamasında eşsiz katkıları olan tez danışmanım Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ahmet DEMİRCAN' a,

Acil Tıp asistanlık eğitimime sağladıkları büyük katkı ve gösterdikleri sonsuz sabır ve destek için anabilim dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Ayfer KELEŞ, Yrd. Doç. Dr. Fikret BİLDİK ve Öğr. Gör. Dr. İsa KILIÇASLAN'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum bütün asistan arkadaşlarım ve tüm acil servis personeline,

Benim bugünlere gelmemi sağlayan, her zorluğa benimle beraber göğüs geren ve sonsuz sevgilerini hiç esirgemeyen babam Ahmet TÜRKAY, annem Fatma TÜRKAY ve kardeşim Anıl TÜRKAY KUNT' a,

Sevgi ve desteklerini hep hissettiğim sevgili amcam Mehmet TÜRKAY ve eşi Ferda TÜRKAY ile dayım Sefa YAHŞİ ve eşi Bahar YAHŞİ' ye,

Ailemin tüm fertlerine ve haliyle beni 6. çocuğu olarak gören benim sevgili fedakar anneannem, herşeyim Sıddıka YAHŞİ' ye sonsuz teşekkür ediyorum.

Dr. Aslı TÜRKAY

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Kabul ve Onay	i
Önsöz	ii
İçindekiler Tablosu	iii
Kısaltmalar dizini	vi
Tablo dizini	viii
Şekil dizini	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık	3
2.2. Epidemiyoloji	3
2.3. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler	5
2.4. Dünyada Yaşlılar	6
2.5. Türkiye’de Yaşlılar	7
2.6. Türkiye’de Geriatri ve Yaşlılara Verilen Sağlık Hizmetleri	7
2.6.1. Evde Bakım Hizmetleri	9
2.7. Geriatri	10
2.8. Geriatri ve Acil Tıp	11
2.8.1. Acil Tıpta Geriatri Eğitimi	16
2.9. Yaşlılarda Görülen Hastalıklar	19
2.9.1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	19

2.9.2. Solunum Sistemi Hastalıkları	19
2.9.3. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	20
2.9.4. Nefrolojik Hastalıklar ve Elektrolit Bozuklukları	20
2.9.5. Enfeksiyon Hastalıkları	21
2.9.6. Hematolojik, Onkolojik ve Endokrinolojik Hastalıklar	21
2.9.7. Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar	22
2.9.8. Travma	22
2.9.9. İlaç Etkileşimleri	23
2.10. Yaşlı İstismarı	23
2.11. Yaşlılarda Resüsitasyon ve Etik Sorunlar	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Evreni	25
3.2. Verilerin Elde Edilmesi ve Toplanması	26
3.3. Veri Analizi ve İstatiksel Yöntem	27
3.4. Çalışma Akış Şeması	28
4. BULGULAR	29
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	29
4.2. İstatistiksel Bulgular	46
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ	78
7. KAYNAKLAR	80

8. ÖZET	88
9. SUMMARY	91
10. EKLER	94
11. ÖZGEÇMİŞ	101

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
T. C.	Türkiye Cumhuriyeti
ACEP	American College of Emergency Physicians
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
GAT	Geriatrik Acil Tıp
MI	Miyokard İnfarktüsü
TPA	Tissue Plazminogen Activator
AGS	American Geriatrics Society
KAH	Koroner Arter Hastalığı
HT	Hipertansiyon
EKG	Elektrokardiyografi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PTE	Pulmoner Tromboemboli
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
DM	Diyabetes Mellitus
KPR	Kardiyopulmoner Resüsitasyon
TATD	Türkiye Acil Tıp Derneği
ATUDER	Acil Tıp Uzmanları Derneği
AD	Anabilim Dalı
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

SD	Standart Sapma
IOM	Institute of Medicine
DNR	Do-Not-Resuscitate

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye Yaş Grubuna Göre Nüfus Projeksiyonları, 2008.....	5
Tablo 2. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzman ve Araştırma Görevlisi Doktorların Yaş-Cinsiyet-Acil Tıp Kliniğinde Çalışma Süresi.....	30
Tablo 3. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumda Geriatri Servisi Varlığı ve Hastaneye Yatış Açısından Geriatrik Hastalara Bakış Açısı.....	34
Tablo 4. Katılımcıların Geriatri İle İlgili Eğitim ve Yeterlilik İle İlgili Görüşleri.....	41
Tablo 5. Katılımcıların Yaşlı Hastalar ve Acil Servis Kalabalığı ile İlgili Görüşleri.....	44
Tablo 6. Katılımcıların Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Görüşleri.....	45
Tablo 7. Yaşlı istismarı.....	45
Tablo 8. Katılımcıların yaşlılar ve resüsitasyon ile ilgili görüşleri.....	46
Tablo 9. Katılımcıların çalıştıkları kurumda yaşlıların hastaneye yatırılma durumu ile “Hastanelerde geriatri servisi olmalı mı?” sorusunun karşılaştırılması.....	48
Tablo 10. Katılımcıların çalıştıkları kurumda yaşlıların hastaneye yatırılma durumu ile çalıştıkları hastanede Geriatri bilim dalı varlığının karşılaştırılması...48	
Tablo 11. Katılımcıların çalıştıkları kurumda yaşlıların hastaneye yatırılma durumu ile çalıştıkları kurum türünün karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Katılımcıların ünvanları, çalışma süreleri ve çalıştıkları kurumlar ile Acil Tıpta geriatri eğitimi olmalımı sorusunun karşılaştırılması.....	49

Tablo 13. Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süreleri ile tıbbi olarak yeterlilik hislerinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 14. Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süresi ile iletişimde yeterlilik hislerinin karşılaştırılması.....	52
Tablo 15. Katılımcıların yaş, ünvan, çalışma süresi ve çalıştıkları kurum ile yaşlı hastalar ve acil servis kalabalığı ile ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması.....	53
Tablo 16. Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süresi ile yaşlı hasta sayısının fazla olması ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması.....	55
Tablo 17. Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süresi ile yaşlı hasta sayısının fazla olması ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması.....	55
Tablo 18. Yaşlı hastalara evde bakım hizmetleri verilmesi gerekliliği ile evde bakım hizmetlerinin acil servis kalabalığına etkilerinin karşılaştırılması.....	56
Tablo 19. Yaşlı istismarı olduğu düşünülen hastalarla yardıma ihtiyacı olan hastaların karşılaştırılması.....	56
Tablo 20. Katılımcıların ünvan ve Acil Tıp kliniğinde çalışma süreleri ile yaşlı istismarına yaklaşımlarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 21. Katılımcıların cinsiyet, yaş, ünvan ve Acil Tıp kliniğinde çalışma süreleri ile yaşlılarda resüsitasyona yaklaşımlarının karşılaştırılması.....	58

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. T.C. Nüfus Piramidi 2011.....	4
Şekil 2. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanlarının Ünvanlarına Göre Dağılımı.....	31
Şekil 3. Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlisi Doktorların Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımları.....	31
Şekil 4. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı.....	32
Şekil 5. Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlisi Doktorların Asistanlık Yılına Göre Dağılımı.....	33
Şekil 6. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzman ve Araştırma Görevlisi Doktorların Çalıştıkları Kurumda Geriatri Bilim Dalı ve Servis Varlığı.....	33
Şekil 7. Çalışmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Kurumda Geriatri İle İlgilenen Bölümlerin Dağılımı.....	35
Şekil 8. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanları ve Araştırma Görevlisi Doktorlara Göre Yaşlı Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri.....	37
Şekil 9. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Araştırma Görevlisi Doktorların Geriatri İle İlgili Eğitim Alma Durumları.....	37
Şekil 10. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanlarının Geriatri İle İlgili Eğitim Alma Durumları.....	38

Şekil 11. Katılımcıların Acil Tıpta Eğitim Almak İstedikleri Geriatri Eğitim Programları.....	39
Şekil 12. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanları ve Araştırma Görevlisi Doktorların Yaşlı Hastalara Yaklaşımında Kendilerini En Çok Yetersiz Hissettikleri ve Eğitim Almak İstedikleri Konuların Dağılımı.....	42
Şekil 13. Katılımcıların yaşlılara olan duyguları.....	43

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde dünya nüfusu yedi milyara ulaşmıştır. Dünya’da ve Türkiye’de teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına katkıları, sağlık hizmetlerindeki olumlu gelişmelerin yanı sıra pek çok ülkede doğurganlığın azalması, çocuk ölüm hızlarının düşmesi, enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması ve toplumun eğitim düzeyinin artması gibi faktörler nedeniyle yaşlı nüfus diğer tüm yaş gruplarına oranla en hızlı büyüyen grup haline gelmiştir.¹

Yaşlılıkla birlikte bağımlılık, kronik hastalıklar ve sağlık problemlerinde artış olmaktadır. Bu artış yaşlı bakımı, yaşlılara uygun yaşam alanları oluşturulması ve yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır.² Yaşlılar daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun ile yaşamak zorunda kalmakta, birkaç sağlık problemini aynı anda yaşamakta, bunların bir sonucu olarak da sağlık merkezlerine daha fazla başvurmakta ve hastanelerde daha uzun süre kalmaktadırlar.¹

Acil servisler hastanelere bir giriş noktası olup, 24 saat hizmet veren, sağlık hizmetlerinin aksadığı noktalarda devreye giren ve sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayan önemli birimlerdir.² Yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak acil servise başvuran yaşlı sayısı giderek artmaktadır ve artmaya devam edecektir. Tüm acil servis başvurularının %15’ini yaşlı hastalar oluşturmakta olup bu oranın 2020 yılında %25’e çıkması beklenmektedir.³

Acil servise başvuran yaşlı hastalar genelde acil olarak müdahale edilmesi gereken ciddi hastalıkların neden olduğu şikayetlerle başvururlar. Kronik

hastalıkların ve bu hastalıklara bağılı olarak gelişen komplikasyonların, kullanılan ilaçların çokluğu, yan etkileri ve diğere ilaçlarla etkileşimleri gibi durumlar bu hastalarda mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır.⁴ Yaşlı hastaların genellikle başvuru şikayetleri silik olup, hastaneye çok sık müracaat ederler, hastanede ve acil serviste kalış süreleri daha uzundur. Hastanede kalış süresinin bu hastalarda uzun olması, çok ciddi olan durumların bile yaşlı hastalarda belirgin bulgulara yol açmamasından, acil hekimlerinin tanı ve tedavide hata yapmamak için daha çok tetkik yapma eğiliminde olmalarından kaynaklanmaktadır.

Gençlerin sağlık sorunları üzerine yoğunlaşmış olan mevcut sağlık hizmetleri yaşlı hastaların karmaşık sorunlarını saptamada ve ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarını en iyi şekilde anlayıp, tedavilerini etkin bir şekilde yapabilecek hekimlerin yetiştirilmesi gerekmekte olup buna yönelik eğitim müfredatları oluşturulması gerekmektedir. Acil servis hekimleri yaşlı hastalarla en çok karşı karşıya kalan hekim grubu olup, acil servis hekimlerinin bu konudaki yaklaşımları, istekleri, eğitim durumları ve sorunları bilinmemektedir. Çalışmamız giderek yaşlanan Türkiye'deki Acil Tıp eğitimi alan hekimlerin bu konudaki farkındalık, eğitim düzeyi ve sorunlarını belirlemek üzere hazırlanmıştır. Çalışmamızda Acil Tıp hekimlerinin geriatrik hastalara bakış açısı ve yaklaşımı belirlenmek istenmiş olup; bu sonuçlardan yola çıkılarak çalışmamızın Acil Tıp eğitim müfredatı oluşturmada ve hasta bakım kalitesinde artışa kılavuz olması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

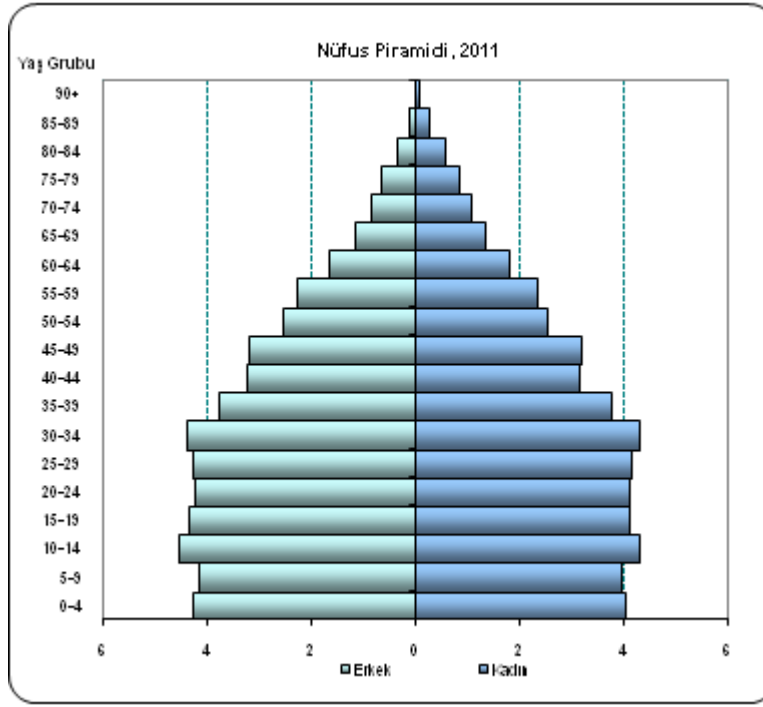
Yaşlılık, erken ölümlerin azalmasının sonucu insanların yaşadığı bir dönemdir ve aslında istenen bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1998 yılı sağlık raporunda yaşlılık, özürlülüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlı olma şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlılık dönemi, sağlık açısından bağımlılık dönemi, çalışma hayatı açısından çalışma verimliliğinin azaldığı ve emekliliğin başladığı dönem, yaş açısından ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu olarak kabul edilmektedir. Sonuç olarak yaşlanma her canlıda görülen, vücudun tüm yapı ve fonksiyonlarında değişikliklere yol açan süregelen bir dönemdir.²

2.2. Epidemiyoloji

Dünya nüfusu yedi milyara ulaşmıştır. DSÖ'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık 650 milyonunu yaşlılar oluşturmaktadır ve bu rakamın 2050 yılında iki milyar olması beklenmektedir.

DSÖ'nün 9 Nisan 2002'de yayımladığı basın bülteninde, tüm dünyada demografik bir devrimin olduğu, toplumsal sağlık alanında meydana gelen ilerlemelerle 60 yaş ve üzeri insanların sayısının toplam nüfus içindeki payının hiçbir yaş grubunda olmadığı kadar hızla yükseldiği belirtilmektedir. 2025 yılına kadar 60 yaşın üzerinde 1.2 milyar insan olacağı, 2050'de ise bu sayının ikiye katlanacağı tahmin edilmektedir.² Günümüzde her on kişiden birinin, 2050 yılında

her beş kişiden birinin, 2150’de ise her üç kişiden birinin 60 yaş veya üzerinde olacağı öngörülmektedir.³ Türkiye’de 2050 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun %17.6’ya ulaşması beklenmektedir.⁵ T. C. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü’nün Ocak 2012 verilerine göre Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus 5.490.715 (%7.3) kişidir. (Şekil 1-Tablo 1)



Şekil 1. T.C. Nüfus Piramidi 2011

Tablo 1. Türkiye Yaş Grubuna Göre Nüfus Projeksiyonları, 2008

Yaş Grubu/Yıllar	2012	2015	2020	2025
Toplam(bin kişi)	74 885	77 601	81 778	85 407
65-69	1886	2121	2714	3293
70-74	1406	1539	1877	2351
75+	2018	2081	2353	2791

2.3 Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma fizyolojik olarak kaçınılmazdır. Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve prostatta oluşan değişimler, menopoz ve andropoz dönemleri fizyolojiktir.

Yaşlanma ile birlikte solunum kapasitesi azalır. Kalp debisi azalır, organların kanlanması azalma meydana gelir. Merkezi sinir sistemi işlevlerinde gerileme olur, duyu organlarının zayıflaması sonucu görme ve işitme zayıflar. Kas gücünde zayıflama ve kas kütlesinde azalma sonucunda hareket yeteneği azalır. Yaşlılıkla birlikte nöronların ölmesine bağlı olarak kısa süreli bilgiyi hatırlamakta güçlük yaşanır.² Sosyal açıdan yaşlılıkla birlikte kronik

hastalıkların artması ile yatağa bağımlı hale gelen yaşlıların bir başkasının bakımına ve yardımına ihtiyacı olabilir. Psikolojik olarak yalnızlık ve çevreye uyum problemleri, kendini yetersiz hissetme, çağa ayak uyduramama nedeniyle mutsuzluk ve karamsarlık görülebilmektedir.¹

2.4. Dünya’da Yaşlılar

Dünyada beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte yaşlıların karşılaştıkları sorunlarda değişiklikler görülmeye başlanmıştır. Yaşlı grubu dünyanın en hızlı artış gösteren grubudur ve dünya giderek yaşlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus daha yoğun olarak bulunmakta ve sağlık harcamalarının büyük kısmı bu yaş grubuna yapılmaktadır. DSÖ’nün 1997 yılı sağlık raporuna göre dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklarda önemli artışlar olduğu belirtilmiş olup bu hastalıkların yaşlılarda en sık ölüme yol açan nedenler olduğu belirtilmiştir.¹ Pediatri üzerine gösterilen hassasiyet gibi yaşlı sağlığına gösterilen hassasiyetin artması, hekimlerin yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilecek ölçüde eğitilmelerinin sağlanması ve toplumun her basamağında yaşlılara yönelik önlemler alınması geliştirmekte olan ülkelerin öncelikli hedefleri arasında yer almaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri içerisinde yaşlı bakımı ve kronik hastalıklar gibi konular önem kazanmaktadır. DSÖ bu konu üzerinde hassasiyetle durmakta; örgütün toplumu bilinçlendirme ve ileride yaşanacak sorunlar ile ilgili çalışmaları devam etmektedir.

2.5. Türkiye’de Yaşlılar

Türkiye’ de hem birinci basamakta hem ikinci basamakta yaşlıları korumaya yönelik önlemler yetersizdir. Ülkemizde yaşlılar konusunda eğitilmiş personel sayısı az olup; bu durum verilen hizmetlerin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Toplumun yaşlılık dönemi ve sorunları ile ilgili bilgi düzeyi eksiktir. Yaşlılara uygun sosyal ortamlar ve çevre düzenlemesi yoktur.

T. C. Sağlık Bakanlığı önümüzdeki 20 yılın hedefleri içerisinde toplumda aktif olarak yaşayabilen 70 yaş ve üzeri bireylerin oranını %50 arttırmayı planlamaktadır.²

2.6. Türkiye’de Geriatri ve Yaşlılara Verilen Sağlık Hizmetleri

Hastane hizmetlerinin ve akut hastane yatışlarının %36’ sını ve sağlık harcamalarının %50’ lere yaklaşan kısmını 65 yaş ve üstü hastalar kullanmaktadır.⁶ Türkiye’ de yapılan bir çalışmada toplumda bir yıl içinde hastaneye yatış ortalaması kişi başına 4.2 iken bu ortalama 65 yaş üzerindeki grupta 10.4 olarak bulunmuştur.²

Türkiye’ de sadece iç hastalıkları uzmanları geriatri uzmanı olma hakkına sahiptir ve sayı yetersizdir. Eğitilmiş personel azlığı, yaşlının yaşam kalitesini düşürmektedir.² Türkiye’de Tıp Fakültelerinde mezuniyet öncesi ve sonrası geriatri eğitiminde eksiklikler vardır. Türkiye’nin giderek yaşlanan bir ülke olmasından dolayı tüm doktorların daha fazla sayıda yaşlı hastayla karşılaşması

kaçınılmazdır. Yaşlı hastaların değerlendirilmesinde, takibinde ve bakımındaki değişikliklerin tıp fakültelerinde öğrencilere aktarılması, yaşlı hastalara karşı duyulan korku ve yetersizlik hissinin, tanı ve tedavideki yanlışların azalmasına yardımcı olacaktır.⁶

Türkiye’de Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’nun bünyesinde Yaşlı Daire Başkanlığı bulunmaktadır. Bu başkanlığa bağlı çok sayıda huzurevi ve rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır.

Yaşlılara evde bakım veren aile bireylerinin de bakım konusunda eğitilmeleri Uluslararası Eylem Planı’nın önerilerindendir. Bu eylem planında “Sağlık çalışanları ve sosyal hizmet uzmanlarına yaşlıların sağlığı, iyilik durumu ve bakımı konusunda olduğu kadar yaşlanmanın sosyal ve psikolojik yönleri ile ilgili bütüncül bir yaklaşımla sürekli eğitim programları sağlanması, geriatri ve gerontoloji alanlarında uzman eğitiminin yaygınlaştırılması” amaçlanmaktadır.²

T. C. Sağlık Bakanlığı’nın 2007 yılında yayınladığı 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek adlı raporunun 5. Hedefi “Sağlıklı Yaşlanma” olup “2020 yılına kadar , 65 yaş üstü insanlar tam sağlık potansiyellerinden zevk alabilme ve aktif sosyal rol oynama olanağına kavuşabilmelidir. “ denilmiştir. Bu hedefe göre:

- 65 yaşında, yaşam beklentisinde ve sakatlık olmadan yaşam beklentisinde en az % 20 artış sağlanmalıdır.
- 80 yaşında ev ortamında yaşayan, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen, özgüveni ve sosyal yeri olan kişi oranı en az % 50 arttırılmalıdır.

- Yaşlılara yönelik huzurevleri ve benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının tüm yurttaki ihtiyaçlara göre açılması ve yaygınlaştırılması çalışmalarının yerine evde bakım hizmetlerine ağırlık verilmelidir.
- Sağlıklı yaşlanma konusunda toplum eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmelidir.
- Yaşlılık öncesi dönemde bulunan bireyleri aktif yaşlanma konusunda bilinçlendirme çalışmaları yürütülmelidir.
- Yaşlılar birinci basamak sağlık kuruluşlarında rutin izleme programları kapsamına alınmalıdır.
- Yaşlılara sunulacak hizmetlerde görev almak üzere yeterli sayıda ve uygun nitelikte personel yetiştirilmesi konusunda gereken önem verilmelidir.
- Yaşlılar sağlıklı beslenme, hareketli yaşam, kronik hastalıklar ve akılcı ilaç kullanımı konularında bilgilendirilmelidir.
- Yaşlılara yönelik rehberlik, sosyal hizmetler ve rehabilitasyon hizmeti veren merkezler geliştirilip yaygınlaştırılmalıdır.

2.6.1 Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım, kronik hastalığı veya sakatlığı olan, taburculuk sonrası evde tedavi alması gereken veya terminal dönemde olan kişilere sağlığını yeniden kazandırmak, yükseltmek ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı korumak için

birçok sağlık ve sosyal hizmetinin profesyonel düzeylerde bireyin kendi yaşadığı yerde verilmesidir.

Yaşlıların hastane ortamında uzun süre kalmalarının getirdiğı maddi yük, hızla artan nüfusa bağılı olarak kişi başına düşen yatak sayısında hızla azalma, hastaneye yatışla birlikte gelen fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddi sorunlar ülkeleri ve sistemleri daha fazla evde bakıma yönlendirmektedir. Evde bakım hizmetleri hasta ve hasta yakını tatminini artırırken, hastane başvuru sayısı ve ekonomik yükü azaltmaktadır. Türkiye’ de yaşlıların sadece %1 ‘i huzurevleri ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden hizmet almaktadır ama çalışmalarda yaşlıların %5’ inin bakıma muhtaç olduğı gösterilmiştir.² Evde bakım hizmetleri yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte; özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yönetilmektedir.

Evde bakımda bireyin hijyenik gereksinimleri daha iyi sağılanır. Bireyin ailesi ve çevresiyle iletişiminin devam etmesini sağılayarak psikolojik problemlerini azaltır. Hastalar hastanede yatan hastalara göre daha hızlı iyileşir. Evde bakım hastanede yatış sürelerini azaltarak hastane kapasitelerinin etkin kullanımını artırır. Hastaneye, acil servislere ve yoğun bakıma dönüşler azalır.⁷

2.7. Geriatri

Geriatri bilimi artan yaşlı nüfusun, tek bir bilim dalının çözmekte çoğı zaman zorlandığı sağılık ihtiyaçları doğrultusunda gelişip şekillenen bir bilim

dalıdır. Tıbbi, sosyal, psikolojik açıdan bütünlükçü bir yaklaşımı ve nöroloji, psikiyatri, rehabilitasyon, sosyal hizmetler gibi birçok disiplinle işbirliği gerektiren bir ekip hizmetini içerir.⁸ Geriatri bilim dallarının hedefleri sadece yaşlı hastaların sağlık problemleriyle ilgilenmek değil; aynı zamanda mevcut sağlık durumlarının ve fonksiyonel kapasitelerinin de korunmasıdır. Seksenli yılların ortalarından itibaren dünya nüfusunun yaşlanması ve yaşlı nüfusun kendine özgü hastalıklarının ve tedavilerinin olduğunun ortaya çıkması ile Amerika ve Avrupa’da 65 yaş ve üzeri insanların sağlık sorunları ve bu yaşlara özgü problemlerle ilgilenen Geriatri üniteleri İç Hastalıkları Anabilim Dalları bünyesinde kurulmaya başlanmıştır.¹ Türkiye’de sadece iç hastalıkları uzmanları geriatri uzmanı olma hakkına sahiptir.⁶ DSÖ’nün “Sağlıklı Yaşlanma” hedefinin Türkiye için de gerçek olabilmesi için hem toplumun hem de doktorların bu konuda yetiştirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir.⁸

2.8. Geriatri ve Acil Tıp

Acil servisler, acil hastalıkların tedavisi yanında 24 saat hizmet veren; birinci basamak sağlık hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin çeşitli nedenlerle aksadığı durumlarda emniyet bölgesi olarak görev alan bölümlerdir.²

Dünyada ve Türkiye’de acil servise başvuran ve yatan yaşlı hasta oranlarında gittikçe artış olduğu bildirilmektedir.⁴ Acil servisler yaşlı hastaların sağlık sistemine giriş için en çok kullandıkları noktalardır.⁹ Bu hastaların büyük

bir bölümü hızlı müdahale gerektiren ciddi şikayetlerle acil servislere başvurmaktadır. Acil servise başvuran geriatric hasta oranı %14-21 arasında değişmektedir. 65 yaş üstü insanların acil servislere başvuru oranı %49'dur. 75 yaş üstü grupta bu oran %61'e yükselmektedir. Başvuru nedenleri içinde son yıllarda en çok artış artropatiler, diyabetes mellitus, strok ve spinal hastalıklarda olmuştur.¹²

Yaşla beraber meydana gelen fizyolojik değişiklikler, eşlik eden hastalıkların fazla olması ve çoklu ilaç kullanımı nedeniyle yaşlı hastaların klinisyen tarafından değerlendirilmesi ve tedavi edilmesinde güçlükler yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşlıların %75-90'ında en az bir hastalık ya da daha fazlasının bir arada bulunduğu gösterilmiştir.⁴ Türkiye'de yapılan bir araştırmada yaşlıların %90'ının bir, %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört veya daha fazla sayıda kronik hastalığı bulunduğu belirlenmiştir.²

Acil serviste kalış süresi, konsültasyon istemi, hastaneye yatış ve hastanede kalış süresi yaşlı hastalarda genç hastalara göre daha fazladır.⁴ Yaşlı hastaların şikayetlerinin genellikle atipik ve silik olması triyajı zorlaştırmaktadır. Hastaların çoklu medikal problemleri nedeniyle ana şikayetlerini anlamak genelde zordur.¹² Klinik yönden yaşlı hastaların prezentasyonu gençlere göre daha farklı olabilir. Laboratuvar değerleri değişken olup, komorbid hastalıkları tanıyı güçleştirebilir. İşitme problemi, konfüzyon, dizartri ve mental durum değişiklikleri nedeniyle kooperasyonu sağlamak ve hastaların şikayetlerini anlamak güç olabilir.³ Hastanın acil servise başvurmaya neden olan medikal problemler de mevcut bilinç durumunu değiştirebilir, bu nedenle de hastayla

iletişimde sorunlar yaşanabilir. Acil serviste hasta değerlendirmeleri genellikle hedefe yönelik olarak yapılmaktadır ama bu durum yaşlı hastalar da farklıdır. Yaşlı hastaları değerlendirirken daha ayrıntılı anamnez ve fizik muayene yapılması önerilmektedir. Ayrıntılı laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine ihtiyaç duyulabilir. Hatalı teşhis konma ihtimali daha fazladır.² Acil servis doktorları yaşlı hastaları değerlendirirken daha fazla zaman harcadıklarını ve uzmanlık eğitimi sırasında aldıkları eğitimin bu açıdan yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.¹⁰ Birden fazla ilaç kullanımı yaygındır ve ilaç etkileşim ihtimali bu yüzden çok yüksektir. Azalmış fonksiyonel rezervleri olabilir ve sosyal desteğe ihtiyaç duyabilirler. Sağlık problemleri yanında psikososyal problemler de yaşlı hastalarda sık görülmektedir.² Bu nedenlerle yaşlı hastaların acil bölümlerinde değerlendirilmesi ve sonuçlandırılması acil servis doktorları üzerinde negatif etkiler doğurabilir. Acil hekimleri diğer yaş gruplarına göre daha dikkatli olmak zorundadırlar. Yapılan bir araştırmada acil hekimlerinin yaşlı hastaları değerlendirirken kendilerini daha güç durumda hissettikleri ve daha zor teşhis koydukları bulunmuştur.²

Yapılan çalışmalarda, yaşlı hastaların; birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanamama, bu hizmetlerin yetersiz olması ve devamlılığının olmaması, komorbiditelerin çokluğu, kardiyovasküler veya sindirim sistemi problemlerinin olması, hastanede kalış süresinin uzun olması, terminal dönem hastalık varlığı, kırsal kesimde yaşama, düşük sosyoekonomik durum, acil servise yakın bir yerde ikamet etmek, pratisyen hekimlerin çoğunlukta olduğu bölgede yaşamak gibi nedenlerden dolayı acil servisleri daha çok kullandığı tespit edilmiştir.¹¹

Yaşlı hastalarda yaralanmalar, ateş, ağrı, abdominal ve solunumsal şikayetler gibi genel semptomlar acil servis başvurularının en sık sebepleridir. 65 yaş üstü hastalar daha genç hastalara göre acil servislere çok acil (en geç 15 dakika içerisinde) ve acil (15-60 dakika içerisinde) müdahale edilmesi gereken durumlarda daha çok başvurumaktadırlar. ICD-10 sınıflamasına göre bakıldığında yaşlıların %60-65’ inde ölüm sebepleri sırasıyla kalp hastalıkları, malign neoplazmlar, serebrovasküler hastalıklar ve kronik alt solunum yolu hastalıklarıdır.¹²

Nonspesifik şikayetlerle başvuran yaşlı hastaların gözlem amaçlı hastaneye yatırılmaları gerekebilir. Bu amaçla acil servislerde yaşlılar için özel gözlem üniteleri oluşturulması gündeme gelmiştir.¹² Geriatrik hastaların gürültülü, kalabalık ve hızlı işleyen acil ortamında dekompanze hale gelebilmesi, etkili ve doğru değerlendirmenin yapılmasını zorlaştırabilmektedirler. Yaşlı hastalar acil servislerde yastık olmadan sert sedyelerde saatlerce yatmak zorunda kalabilirler ve bu nedenle de tedaviye uyumsuzluk, dekompanzasyon ve düşmeler meydana gelebilmektedir. Günümüzde acil servislerde travma hastaları, acil müdahale gerektiren hastalar, çocuk hastalar, hafif yaralanma ve daha küçük çaplı hastalıklarla başvuran hastalar için fast track üniteleri gibi özel bölümler bulunmaktayken geriatrik hastalar için özel bölümler oluşturulmamış olup bu tür bir ünitenin oluşturulması önerilmektedir. Bu konuda ileri eğitim almış ve geriatrik hastalara özel ilgisi olan acil tıp doktorlarının bu üniteleri yönetmesi düşünülmektedir.^{11 1}

2008 yılında American College of Emergency Physicians (ACEP) tarafından yayınlanan acil servislerde yaşlı bakımının geleceği hakkındaki rapora göre geriatrik hastaların acil tıp pratiğine etkileri⁹:

- Artan geriatrik populasyon nedeniyle acil servis başvuruları 1993-2003 yılları arasında %26 artmış olup, bu oranın hızla artıp ileride acil servislerin geriatrik bakım yükünü arttıracaktır.
- Hastaların primer doktorlarının olmayışı veya yetersiz olması nedeniyle hastalar daha fazla acil servisleri kullanacaklardır.
- Koruyucu hekimlik hizmetlerinin hastaları korumanın zaman alıcı, yoğun emek gerektiren ve maliyeti yüksek olması nedeniyle yetersiz kalması sonucunda yaşlı hastalar acil servislere daha çok yöneleceklerdir.
- Yaşlı hastaların çoklu hastalıkları, kognitif bozuklukları ve mobilizasyon zorluğu nedeniyle poliklinikleri kullanmayıp acil sağlık sistemine giriş için en kolay yol olan acil servisleri kullanacaklardır.
- Kompleks medikal geçmişleri ve ciddi akut hastalıklarının gelişme ihtimalinin daha yüksek olması acil servislerin bu hastaların tanı ve tedavileri için en uygun yer olduğu anlamına gelmektedir.
- Artan yaşlı populasyonu, hastaların aciliyet göstermeleri ve değerlendirilmelerinde yaşanan zorluklar nedeniyle acil servis kalabalığı artacak, hekimler üzerinde strese neden olarak hasta yönetiminde hatalara yol açacaktır.

Geriatrik hastalar ile ilgili protokollerin oluşturulması, eğitilmiş personel varlığı ve geriatrik hasta merkezli fiziksel ortam hazırlanması gibi girişimlerin deliryum, iatrojenik komplikasyonlar, maliyet ve hastanede kalış sürelerini azaltmakta; hastaların uzun dönem sonuçlarında olumlu etkiler yaratmakta ve hasta, hasta yakını ve doktor memnuniyetini arttırmaktadır.¹³

2.8.1. Acil Tıpta Geriatri Eğitimi

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çeşitli hastanelerde Geriatrik Acil Tıp (GAT) yan dal programları açılmış olup ileride board sertifikalı olarak bu yan dal uzmanlığının Acil Tıp eğitime entegre edilmesi planlanmaktadır.¹² GAT yan dal programlarının amaçları, acil müdahaleye gereksinim duyan yaşlı hastaların özel ihtiyaçları doğrultusunda multidisipliner bir eğitim programı geliştirmek ve Acil Tıp eğitimi alan doktorların eğitim programlarına geriatrik hastalara yönelik değerlendirme becerilerini arttıracak özel eğitim ve araştırma gibi konuları yönetecek kariyer yapmış uzmanlar yetiştirmektir. GAT eğitimi almış uzmanların acil servisler dışında, hastanede yatan diğer geriatrik hastalara, bakımevlerinde kalan ve evde bakım hizmetine ihtiyaç duyan hastalara da klinik olarak yardımcı olmaları planlanmıştır. GAT eğitiminin Acil Tıp ve Geriatri Anabilim dalları arasında işbirliği sağlanarak oluşturulan bir program çerçevesinde 36 aylık çeşitli rotasyonlarla tamamlanması ve bu eğitim sonrası yetişen uzmanların, eğitim programları hazırlayarak ihtisas eğitimi alan Acil Tıp doktorlarına eğitim vermeleri amaçlanmıştır.^{8,15}

Yapılan birçok araştırmada gençlerle karşılaştırıldığında yaşlı hastaların acil servislerde daha kötü klinik sonuçlara sahip oldukları gösterilmiştir. Bu durum birkaç yolla meydana gelir⁹:

- Akut miyokard infarktüsü (MI), sepsis, apandisit, iskemik barsak hastalığı ve pulmoner emboli gibi gecikmiş veya hatalı tanılar
- Deliryum, depresyon, kognitif kötüleşme, ilaç/alkol bağımlılığı, yaşlı istismarı, çoklu ilaç kullanımı gibi beklenmeyen tanılar
- Akut MI’da perkütan transluminal koroner anjiografinin, inmede TPA’nın (tissue plazminogen activator) daha düşük oranda kullanılması, daha az cerrahi girişim uygulanma eğilimi ve yetersiz ağrı yönetimi gibi yetersiz tedaviler
- Gereksiz foley kateterizasyon uygulaması, uygunsuz tedaviler nedeniyle oluşan ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleri gibi yapılan fazla tedaviler

Beklenen durumlar dışında gelişen bu sonuçlar yetersiz eğitim nedeniyle meydana gelmektedir. Birçok çalışmada geriatrik merkezli eğitimin ve klinik yaklaşım becerisinin kazandırılması uzmanlık eğitim programlarının çoğunda eksik olması nedeniyle doktorların geriatrik hastaları tedavi ederken kendilerini yetersiz ve sıkıntılı hissettikleri gösterilmiştir. Yardımcı sağık personeli de genellikle bu anksiyeteyi paylaşmaktadır. Yaşlı hasta grubunun sık karşılaşılan hastalıklarda bile atipik şikayetleri olması ve daha çok klinik şüphe ve tecrübeyle tanıya gidilmesi nedeniyle tanılar genellikle gecikmiş, hatalı ve tahmin

edilememiş olabilmektedir. Tıbbi yaklaşımlarda kanıta dayalı protokoller ve yaklaşıma yardımcı çalışmalar henüz yetersizdir. 75 yaş üzeri hastaların birçok çalışma protokollerinde yer almaması da klinik yaklaşım ile ilgili tanı ve tedavi basamakların oluşturulamamasında etkilidir.⁹ Pediatri ve travmaya yaklaşımla ilgili oluşturulan organizasyon şemaları ve klinik yollar benzeri protokollerin geriatrik hastalar için de hazırlanarak acil tıp pratiğine entegre etme çalışmaları devam etmektedir. Bu amaçla çeşitli modüller oluşturularak tıp fakültesi ve acil tıp uzmanlık eğitiminde geriatri biliminin ayrı bir konu olarak anlatılması planlanmaktadır. Acil tıp pratiğinin vazgeçilmez öğeleri olan birinci basamak doktorları, hemşireler, sağlık personeli ve ambulans hizmeti veren yardımcı personelin de eğitilmesi gerekmektedir. Eğitim planında öncelikli olarak klinik yaklaşım basamakları oluşturulması, daha çok çalışma yapılarak sorunlar ve eksikler ile ilgili modüller hazırlanması ve pratik eğitime ağırlık verilmesi planlanmaktadır.⁹ American Geriatrics Society (AGS) devam eden medikal eğitim programı çerçevesinde sertifikalı eğitim kursları düzenlemektedir. Kursta yaşlıların medikal problemleri yanında psikolojik ve psikososyal değişiklikler ile ilgili özel durumlardan da bahsedilmektedir. Ayrıca doktorların 24 saat ulaşabilecekleri online-video eğitimleri de verilmektedir. AGS, tıp fakültesi öğrencileri için doktor-hasta iletişimi, palyatif bakım, kronik hastalık yönetimi ve mental sağlık ile ilgili kurslar vermektedir. Kurslarda vaka tartışmaları, online eğitim materyalleri, videolar ve cep kitapçıkları ile eğitim verilmektedir.¹⁴

Akademik Acil Tıp Derneği Geriatri çalışma kolu GAT eğitiminde, sık görülen hastalıklarda görülen atipik prezentasyonlar, mevcut fonksiyonel

kapasitenin belirlenmesi, kronik hastalık yönetimi, iletişim, kognitif değerlendirme ve ilaç etkileşimleri gibi konular üzerine dökümanların hazırlanmasını önermiştir.¹⁵

2.9. Yaşlılarda Görülen Hastalıklar

2.9.1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Koroner arter hastalığı (KAH) ve hipertansiyonun (HT) prevalansı ve ciddiyeti yaşla birlikte artmaktadır. Yaş, KAH için bağımsız bir risk faktörüdür. KAH yaşlıların %30'unda rutin EKG'de (elektrokardiyografi) fark edilmekte ve genellikle hastalar önemli bir akut semptom tarif etmemektedirler. Yaşlılarda, kalbin ritm ve iletim sorunları da sık görülmektedir. Kalp yetmezliği primer olarak yaşlıların hastalığıdır. Toplumun giderek yaşlanması, kalp hastalıklarının tanı ve tedavisindeki gelişmeler sonucunda hastaların daha erken kaybedilmemeleri nedeniyle hekimlerin geriatrik hastaların kardiyak problemleri ile daha sık karşılaşabilecekleri öngörülmektedir.^{2 12}

2.9.2. Solunum Sistemi Hastalıkları

Yaşla beraber akciğerlerde gaz değişiminde ve ventilasyon/perfüzyon dengesinde değişiklikler olmaktadır. Mukosiliyer aktivite ve öksürük refleksi azalmaktadır. Yaşlıların %16'sında KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) görülmektedir. KOAH ve komplikasyonları yaşam süresini kısaltmakta ve tüm dünyada ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır.

Yaşla birlikte pulmoner tromboemboli (PTE) insidansı artmakta ve 65 yaş üzeri grupta daha ölümcül seyretmektedir. Pnömoniler de yaşlılarda daha ağır seyretmektedir.^{2 12}

2.9.3. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları

Sindirim sistemi sorunları yaşlılarda hekime başvuru nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Hastalar en sık disfaji, anoreksi, dispepsi ve kolonik fonksiyonla ilişkili şikayetlerle başvururlar. Karın ağrılı yaşlı hastaların yarısında hastaneye yatış gerektiren problemler bulunmakta, %30 oranında cerrahi girişime ihtiyaç duyulmaktadır. Doktorların yönetimde en çok problem yaşadığı hasta grubu karın ağrılı yaşlı hastalardır. Karın ağrılı hastaların son tanıları genellikle enfeksiyonlar, mekanik problemler, ülser, genitoüriner hastalıklar, malignite, safra yolları hastalıkları, kardiyak hastalıklar ve pulmoner hastalıklar olmaktadır.^{2 12}

2.9.4. Nefrolojik Hastalıklar ve Elektrolit Bozuklukları

Akut böbrek yetmezliği, yaşlılarda sıklıkla sistemik ve ciddi bir hastalığın ya da bu hastalığın tedavisi sırasında kullanılan yöntem ve ilaçların bir komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. 65 yaş üzerinde kronik böbrek yetmezliği (KBY) olup diyaliz ihtiyacı olan hasta sıklığı %23' tür. Yaşlanma sürecinde su ve elektrolit dengesini sağlayan mekanizmalarda değişiklikler ortaya çıkmakta ve bunun sonucunda genel durumu bozan herhangi bir hastalıkta ölümcül elektrolit dengesizlikleri gelişebilmektedir.^{2 12}

2.9.5. Enfeksiyon Hastalıkları

Yaşlılar, enfeksiyon hastalıklarına yatkındırlar. Bu yatkınlığın en önemli nedenleri kronik komorbidite varlığı, bakımevi gibi kalabalık yerlerde yaşama, immunsupresif ilaç kullanım prevalansında artış, hücresel ve humoral immünitede zayıflama ve yara iyileşmesi gibi fizyolojik fonksiyonlarda görülen kayıptır. En sık başvuru şikayeti ateştir. Mortalite %33' tür. Hızlı tanı ve tedavi önemli olup en sık görülen enfeksiyon hastalıkları selülit, idrar yolu enfeksiyonları, pnömoni ve menenjitlerdir.^{2 12}

2.9.6. Hematolojik, Onkolojik ve Endokrinolojik Hastalıklar

Anemi, yaşlılarda genellikle kendi başına bir hastalık değil, başka bir hastalığın neden olduğu bir sonuçtur. Yaşlanma sürecine paralel olarak diseritropoez ve disgranülopoez artar, bunun sonucunda myelodisplastik sendrom ve akut lösemi insidansı artar. Multipl Myelom gibi hastalıklar yaşlılık dönemi hastalıklarıdır.

Yaşlılar, kanser açısından risk grubundadırlar. Kanser ölümlerinin %60' ı bu yaş grubunda görülmektedir. Türkiye'de 65 yaş üstü erkeklerde en sık akciğer, mide ve mesane kanseri; kadınlarda meme, akciğer ve mide kanseri görülmektedir. Onkolojik hastalar, acil servislere en çok paraneoplastik sendromlar ve kemoterapinin neden olduğu yan etkiler sebebiyle başvurumaktadırlar.

Diabetes Mellitus (DM) yaşlı bireylerde morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. Yaşlanma ile tiroid disfonksiyonuna sık

rastlanmakta ve klinik, genç hastalara göre farklılık göstermektedir. Yaşlılarda hipokalsemi ve hiperkalsemi sıklığı artmış olup kalsiyum metabolizması bozukluklarının neden olduğu ölümcül aritmiler görülebilmektedir. Adrenal ve hipofiz bezi hastalıkları da yaşla beraber artmaktadır.^{2 12}

2.9.7. Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar

Yaşlılarda sık görülen DM (Diyabetes Mellitus), HT, ateroskleroz ve obstrüktif uyku apnesi gibi hastalıklar strok riskini arttırmaktadır. Demans sıklığı artmış olup bu nedenle iletişim problemleri görülebilir ve mevcut kognitif fonksiyon bilinmediğinden mental durum değişiklikleri fark edilmeyebilir.

65 yaş üstü hastalarda psikiyatrik hastalık sıklığı artmış olup önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Yaşlılarda yeni başlayan psikiyatrik durumlar genellikle organik bir nedenden köken almaktadır. Hastalar psikotik ve ajite davranışlar, suicidal düşünceler, depresyon, madde kötüye kullanımı ve istismar gibi psikososyal durumlarla acil servise başvurmaktadırlar.^{2 12}

2.9.8. Travma

Travma, 65 yaş üstü hastalarda ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. Kırıklar ve ciddi yaralanmalar meydana gelir. Düşme nedeniyle acil servise başvuran yaşlı hastaların çoğunlukla altta yatan ciddi hastalıklar sonucunda travmaya maruz kaldığı; ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve tetkiklerin yapılarak incelenmeleri önerilmektedir.^{2 12}

2.9.9. İlaç Etkileşimleri

Yaşlıların çok fazla ilaç kullanmaları ve acil servislerde bu ilaçlara yenilerinin eklenmesi ile ilaç etkileşimleri ve istenmeyen zehirlenmeler sık görülmektedir. Senkop, halsizlik, bilinç değişikliği gibi şikayetler ilaç yan etkileri ve etkileşimlerinden kaynaklanabilmektedir.^{2 12}

2.10. Yaşlı İstismarı

65 yaş üzerindeki bireyin fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik yönden başka bireyler tarafından olumsuz etkilenmesine yaşlı istismarı denir. Yaşlının temel ihtiyaçlarının karşılanmaması durumu ise ihmaldir. DSÖ, yaşlı istismarı üzerine Toronto Deklarasyonunda; istismar, yaşlı bir kişide, güven duyulan herhangi bir ilişki içerisinde, zarara ve zorlanmaya yol açan tek veya tekrarlayan davranış sergilenmesi ya da uygun davranışın sergilenmemesi olarak tanımlanmıştır. Sıklık %2-10 arasındadır. Günümüzde yaşlı istismarının, aile yapısında yaşanan değişikliklerin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Yaşlı istismarı yaralanma, tıbbi sorunların göz ardı edilmesi, kötü hijyen, yetersiz beslenme ve sıvı alımı, uygun olmayan ev koşulları, eve hapsetme ve gelirine el koyma gibi değişik şekillerde olabilmektedir.² Acil serviste klinik ortamın uygun olmaması nedeniyle istismar tanısı atlanabilmekte, ancak şüphe halinde vakalar tanınabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, yaşlı hastalarda bakıcıların istismar bildirim sıklığı %27, hekimlerin aynı hasta grubunda istismarı tanıma oranı %18 bulunmuştur. Yaşlı hasta sayısının artmasıyla istismar oranlarının artması

beklenmekte olup, bu nedenle acil servis çalışanları başta olmak üzere hekimlerin ve sağlık personellerinin istismar vakalarını tanıyacak ve değerlendirecek tarzda eğitilmeleri gerekmektedir. Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve avukattan oluşan bir ekip oluşturularak bu tür hastalar tedavi edilmeli, hastalara gerektiğinde adli ve sosyal destek verilmelidir.

2.11. Yaşlılarda Resüsitasyon ve Etik Sorunlar

Yaş, tek başına kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) başarısını etkileyen bir faktör değildir fakat KPR yapılma sıklığını belirleyen önemli bir faktördür. Ek sorunu olmayan bir yaşlı hastada KPR sonrası hastaneden çıkarılma aşamasına gelme oranı %10'dur. Türkiye' de kalp ve solunum durması gibi geri döndürülebilir durumlarda KPR yapma zorunluluğu hukuken vardır.²

Etik olarak hekimden ilk beklenen yaşlı olması nedeniyle hastalara karşı ayrımcılık yapmamasıdır. Hastaya zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğine saygı gösterme ve ayrımcılık yapmama hekim-hasta ilişkisinin vazgeçilmez ilkeleridir. Karar verme yetileri olmayan hastalarda yapılacak girişim ve tedavilerin uygulanması, gerekliliği ve hasta yakınlarının konuya ilişkin tutumları hekimlerin sık karşılaştığı ciddi sorunlardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup; anket çalışması olarak dizayn edilmiştir. Anketler (Ek.1) 22.02.2012 ile 22.03.2012 tarihleri arasında <http://www.tatd.in/redcap/> (www.acilarastirma.net) adresi üzerinden katılımcıların elektronik posta adreslerine ulaştırılmıştır. Katılımcıların anket sorularını cevaplandırıp, formu internet aracılığıyla geri göndermeleri sağlanarak çalışma yürütülmüştür.

Çalışma için etik kurul izni, Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun 18 Ocak 2012 toplantısında alındı. (Ek.2)

3.1. Araştırmanın Evreni

Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) ve Acil Tıp Uzmanları Derneği' nden (ATUDER) alınan yardımla Türkiye' de kaç adet Acil Tıp Anabilim Dalı (AD), bu AD' larında ve diğer devlet hastaneleri ile özel hastanelerde kaç adet Acil Tıp Uzmanı ve Araştırma Görevlisi Doktorun bulunduğu ve e-mail adresleri öğrenilmiştir.

Türkiye' de bulunan 64 tıp fakültesinin 48 tanesinde Acil Tıp AD, 54 eğitim araştırma hastanesinin 29'unda Acil Tıp Klinik Şefliği bulunmakta ve Acil Tıp eğitimi vermektedirler. Ayrıca Ankara, İstanbul, İzmir ve Adana gibi büyük illerde daha yoğun olmakla birlikte Türkiye' deki 82 ilin tamamında ve özel hastanelerin bir kısmında Acil Tıp uzmanları çalışmaktadır.

ATUDER verilerine göre Ocak 2012 itibariyle Türkiye’deki Acil Tıp camiasında 723’ü araştırma görevlisi ve 634’ü uzman olmak üzere toplamda 1357 doktor bulunmaktadır ve bu doktorların 893’ünün şahsi elektronik posta adresleri temin edilmiştir.

Araştırmamıza internet aracılığıyla ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm Acil Tıp Uzman ve Araştırma Görevlisi doktorlar dahil edilmiştir. Elektronik posta adreslerine ulaşamayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen doktorlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.2. Verilerin Elde Edilmesi ve Toplanması

Veri toplama aracı olarak elektronik bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu TATD tarafından Acil Tıp hizmetine sunulan <http://www.tatd.in/redcap/> adresinde verilen teknik hizmetten yararlanılarak oluşturulmuştur. Anket soruları katılımcıların demografik özelliklerini, çalıştıkları kurumlardaki Geriatri Bilim Dalı varlığını, acil servise başvuran yaşlı hastaların özelliklerini, yaşlı hastalarla ilgili eğitim durumlarını, yaklaşımlarını, duygularını ve ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik olarak konu ile ilgili literatür taramasının ışığında hazırlanmıştır.

Anket formu, 29 sorudan oluşmuştur. Katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili 6 soru, çalıştıkları kurumdaki Geriatri konusundaki mevcut durum ve geriatrik hastalara karşı genel tutum ile ilgili 6 soru, konu ile ilgili eğitim durumları ve eğitim beklentileri ile ilgili 8 soru, geriatrik hastaların acil servisteki durumu, yaşlı istismarı ve etik problemler ile ilgili toplam 9 soru sorulmuştur.

Ankette açık uçlu, “evet”, “hayır”, “fikrim yok” seçeneklerini içeren üç seçenekli 16 adet, üç veya daha fazla seçenek içeren ve birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği 7 adet kapalı uçlu soru kullanılmıştır.

Anket formu, katılımcılara ulaştırılmadan önce ulaşılabilen AD’ ları telefonla aranmış, Acil Tıp uzmanlarının ve araştırma görevlilerinin üye oldukları e-mail gruplarına bilgi amaçlı elektronik posta gönderilerek çalışma ile ilgili bilgiler verilmiş ve katılım rica edilmiştir. Anket formu elektronik posta adresleri elde edilen Acil Tıp uzman ve araştırma görevlilerinin şahsi e-mail adresleri ve gruplara farklı zamanlarda üç kez gönderilmiştir. Katılımcılar mükerrer anket doldurulmaması yönünden uyarılmış, buna rağmen mükerrer doldurulan anketler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3. Veri Analizi ve İstatiksel Yöntem

Çalışma süresi bitiminde internetteki anket sitesinde toplanan veriler SPSS for Windows 15.0 (SPSS Inc.®, Chicago, ABD) programına kaydedilerek istatistiksel analizleri yapılmıştır. Soruların tamamına yanıt vermeyenler belirlenmiş olup, çalışma dışı bırakılmıştır. İstatistiksel analiz her soruda yanıt veren katılımcı sayısı üzerinden yapılmıştır. Tanımlayıcı ölçütler ortalama, ortanca ve yüzde dağılımı olarak sunulmuştur. Ortalamalar “ortalama±standart sapma” şeklinde verilmiştir. Parametreler arasındaki ilişkiyi bulmak için Ki-Kare, Yates Düzeltmeli ve Fisher’s Exact testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.4. Çalışma Akış Şeması



4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Türkiye’ deki Acil Tıp uzman ve araştırma görevlisi doktorların %65.8’ inin elektronik posta adresleri temin edilerek anket formu gönderildi. Anket formu gönderilenlerin %12.7’ sine (113 kişi) posta adresleri yanlış olduğu için ulaşılamadı. 335 kişi (%24.6) anket formunu doldurarak çalışmaya katıldı. 3 kişi anket formunu mükerrer doldurmaları nedeniyle, 1 kişi Dahiliye uzmanı olması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı. 331 doktor (% 24.4) çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya alınan doktorların 115’ i (%34.7) kadın, 216’ sı (%65.3) erkekti. Katılımcıların ortalama yaşı 33.73 ± 5.35 idi. Katılımcıların ünvanları ile ilgili soruyu 2 kişi (%0.6) yanıtlamadı. Bu soruya cevap verenlerin 3’ü (%0.9) profesör, 28’ i (%8.5) doçent, 30’u (%9.1) yardımcı doçent, 9’ u (%2.7) öğretim görevlisi, 2’si (%0.6) şef, 1’i (%0.3) şef yardımcısı, 7’si (%2.1) başasistan, 88’i (%26.7) uzman ve 161’i (%48.9) araştırma görevlisi doktordu. (Şekil 2) Uzmanların yaş ortalaması 36.95 ± 0.35 , araştırma görevlilerinin yaş ortalaması 30.40 ± 0.30 idi. (Tablo 2)

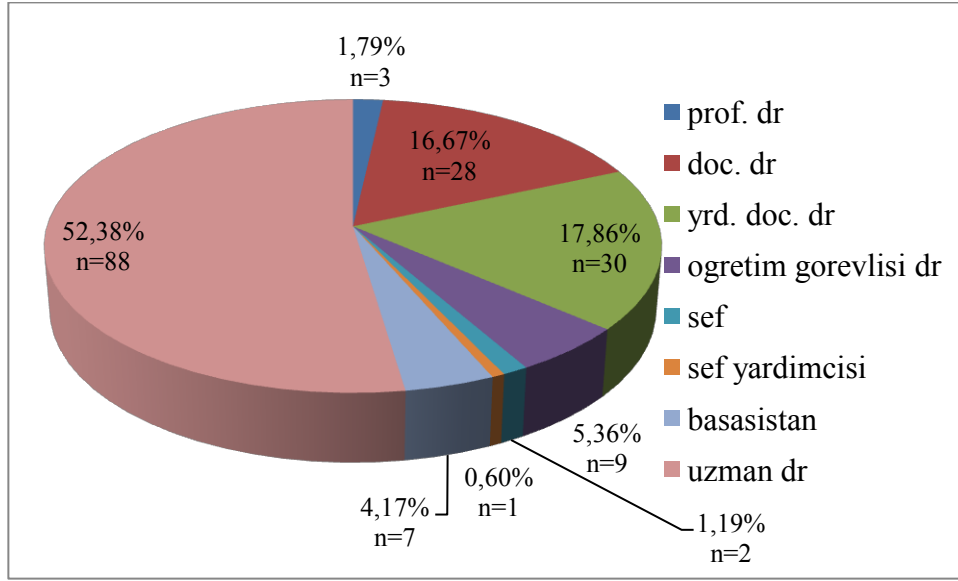
Katılımcıların 9’u (%2.7) çalıştıkları kurumun ne olduğu sorusunu yanıtlamadı. Bu soruyu yanıtlayanların 196’sı (%60.9) üniversite hastanelerinde, 94’ü (%29.2) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde, 29’u (%9) devlet hastanelerinde, 3’ü (%0.9) özel hastanelerde çalışmakta olduklarını belirttiler. Araştırma görevlilerinin 118’i (%73.3) üniversite hastanelerinde ve 43’ü (26.7) eğitim-araştırma hastanesinde çalıştıklarını belirttiler. (Şekil 3) Uzman

doktorların (akademik ünvanlı olanlar dahil) 77'si (%48.1) üniversite hastanelerinde, 51'i (%37.9) eğitim-araştırma hastanelerinde, 29'u (%18.1) devlet hastanelerinde, 3'ü (%1.9) özel hastanelerde çalışmaktaydı. (Şekil 4)

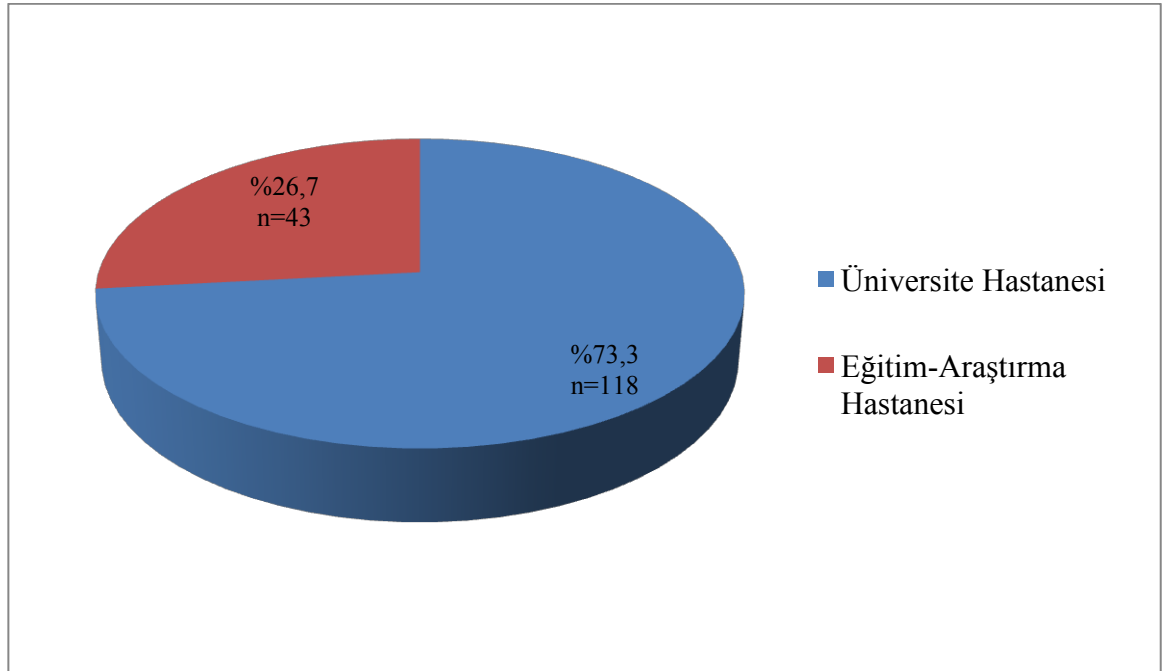
Katılımcıların 3'ü Acil Tıp kliniğinde çalışma süresi ile ilgili soruya yanıt vermemiş olup; soruyu yanıtlayanların ortalama çalışma süresi 6.11 ± 4.28 yıldır. Uzmanların ortalama çalışma süresi 9.24 ± 0.28 iken, araştırma görevlilerinininki 2.88 ± 0.12 yıldır. (Tablo 2)

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzman ve Araştırma Görevlisi Doktorların Yaş-Cinsiyet-Acil Tıp Kliniğinde Çalışma Süresi.

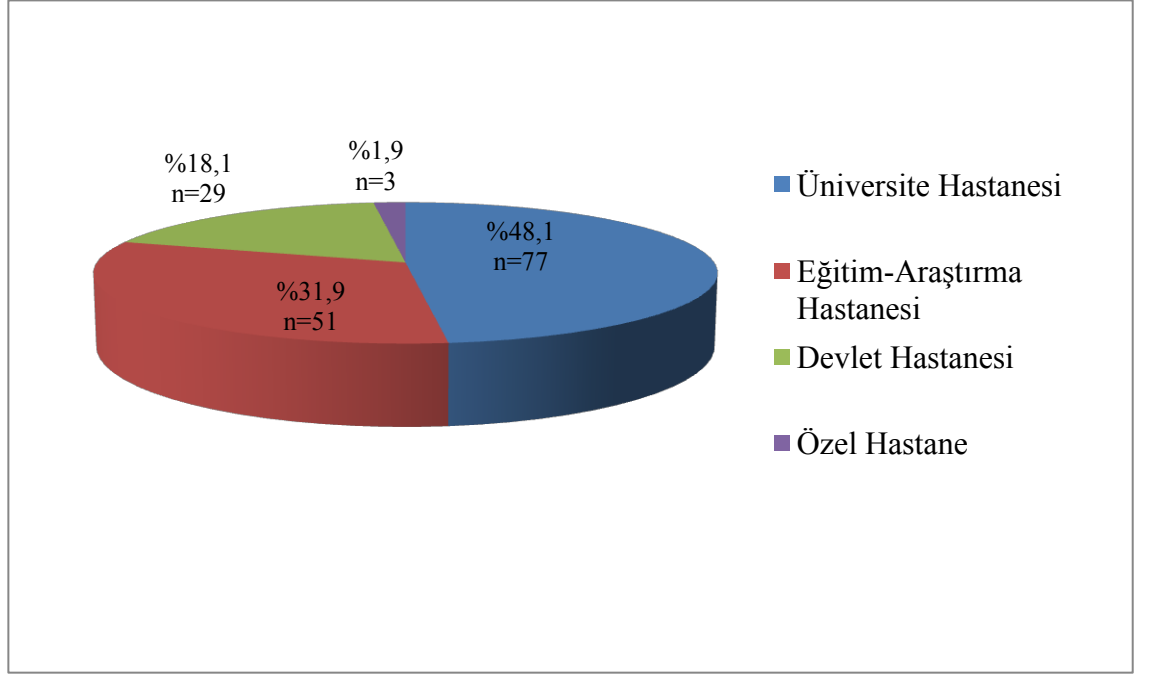
	UZMAN	ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ
YAŞ		
ort $\pm$ SD	36.95 ± 0.35	30.40 ± 0.30
ortanca (min-max)	36 (29-52) Yaş	30 (24-47) Yaş
CİNSİYET		
Kadın	54 (%32)	61 (%37.7)
Erkek	115 (%68)	101 (%62.3)
ACİL TIP KLİNİĞİNDE ÇALIŞMA SÜRESİ		
ort $\pm$ SD	9.24 ± 0.28	2.88 ± 0.12
ortanca (min-max)	9 (5-27) Yıl	3 (1-11) Yıl



Şekil 2. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanlarının Ünvanlarına Göre Dağılımı. (prof.dr.=profesör doktor, doc. dr=doçent doktor, yrd. doc. dr=yardımcı doçent doktor, dr=doktor)



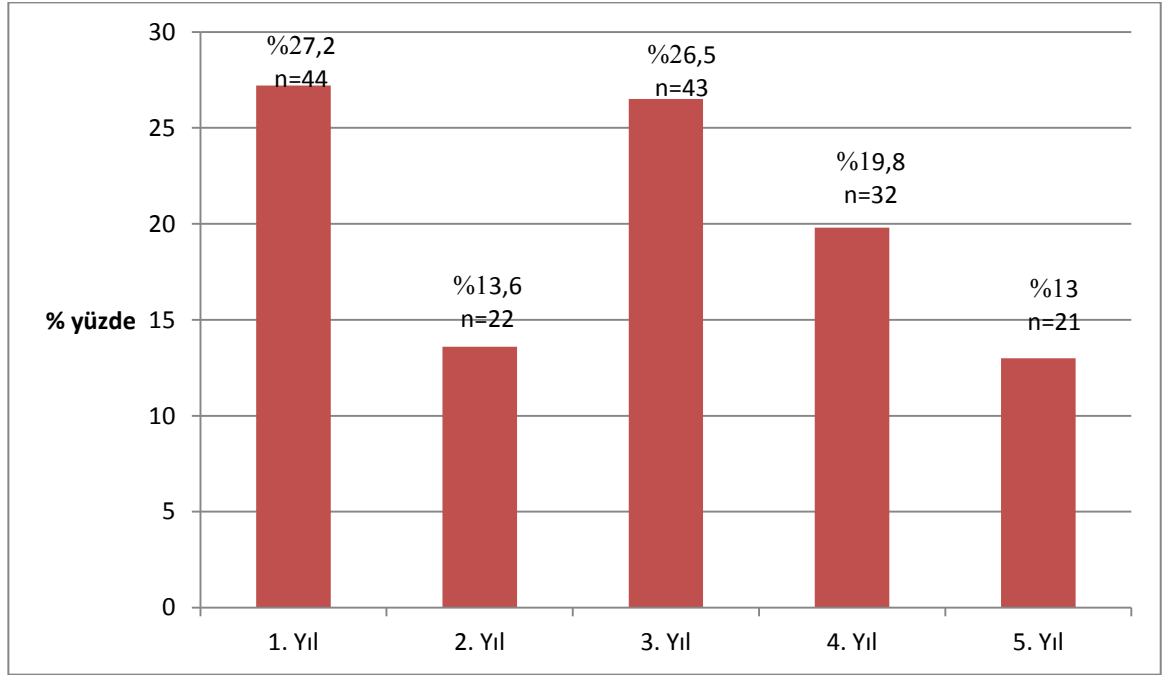
Şekil 3. Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlisi Doktorların Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımları.



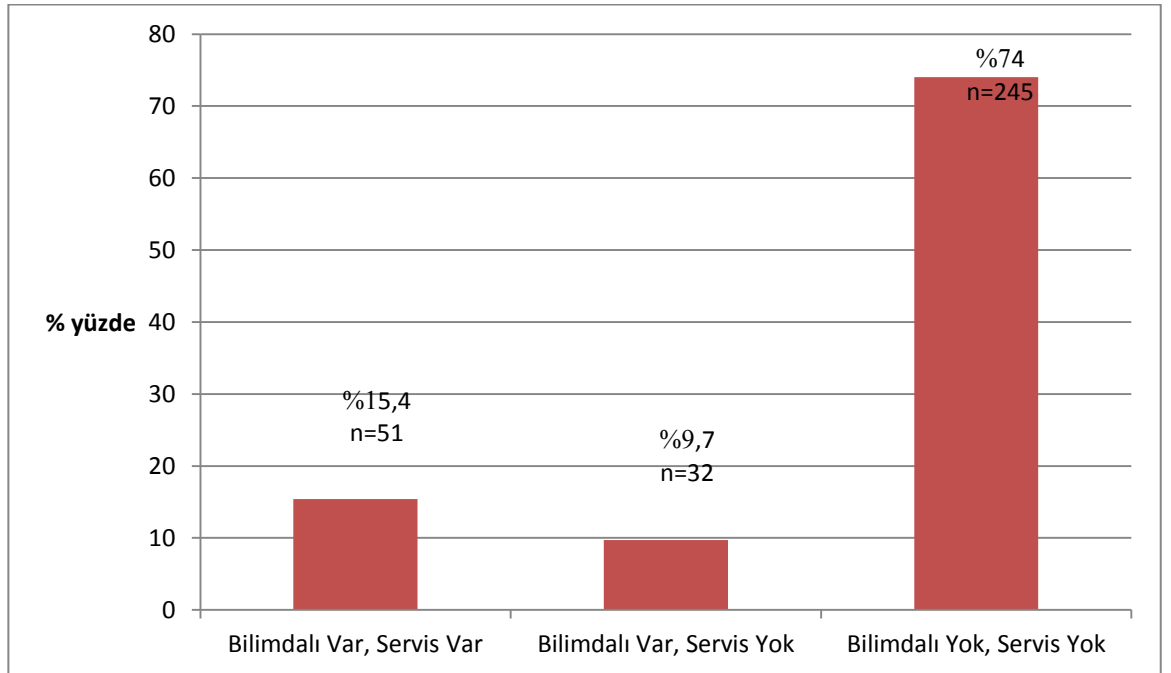
Şekil 4. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı.

Araştırma görevlilerinin 44'ü (%27.2) 1. yıl, 22'si (%13.6) 2. yıl, 43'ü (%26.5) 3. yıl, 32'si (19.8) 4. yıl, 21'i (%13) 5.yıl asistanıydı. (Şekil 5)

Katılımcılara çalıştıkları kurumda geriatri servisi ve bölümü olup olmadığı soruldu. 3 kişi bu soruyu yanıtsız bırakırken; 51 kişi (%15.5) çalıştıkları kurumda Geriatri bilim dalı ve servisi olduğunu, 32 kişi (%9.8) kurumlarında Geriatri bilim dalının olduğunu fakat servisin olmadığını, 245 kişi (%74.7) kurumlarında Geriatri bilim dalının ve servisinin olmadığını belirtti. (Şekil 6)



Şekil 5. Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlisi Doktorların Asistanlık Yılına Göre Dağılımı.



Şekil 6. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzman ve Araştırma Görevlisi Doktorların Çalıştıkları Kurumda Geriatri Bilim Dalı ve Servis Varlığı.

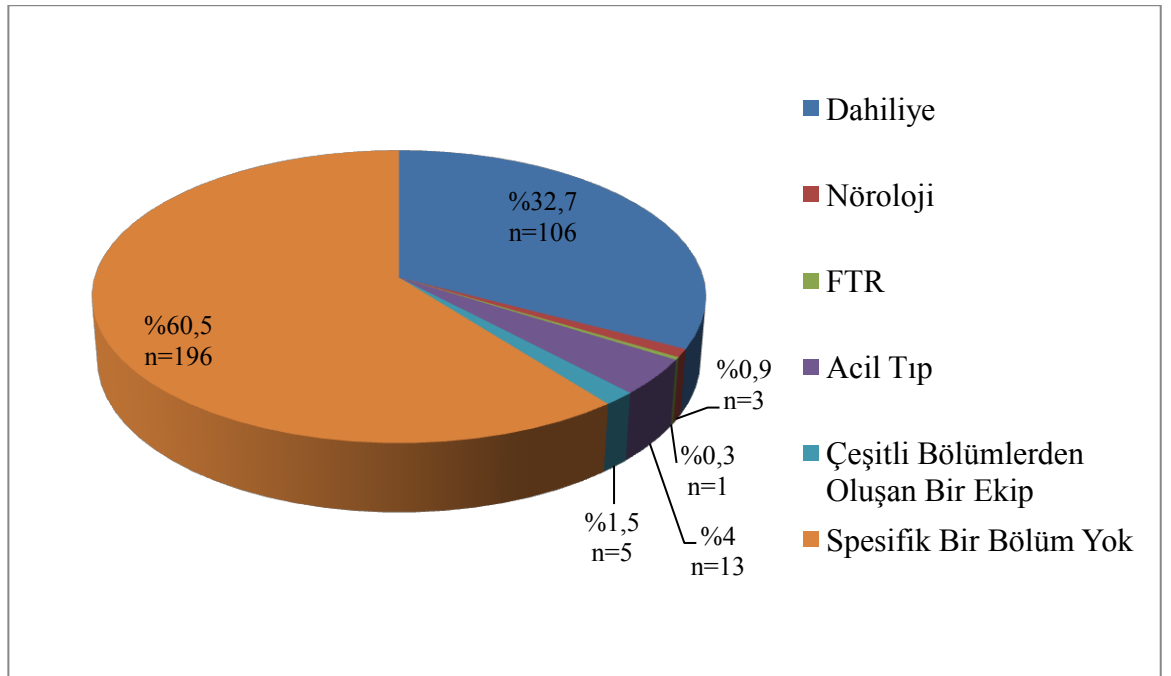
Çalışmaya katılanlara “ Hastanelerde geriatri servisi olmalı mı? “ diye soruldu. 2 kişi (% 0.6) soruya yanıt vermedi. Soruya yanıt verenlerin 318’i (%96.7) “ evet” , 6’sı (% 1.8) “ hayır” ve 5’i (% 1.5) “ fikrim yok” seçeneğini işaretledi. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların çalıştıkları kurumda geriatri servisi varlığı ve hastaneye yatış açısından geriatrik hastalara bakış açısı.

	EVET		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastanelerde Geriatri servisi olmalı mı?	318	96.7	6	1.8	5	1.5
Çalıştığınız kurumda yaşlı hastaların diğer hastalarla karşılaştırıldığında hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşünüyor musunuz?	261	79.4	63	19.1	5	1.5

Katılımcılara çalıştıkları kurumda, diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaşlı hastaların hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşünüp düşünmedikleri soruldu. 2’si (%0.6) soruya yanıt vermedi. 261 kişi (%79.4) “ evet” , 63 kişi (%19.1) “ hayır” , 5 kişi (%1.5) “ fikrim yok” şeklinde soruyu yanıtladı. (Tablo 3)

Çalışmaya katılan doktorların 106'sı (%32.7) çalıştıkları kurumda geriatri ile İç Hastalıkları AD'nın, 3'ü (%0.9) Nöroloji AD'nın, 1'i (%0.3) Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD'nın (FTR) , 13'ü (%4) Acil Tıp AD'nın, 5'i (%1.5) çeşitli bölümlerden oluşan bir ekibin ilgilendiğini belirtti. 196'sının (%60.5) çalıştıkları kurumda geriatri ile ilgilenen spesifik bir anabilim dalı yoktu. (Şekil 7)



Şekil 7. Çalışmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Kurumda Geriatri İle İlgilenen Bölümlerin Dağılımı.

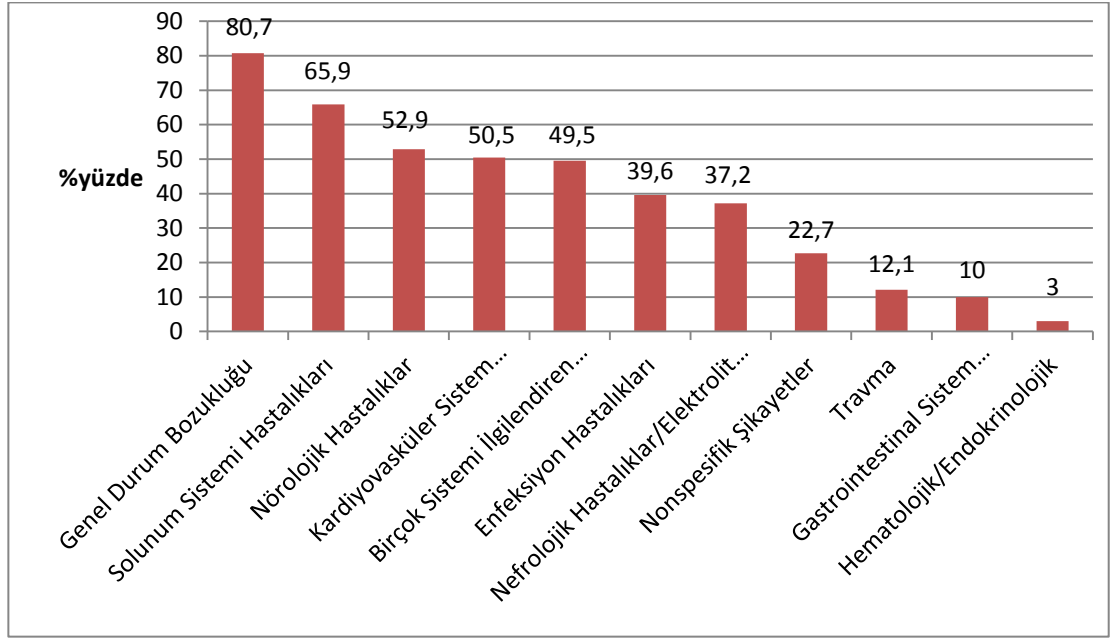
Katılımcılara çalıştıkları acil servise yaşlı hastaların en çok birincil başvuru nedenlerinin ne olduğu soruldu. Birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri belirtildi. 267 katılımcı (%80.7) genel durum bozukluğuyla; 218'i (%65.9) solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanan şikayetlerle, 175'i (%52.9) nörolojik şikayetlerle, 167'si (%50.5) kardiyovasküler sistem ile ilgili

şikayetlerle, 164'ü (%49.5) birçok sistemi ilgilendiren şikayetlerle yaşlı hastaların başvurduklarını belirtti. (Şekil 8)

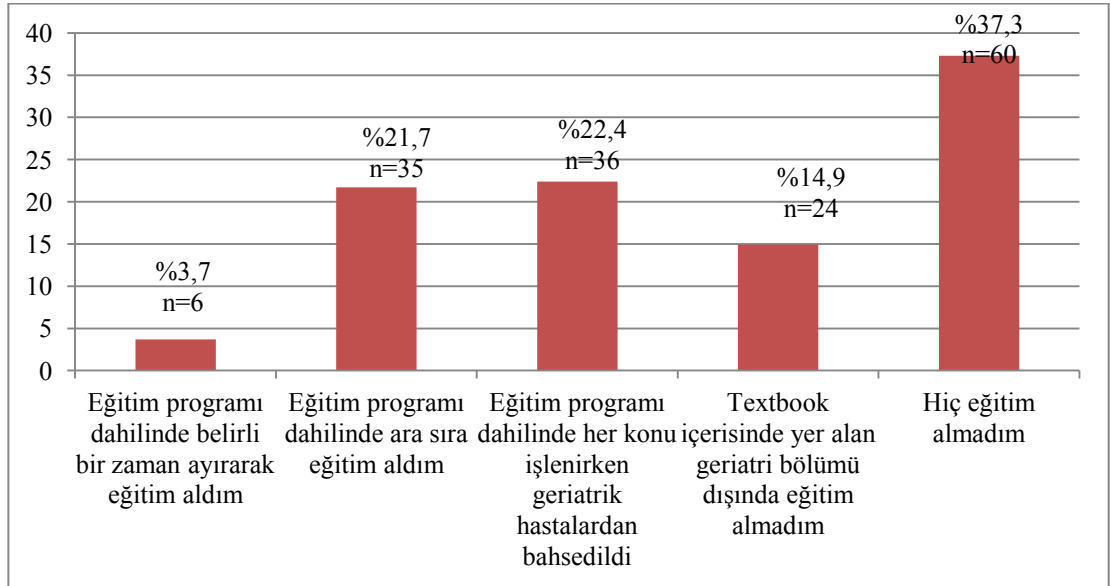
Çalışmaya katılan Acil Tıp doktorlarının 276'sı (%83.4) Acil Tıp eğitiminde geriatriinin ayrı bir konu olarak anlatılmasına “evet” derken; 42'si (%12.7) soruya “hayır”, 13'ü (%3.9) “fikrim yok” yanıtını verdi. (Tablo 4)

Anketi yanıtlayanların 287'si (%87.2) ulusal kongre ve sempozyumlarda geriatri ile ilgili panel ve oturumların düzenlenmesini istediğini, 28'i (%8.5) istemediğini, 14' ü (%4.3) bu konuda fikri olmadığını belirtti. (Tablo 4)

Katılımcılara çalıştıkları kurumda eğitim programları dahilinde geriatri ile ilgili nasıl eğitim aldıkları soruldu. Araştırma görevlilerinin 60'ı (%37.3) “ Hiç eğitim almadım. ” seçeneğini, 36'sı (%22.4) “ Eğitim programı dahilinde her konu işlenirken geriatrik hastalardan bahsedildi. ” seçeneğini, 35'i (%21.7) “Eğitim programı dahilinde ara sıra eğitim aldım. ” seçeneğini, 24'ü (%14.9) “ Textbook içerisinde yer alan geriatri bölümü dışında eğitim almadım. ” seçeneğini ve 6'sı (%3.7) “Eğitim programı dahilinde belirli bir zaman ayırarak eğitim aldım. ” seçeneğini işaretledi. (Şekil 9)

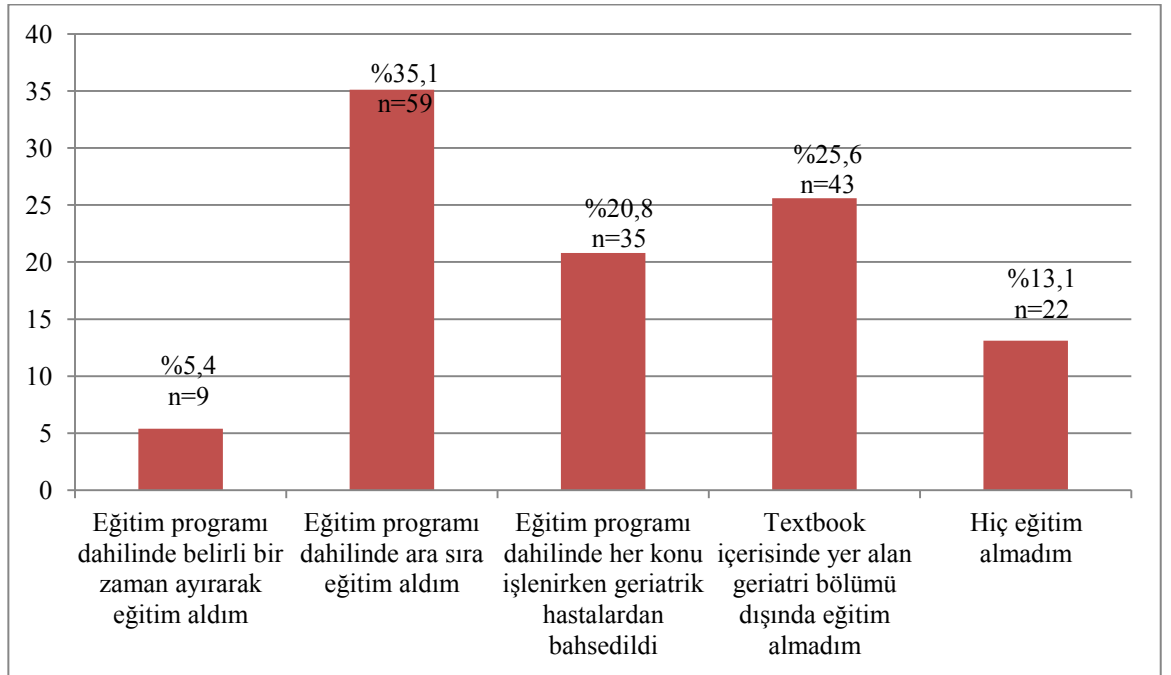


Şekil 8. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanları ve Araştırma Görevlisi Doktorlara Göre Yaşlı Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri. (Katılımcılar aynı anda birden fazla seçeneği seçebilmişlerdir.)



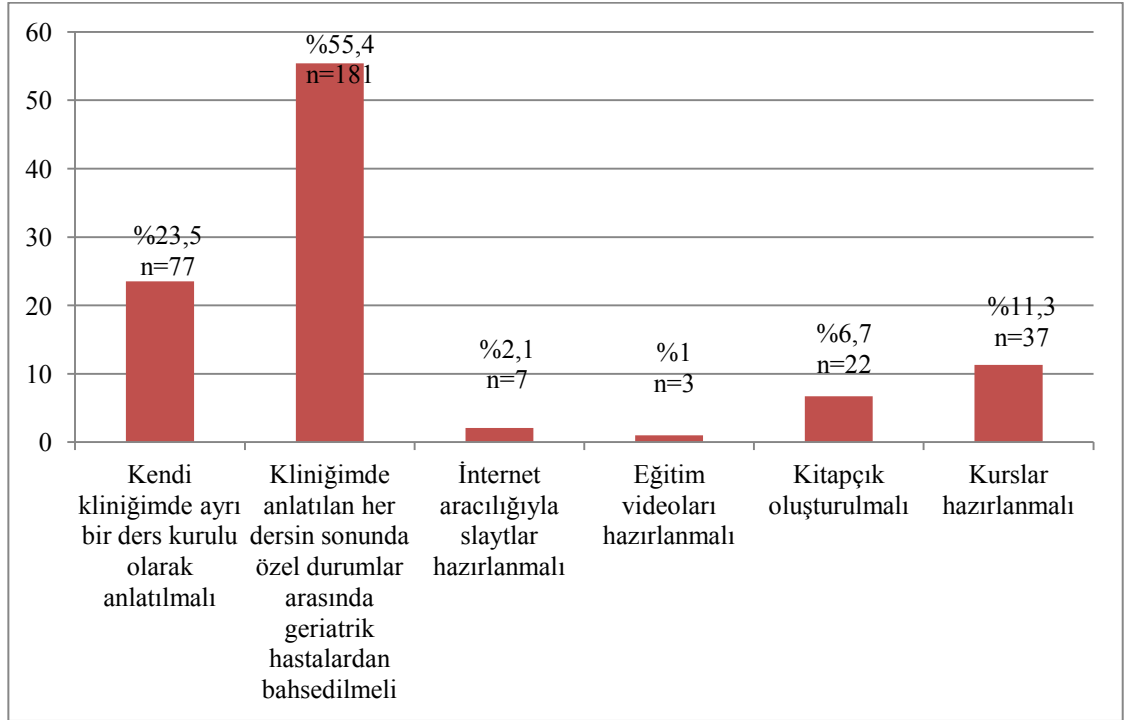
Şekil 9. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Araştırma Görevlisi Doktorların Geriatri İle İlgili Eğitim Alma Durumları.

Uzman doktorların 59'u (%35.1) “Eğitim programı dahilinde ara sıra eğitim aldım. ” seçeneğini, 43'ü (%25.6) “ Textbook içerisinde yer alan geriatri bölümü dışında eğitim almadım. ” seçeneğini, 35'i (%20.8) “ Eğitim programı dahilinde her konu işlenirken geriatrik hastalardan bahsedildi. ” seçeneğini, 22'si (%13.1) “ Hiç eğitim almadım. ” seçeneğini ve 9'u (%5.4) “Eğitim programı dahilinde belirli bir zaman ayırarak eğitim aldım. ” seçeneğini işaretledi. (Şekil 10)



Şekil 10. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanlarının Geriatri İle İlgili Eğitim Alma Durumları.

Katılımcılara Acil Tıpta geriatrik hastalara yaklaşımla ilgili nasıl bir eğitim programı hazırlanmasını istedikleri soruldu. 181 kişi (%55.4) “ Kliniğimde anlatılan her dersin sonunda özel durumlar arasında geriatrik hastalardan bahsedilmeli. ” seçeneğini, 77 kişi (%23.5) “ Kendi kliniğimde ayrı bir ders kurulu olarak anlatılmalı. ” seçeneğini, 37 kişi (%11.3) “ Kurslar hazırlanmalı. ” seçeneğini, 22 kişi (%6.7) “ Kitapçık oluşturulmalı. ” seçeneğini, 7 kişi (%2.1) “ İnternet aracılığıyla slaytlar hazırlanmalı. ” seçeneğini ve 3 kişi (%1) “ Eğitim videoları hazırlanmalı. ” seçeneğini işaretledi. 4 kişi bu soruyu yanıtlamadı. (Şekil 11)



Şekil 11. Katılımcıların Acil Tıpta Eğitim Almak İstedikleri Geriatri Eğitim Programları.

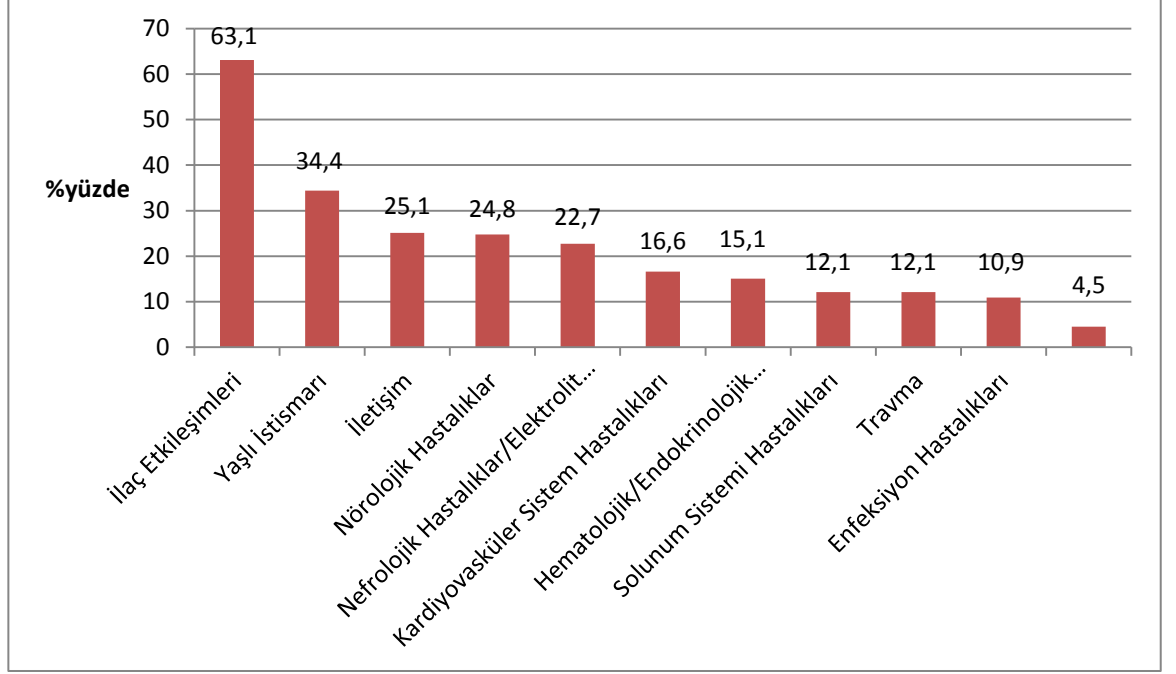
Katılımcıların 223'ü (%68.2) yaşlı hastalara tıbbi yaklaşımda kendini yeterli hissettiğini, 71'i (21.7) bu konuda kendini yetersiz hissettiğini belirtti; 33'ü (%10.1) “ Fikrim yok” şıkkını işaretledi, 4'ü bu soruyu yanıtlamadı. 221 kişi (%67) ise yaşlı hastalarla iletişimde kendisini yeterli hissettiğini, 85 kişi (%25.8) kendisini iletişimde yetersiz hissettiğini bildirdi; 24 kişi (%7.2) “ Fikrim yok” şıkkını işaretledi, 1 kişi soruyu yanıtlamadı. Katılımcıların 206'sına göre (%62.2) Geriatri bir Acil Tıp yan dalı olmamalı şeklinde bir veriye ulaştık. (Tablo 4)

Çalışmaya katılan Acil Tıp doktorlarına yaşlı hastalara yaklaşımda kendilerini en çok yetersiz hissettikleri ve eğitim almak istedikleri konuların neler olduğu soruldu. Birden fazla şıkkı işaretleyebilecekleri belirtildi. Katılımcıların 209'u (%63.1) ilaç etkileşimleri, 114'ü (%34.4) yaşlı istismarı, 83'ü (%25.1) iletişim, 82'si (%24.8) nörolojik hastalıklar, 75'i (%22.7) nefrolojik hastalıklar ve elektrolit bozuklukları ile ilgili eğitim almak istediklerini belirtti. (Şekil 12)

Katılımcıların 97'si (%29.6) yaşlı hastalar için şevkat; 94'ü (%28.7) koruma hissi, 87'si (%26.5) acıma, 31'i (%9.5) stres, 9'u (%2.7) yetersizlik, 7'si (%2.1) kızgınlık ve öfke, 3'ü (%0.9) mutluluk duyduğunu belirtti. 3 kişi soruyu yanıtlamadı. (Şekil 13)

Tablo 4. Katılımcıların Geriatri ile İlgili Eğitim ve Yeterlilik ile İlgili Görüşleri.

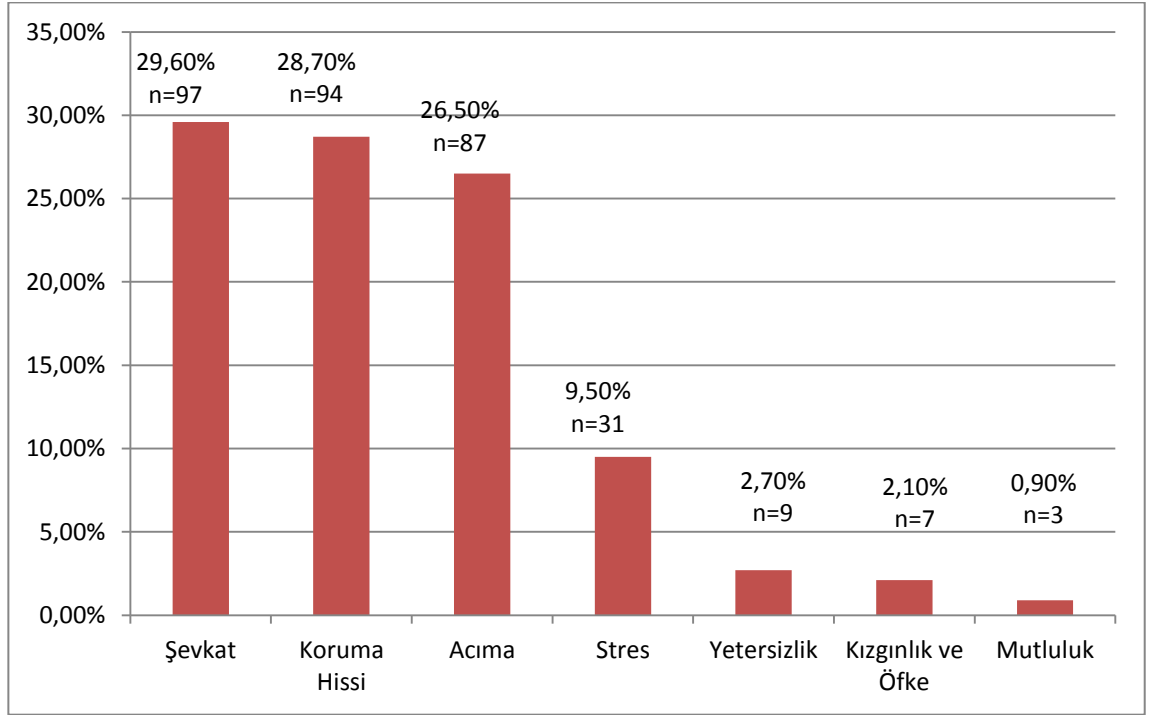
	EVET		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Acil Tıp eğitiminde geriatri ayrı bir konu olarak anlatılmalı mı?	276	83.4	42	12,7	13	3.9
Ulusal kongre ve sempozyumlarda geriatri ile ilgili panellerin ve oturumların düzenlenmesini istersiniz?	287	87.2	28	8.5	14	4.3
Yaşlı hastalara tıbbi yaklaşımda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	223	68.2	71	21.7	33	10.1
Yaşlı hastalarla iletişimde kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	221	67	85	25.8	24	7.2
Geriatri Acil Tıp yan dalı olmalı mı?	103	31.1	206	62.2	22	6.7



Şekil 12. Çalışmaya Katılan Acil Tıp Uzmanları ve Araştırma Görevlisi Doktorların Yaşlı Hastalara Yaklaşımında Kendilerini En Çok Yetersiz Hissettikleri ve Eğitim Almak İstedikleri Konuların Dağılımı. (Katılımcılar aynı anda birden fazla seçeneği seçebilmişlerdir.)

Çalışmaya katılanların 177'si (%54.1) yaşlı hastaları acil servis kalabalığını arttıran bir neden olarak gördüğünü, 136'sı (%41.6) kalabalığı arttıran bir neden olarak görmediğini, 14'ü (%4.3) bu konuda fikri olmadığını belirtti. 4 kişi bu soruya cevap vermedi. (Tablo 5)

Katılımcıların 57'sine göre (%17.5) yaşlı hasta sayısının fazla olması şu anda ve ileride acil servisler için fırsat iken, 221'ine göre (%68) bu durum fırsat değil idi. 47 kişi (%14.5) bu konuda fikri olmadığını belirtti, 6 kişi bu soruyu yanıtlamadı. (Tablo 5)



Şekil 13. Katılımcıların yaşlılara olan duyguları.

Katılımcıların 187'si (%57) yaşlı hastaları şu anda ve ileride tehdit olarak gördüğünü, 95'i (%29) tehdit olarak görmediğini, 46'sı (%14) bu konuda fikri olmadığını belirtti. 3 kişi soruyu yanıtlamadı. (Tablo 5)

Katılımcıların 311'i (%95.9) yaşlı hastalara evde bakım hizmetleri verilmesi gerektiğini, 277'si (%83.7) evde bakım hizmetlerini acil servis kalabalığını azaltan bir etken olarak gördüğünü bildirdi. (Tablo 6)

Çalışmaya katılan Acil Tıp doktorlarının 226'sı (%68.9) yaşlı istismarı olduğunu düşündüğü hastası olduğunu, 186'sı (%56.5) bu durumu adli merciler ve sosyal hizmetlerle paylaştığını belirtti. 90 kişi (%27.4) hiç yaşlı istismarı olduğunu düşündüğü hastası olmadığını bildirdi. (Tablo 7)

Katılımcılara onkolojik hastalığı olmayan ve terminal dönem kabul edilmeyen yaşlı hastalar arrest olarak getirildiğinde resüsitasyon yaparken sadece ileri yaşta olmaları sebebiyle isteksizlik duyup duymadıkları soruldu. Bu soruya 241 kişi (%72.8) “ Hayır”, 78’ i (%23.6) “ Evet”, 12’ si (%3.6) “ Fikrim yok” şeklinde yanıt verdi. Katılımcıların 275’ i (%84.1) aynı hasta kendi yakını olsaydı yaklaşımının aynı olacağını, 36’ sı (%11) yaklaşımının aynı olmayacağını belirtti. 4 kişi soruyu yanıtlamadı. (Tablo 8)

Tablo 5. Katılımcıların yaşlı hastalar ve acil servis kalabalığı ile ilgili görüşleri

	EVET		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşlı hastaları acil servis kalabalığını arttıran bir neden olarak görüyor musunuz?	177	54.1	136	41.6	14	4.3
Yaşlı hasta sayısının fazla olması şu anda ve ileride acil servisler için fırsat mıdır?	57	17.5	221	68	47	14.5
Yaşlı hasta sayısının fazla olması şu anda ve ileride acil servisler için tehdit midir?	187	57	95	29	46	14

Tablo 6. Katılımcıların evde bakım hizmetleri ile ilgili görüşleri.

	EVET		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşlı hastalara evde bakım hizmeti verilmeli mi?	311	95.9	7	2.2	6	1.9
Yaşlı hastalara evde bakım hizmeti verilmesi acil servis kalabalığını azaltan bir etken midir?	277	83.7	36	10.9	18	5.4

Tablo 7. Yaşlı istismarı.

	EVET		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşlı istismarı olduğunu düşündüğünüz hastanız oldu mu?	226	68.9	90	27.4	12	3.7
Yaşlı istismarı olduğunu düşündüğünüz, adli mercilerden ve sosyal hizmetlerden yardıma ihtiyacı olan hastanız oldu mu?	186	56.5	140	42.6	3	0.9

Tablo 8. Katılımcıların yaşlılar ve resüsitasyon ile ilgili görüşleri.

	EVET Sayı	%	HAYIR Sayı	%	FİKRİM YOK Sayı	%
Onkolojik hastalığı olmayan ve terminal dönem kabul edilmeyen yaşlı hastalara resüsitasyon yapmanız gerektiğinde sadece ileri yaşta olmaları nedeniyle isteksizlik duyar mısınız?	78	23.6	241	72.8	12	3.6
Yukarıda bahsedilen hasta yakınınız olsaydı, yaklaşımınız aynı olur muydu?	275	84.1	36	11	16	4.9

4.2. İstatistiksel Bulgular

Çalışmaya katılan Acil Tıp doktorlarının çalıştıkları kurumun türü (üniversite hastanesi, eğitim-araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel hastane) ile bu kurumlarda geriatri bilim dalı ve servis varlığı istatistiksel olarak karşılaştırılmış, üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma ve devlet hastaneleri arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur. (Ki-Kare Testi, $p<0.001$) Üniversite hastanelerinin %22.8'inde Geriatri Bilim Dalı ve servisi bulunurken, eğitim-araştırma hastanelerinde bu oran %4.4 idi. Üniversite hastanelerinin %13.9'unda Geriatri Bilim Dalı bulunup, servisi bulunmazken; eğitim-araştırma hastanelerinde

bu oran %2.2 idi. Üniversite hastanelerinin %63.3'ünde Geriatri Bilim Dalı ve servisi bulunmazken, bu oran eğitim-araştırma hastanelerinde %93.4, devlet hastanelerinde %93.3, özel hastanelerde %100 idi.

Katılımcıların çalıştıkları kurumda Geriatri Bilim Dalı ve servisi olup olmadığı ile hastanelerde Geriatri servisi olmalı mı sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldı. Bu iki soruya verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Ki-Kare Testi, $p=0.721$) Hastanelerde Geriatri servisi olmalı diyenlerin %75.2'sinin çalıştıkları kurumda Geriatri Bilim Dalı ve servisi bulunmadığı belirlendi.

Çalışmaya katılan doktorların çalıştıkları kurum ile çalıştıkları kurumda geriatri ile ilgilenen bölüm arasında anlamlı fark bulunmadı. (Ki-Kare Testi, $p=0.083$) Üniversite hastanelerinin %54.6'sında, eğitim araştırma hastanelerinin %68.5'unda, devlet hastanelerinin %74.1'inde Geriatri ile ilgilenen spesifik bir bölüm yoktu. Üniversite hastanelerinin %37.9'unda, eğitim-araştırma hastanelerinin %26.1'inde, devlet hastanelerinin % 11.1'inde ve özel hastanelerin %66.7'sinde Geriatri ile Dahiliye bölümü ilgileniyordu.

Katılımcıların çalıştıkları kurumda yaşlıların hastaneye yatırılma durumu ile hastanelerde geriatri servisi olmalı mı sorusu, geriatri bilim dalı ve servis varlığı ve çalıştıkları kurum türü ayrı ayrı karşılaştırıldı, bu sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Ki-Kare Testi, $p=0.676$, $p=0.206$, $p=0.343$) Hastanelerde geriatri servisi bulunmamalı diyenlerin %66.7'si çalıştıkları kurumda yaşlı hastaların hastaneye yatırılmasından

kaçınıldığını düşünmekteydi. Hastanelerde geriatri servisi olmalı diyenlerde bu oran %79.7 idi. (Tablo 9) Geriatri Bilim Dalı ve servisi olan hastanelerin %80'inde doktorlar geriatrik hastaların hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşünmekteydi. (Tablo 10) Katılımcılar üniversite hastanelerinde diğer hastanelere oranla daha yüksek oranda yaşlı hastaların hastaneye yatırılmaktan kaçınıldığını düşünmekteydi. (Tablo 11)

Tablo 9. Katılımcıların çalıştıkları kurumda yaşlıların hastaneye yatırılma durumu ile “Hastanelerde geriatri servisi olmalı mı?” sorusunun karşılaştırılması.

	Çalıştığınız kurumda diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaşlı hastaların hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşünüyor musunuz?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastanelerde Geriatri servisi olmalı mı?						
Evet	252	79.7	59	18.7	5	1.6
Hayır	4	66.7	2	33.3	-	-
Fikrim yok	3	60	2	40	-	-
p=0.676 Ki-Kare testi uygulanmıştır						

Tablo 10. Katılımcıların çalıştıkları kurumda yaşlıların hastaneye yatırılma durumu ile çalıştıkları hastanede Geriatri bilim dalı varlığının karşılaştırılması.

	Çalıştığınız kurumda diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaşlı hastaların hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşünüyor musunuz?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastanelerde Geriatri bölüm/servis varlığı						
Bilimdalı var, servis var	40	80	8	16	2	4
Bilimdalı var, servis yok	21	67.7	9	29	1	3.3
Bilimdalı yok, servis yok	198	80.8	45	18.4	2	0.8
p=0.206 Ki-Kare testi uygulanmıştır						

Tablo 11. Katılımcıların çalıştıkları kurumda yaşlıların hastaneye yatırılma durumu ile çalıştıkları kurum türünün karşılaştırılması.

	Çalıştığınız kurumda diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaşlı hastaların hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşünüyor musunuz?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kurum						
Üniversite Hastanesi	158	81.4	32	16.5	4	2.1
Eğ.-Araş. Hastanesi	72	76.6	21	22.3	1	1.1
Devlet Hastanesi	23	79.3	6	20.7	-	-
Özel Hastane	1	33.3	2	66.7	-	-
p=0.343 Ki-Kare testi uygulanmıştır						

Tablo 12. Katılımcıların ünvanları, çalışma süreleri ve çalıştıkları kurumlar ile Acil Tıpta geriatri eğitimi olmalımı sorusunun karşılaştırılması.

	Acil Tıp eğitiminde geriatri ayrı bir konu olarak anlatılmalı mı?			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Ünvan				
Uzman	148	90.2	16	9.8
Araştırma Görevlisi	127	83	26	17
p=0.083 *Yates Düzeltmeli testi uygulanmıştır				
Çalışma Süresi				
5 yıl ve altı	138	83.6	27	16.4
6 yıl ve üstü	136	90.7	14	9.3
p= 0.092 *Yates Düzeltmeli testi uygulanmıştır				
Kurum				
Üniversite Hastanesi	161	87	24	13
Eğ.-Araş. Hastanesi	78	84.8	14	15.2
Devlet Hastanesi	25	86.2	4	13.8
Özel Hastane	3	100	-	-
p=0.864 *Ki-Kare testi uygulanmıştır				

Katılımcıların ünvanları, çalışma süreleri ve çalıştıkları kurumlar ile Acil Tıpta ayrı bir Geriatri eğitimi olmalı mı sorusu karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Tablo 12)

Ulusal kongre ve sempozyumlarda geriatri ile ilgili panel ve oturum düzenlenmesini isteyenler ünvan ve çalışma süresi bakımından karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Ki-Kare Testi, $p=0.169$, $p=0.239$)

Katılımcıların geriatri konusunda eğitim alma durumlarıyla ünvanları karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Uzmanların %15.9'u, araştırma görevlilerinin %36.9'u hiç eğitim almadığını belirtti. (Ki-Kare Testi, $p<0.05$) Üniversite hastanesinde çalışanların %21'i, eğitim-araştırma hastanesinde çalışanların %33'ü Geriatri ile ilgili hiç eğitim almadıklarını bildirmiş olup, katılımcıların çalıştıkları kurum ile eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Ki-Kare Testi, $p=0.203$)

Katılımcıların almak istedikleri geriatri eğitim programı ile yaş grupları ve çalıştıkları kurumlar karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Ki-Kare Testi, $p=0.584$) Katılımcılar çalıştıkları kurumda kendi eğitim programları dahilinde eğitim almak istediklerini belirtti.

Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süreleri ile tıbbi olarak yeterlilik hisleri karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Uzmanlar, çalışma süresi 6 yıl ve üstünde olanlar ve yaşı 30'un üzerinde olanlar kendilerini tıbbi yaklaşımda daha yeterli hissettiklerini belirttiler. (Tablo 13)

Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süreleri ile tıbbi iletişimde yeterlilik hisleri karşılaştırıldı. Ünvan ve çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, yaş ile anlamlı fark bulunmadı.. Uzmanlar ve çalışma süresi 6 yıl ve üstünde olanlar kendilerini yaşlı hastalarla iletişimde daha yeterli hissettiklerini belirttiler. (Tablo 14)

Tablo 13. Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süreleri ile tıbbi olarak yeterlilik hislerinin karşılaştırılması.

	Yaşlı hastalara tıbbi yaklaşımda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Yaş						
24-29 yaş	40	50	29	36.3	11	13.7
30-35 yaş	104	75.4	20	14.5	14	10.1
36 yaş ve üstü	79	72.5	22	20.2	8	7.3
	p<0.001		*Ki-Kare testi uygulanmıştır			
Ünvan						
Uzman	137	88.4	18	11.6	-	-
Araştırma Görevlisi	86	62.3	52	37.7	-	-
	p<0.001		*Yates Düzeltmeli testi uygulanmıştır			
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	97	56.4	53	30.8	22	12.8
6 yıl ve üstü	124	81.6	17	11.2	11	7.2
	p<0.001		*Ki-Kare testi uygulanmıştır			

Tablo 14. Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süresi ile iletişimde yeterlilik hislerinin karşılaştırılması.

	Yaşlı hastalarla iletişimde kendinizi yeterli hissediyor musunuz?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Yaş						
24-29 yaş	48	58.5	23	28	11	13.5
30-35 yaş	94	67.6	36	25.9	9	6.5
36 yaş ve üstü	79	72.4	26	23.9	4	3.7
p=0.091						*Ki-Kare testi uygulanmıştır
Ünvan						
Uzman	128	80	32	20	-	-
Araştırma Görevlisi	93	64.1	52	35.9	-	-
p=0.003						*Yates Düzeltmeli testi uygulanmıştır
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	105	60.3	53	30.5	16	9.2
6 yıl ve üstü	114	74.5	31	20.3	8	5.2
p= 0.024						*Ki-Kare testi uygulanmıştır

Katılımcıların yaşlı hastalarla ilgili hisleri ile ilgili sorunun cevabı yedi seçenekli olduğu için tam bir istatistiksel olarak değerlendirilmezken, kadınlarda yetersizlik hissi daha fazla, 36 yaş ve üstü grupta ve çalışma süresi 6yıl ve üstü olanlarda acıma hissi daha az bulundu. Uzmanlarda şevkat, koruma ve yetersizlik hissi, araştırma görevlilerinde acıma ve stres daha fazla bulundu.

Katılımcıların yaş, ünvan, çalışma süresi ve çalıştıkları kurum ile yaşlı hastalar ve acil servis kalabalığı ile ilgili düşünceleri karşılaştırıldı. Yaş, ünvan ve kurum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, çalışma süresi açısından fark bulundu. Çalışma süresi 5 yılın altında olanlar daha fazla yaşlı hastaların acil servis kalabalığını arttırdığını düşünüyordu. (Tablo 15)

Katılımcıların yaş, ünvan ve çalışma süresi ile yaşlı hasta sayısının fazla olması ile ilgili görüşleri karşılaştırıldı. Çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olanlar ile 36 yaş ve üzeri olanlar istatistiksel açıdan anlamlı olarak yaşlı hasta sayısının fazla olmasını acil servisler için fırsat olarak gördüklerini belirttiler. Bu grupta ünvanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Tablo 16) Yaşlı hastaları acil servisler için tehdit olarak görenler ile yaş, çalışma süresi ve ünvan açısından yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. (Tablo 17)

Tablo 15. Katılımcıların yaş, ünvan, çalışma süresi ve çalıştıkları kurum ile yaşlı hastalar ve acil servis kalabalığı ile ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması.

	Yaşlı hastaları acil servis kalabalığını arttıran bir neden olarak görüyor musunuz?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
24-29 yaş	50	61.7	26	32.1	5	6.2
30-35 yaş	78	56.9	53	38.7	6	4.4
36 yaş ve üstü	49	45	57	52.3	3	2.8
p=0.059						
Ünvan						
Uzman	81	49.1	78	47.3	6	3.6
Araştırma Görevlisi	95	59	58	36	8	5
p=0.117						
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	103	59.5	60	34.7	10	5.8
6 yıl ve üstü	73	48.3	74	49	4	2.6
p= 0.021						
Kurum						
Üniversite Hastanesi	107	54.9	79	40.5	9	4.6
Eğ.-Araş. Hastanesi	49	53.3	39	42.4	4	4.3
Devlet Hastanesi	14	50	14	50	-	-
Özel Hastane	1	33.3	2	66.7	-	-
p=0.841			Ki-Kare testi uygulanmıştır			

Katılımcıların yaşlı hastalara sunulan evde bakım hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin acil servis kalabalığı üzerine etkileri hakkındaki görüşleri karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Evde bakım hizmeti verilmeli diyenlerin %90.9'u evde bakım hizmetlerinin acil servis kalabalığını azalttığını düşünürken, evde bakım hizmeti verilmemeli diyenlerin tamamı evde bakım hizmetlerinin acil servis kalabalığını azaltmadığını düşündüklerini belirttiler. (Tablo 18) Katılımcıların yaşlı istismarı olduğunu düşündükleri hastalar ile bu hastaların sosyal yardıma ihtiyaç duyma oranları karşılaştırıldı. İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Yaşlı istismarı hastası olanların %79.1'inin adli ve sosyal yardım alması gereken hastası mevcuttu. (Tablo 19) Çalışmaya katılan Acil tıp doktorlarının unvan ve çalışma süreleri ile yaşlı istismarı olduğunu düşündükleri ve yardıma ihtiyacı olan hastalarının olması karşılaştırıldı, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Tablo 20)

Tablo 16. Katılımcıların yaş, unvan ve çalışma süresi ile yaşlı hasta sayısının fazla olması ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması.

	Yaşlı hasta sayısının fazla olması şu anda ve ileride acil servisler için fırsat mıdır?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
24-29 yaş	6	7.5	64	80	10	12.5
30-35 yaş	22	16.3	92	68.1	21	15.6
36 yaş ve üstü	29	26.4	65	59.1	16	14.5
p=0.012						
Ünvan						
Uzman	32	19.3	106	63.9	28	16.8
Araştırma Görevlisi	25	15.8	114	72.2	19	12
p=0.262						
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	24	14.1	126	74.1	20	11.8
6 yıl ve üstü	33	21.7	93	61.2	26	17.1
p= 0.045 Ki-Kare testi uygulanmıştır						

Tablo 17. Katılımcıların yaş, unvan ve çalışma süresi ile yaşlı hasta sayısının fazla olması ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması.

	Yaşlı hasta sayısının fazla olması şu anda ve ileride acil servisler için tehdit midir?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
24-29 yaş	47	58	20	24.7	14	17.3
30-35 yaş	81	59.1	35	25.5	21	15.3
36 yaş ve üstü	59	53.6	40	36.4	11	10
p=0.237						
Ünvan						
Uzman	89	53.3	53	31.7	25	15
Araştırma Görevlisi	97	60.6	42	26.3	21	13.1
p=0.403						
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	105	61	42	24.5	25	14.5
6 yıl ve üstü	81	52.9	52	34	20	13.1
p= 0.164 Ki-Kare testi uygulanmıştır						

Tablo 18. Yaşlı hastalara evde bakım hizmetleri verilmesi gerekliliği ile evde bakım hizmetlerinin acil servis kalabalığına etkilerinin karşılaştırılması.

	Yaşlılara evde bakım hizmeti verilmesi acil servis kalabalığını azaltan bir etken midir?			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaşlı hastalara evde bakım hizmetleri verilmeli mi?				
Evet	270	90.9	27	9.1
Hayır	-	-	5	100
	p<0.001 Fisher's Exact testi uygulanmıştır			

Tablo 19. Yaşlı istismarı olduğu düşünülen hastalarla yardıma ihtiyacı olan hastaların karşılaştırılması.

	Yaşlı istismarı olduğunu düşündüğünüz, adli mercilerden ve sosyal hizmetlerden yardıma ihtiyacı olan hastanız oldu mu?			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaşlı istismarı olduğunu düşündüğünüz hastanız oldu mu?				
Evet	178	79.1	47	20.9
Hayır	5	5.6	84	94.4
	p<0.001 Yates Düzeltmeli testi uygulanmıştır			

Katılımcıların cinsiyet, yaş, ünvan ve Acil Tıp kliniğinde çalışma süreleri ile yaşlılarda resüsitasyona yaklaşım ile ilgili düşünceleri karşılaştırıldı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (Tablo 21) Katılımcılara terminal dönemde olmayan yaşlı hastalara resüsitasyon gerektiğinde sadece yaşlı olmaları nedeniyle isteksizlik duyup duymadıkları ve yakınlarında benzer

durumda tutumlarının ne olacağı soruldu. İsteksizlik duyarım diyenlerin %78.6'sı yakınlarında da aynı tutumu göstereceklerini; isteksizlik duymam diyenlerin % 93.1'i yakınlarına da aynı şekilde davranacaklarını belirttiler. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (Fisher's Exact Test, $p<0.05$)

Tablo 20. Katılımcıların unvan ve Acil Tıp kliniğinde çalışma süreleri ile yaşlı istismarına yaklaşımlarının karşılaştırılması

	Yaşlı istismarı olduğunu düşündüğünüz, adli mercilerden ve sosyal hizmetlerden yardıma ihtiyacı olan hastanız oldu mu?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	88	51.2	82	47.7	2	1.2
6 yıl ve üstü	98	63.6	55	35.7	1	0.6
p=0,074						
Unvan						
Uzman	104	62.3	63	37.7	-	-
Araştırma Görevlisi	82	51.9	76	48.1	-	-
p=0,059				Ki-Kare testi uygulanmıştır		

Tablo 21. Katılımcıların cinsiyet, yaş, ünvan ve Acil Tıp kliniğinde çalışma süreleri ile yaşlılarda resüsitasyona yaklaşımlarının karşılaştırılması.

	Hastalıkları itibariyle son dönem kabul edilmeyen yaşlı bir hastaya resüsitasyon yaparken sadece ileri yaşta olmaları nedeniyle isteksizlik duyar mısınız?					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kadın	25	21.7	86	74.8	4	3.5
Erkek	53	24.5	155	71.8	8	3.7
p=0,838						
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	46	26.4	122	70.1	6	3.4
6 yıl ve üstü	32	20.8	116	75.3	6	3.9
p=0,484						
Ünvan						
Uzman	35	20.8	128	76.2	5	3
Araştırma Görevlisi	43	26.5	112	69.1	7	4.3
p=0,348						
Yaş						
24-29 yaş	23	28	56	68.3	3	3.7
30-35 yaş	39	28.1	97	69.8	3	2.2
36 yaş ve üstü	16	14.5	88	80	6	5.5
p=0,069				Ki-Kare testi uygulanmıştır.		

5.TARTIŞMA

Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artması ve yeni tedavi yöntemleri geliştirilmesi sayesinde yaşlı nüfus sayısı ve beklenen yaşam süresi giderek artmakta olup bu durum sağlık sistemine direk olarak etki etmekte ve yaşlı nüfusun sorunlarını bilen ve bu konuda eğitilmiş sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşlı nüfusun eşlik eden ko-morbid pek çok hastalığının da bulunması nedeniyle acil servis başvuruları ve hastaneye yatış oranları artmaktadır.

Gazi Üniversitesinde Geriatri bilim dalı 2011 yılında kurulmuştur. Bir yardımcı doçent öğretim üyesi, Dahiliye asistanları ile birlikte Genel Dahiliye servisi içinde bulunan 2 yatakta hizmet vermektedir. Tıp Fakültesi Dönem 5 öğrencilerine Geriatri ile ilgili eğitim Geriatri Bilim Dalı tarafından 7 günlük bir ders kurulu halinde verilmektedir. 2011 yılı verilerine göre Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine başvuran toplam hasta sayısı 49.020’dir. Bu hastaların 16.900’ü (%34.5) 65 yaş ve üstü yaş grubundadır.

Türkiye’de geriatri bilimi yeni bir dal olup, birçok hastanede geriatri uzmanı ve servisi bulunmamaktadır. Çalışmamızda üniversite hastanelerinin %22.8’inde, eğitim araştırma hastanelerinin %4.4’ünde geriatri bilim dalı ve servisi bulunmakta olduğu; devlet hastanelerinin %3.7’sinde geriatri uzmanı bulunup geriatri servisi olmadığı, özel hastanelerde geriatri uzmanı ve servisi olmadığı bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bir derlemede 2009 yılı verilerine göre 10 adet üniversite hastanesinde geriatri bilim dalı olduğu belirtilmiştir.⁶ Çalışmamız verileri ile 2009 yılı verileri karşılaştırıldığında 2009 yılına göre

Türkiye’ de geriatri bilim dalı sayısı artmış olduğu söylenebilir ama henüz istenilen ve gereken seviyeye ulaşamamıştır. Eğitim-Araştırma hastanelerinde ve devlet hastanelerinde geriatri uzmanı sayısı çok sınırlıdır.

Türkiye’de yapılan ve hastane yöneticilerinin (başhekim, başhemşire) yaşlı hastalara sunulan hizmetleri değerlendirdikleri bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu hastanelerde geriatri servisi olması gerektiğini belirtmişlerdir.¹ Bizim çalışmamızda da benzer olarak katılımcıların %96.7’si hastanelerde geriatri servisi olması gerektiğini belirtti. Aynı çalışmada hastane yöneticilerinin %55.6’sı hastanelerinde geriatri ile dahiliyenin ilgilendiğini, %44.4’ü geriatri ile ilgilenen spesifik bir bölüm olmadığını, bu tür hastaların hastanelerindeki çeşitli kliniklerde değerlendirildiğini belirtti.¹ Bizim yaptığımız çalışmada katılımcıların %32.7’si hastanelerinde geriatri ile dahiliyenin ilgilendiğini, %60.5’i geriatri ile ilgilenen spesifik bir bölümün olmadığını belirtti. Diğer çalışmada geriatri ile ilgilenen bölüm olarak bizim çalışmamıza oranla daha fazla oranda dahiliye çıkmış olup bunun nedeni çalışmanın sadece bir ilde yapılmış olup, tek ilin durumunu belirttiğinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %79.4’ü çalıştıkları kurumda geriatrik hastaların diğer hastalarla karşılaştırıldığında hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşündüğünü belirtti. Şahin ve ark.’larının yaptığı ve acil servise başvuran yaşlı hastalıkların özellikleri ile ilgili bir çalışmada hastaları yattıkları bölümlere göre sınıflamışlar ve hastaların %30.12’sinin acil serviste kaldığını bildirmişlerdir.⁵ Literatürde yaşlı hastaların yatış oranları %11.5 ile %61 arasında değişmektedir. Hastaneye yatış oranının geniş aralıkta bulunması ülkelerdeki yaşlı

nüfus farklılıkları ve bölgedeki hastanelerin üçüncü basamak veya referans hastanesi olup olmadığıyla açıklanmıştır.^{16,17,18,19} Bizim çalışmamızda geriatri bilim dalı ve servisi olan hastanelerin %81.4'ünde doktorlar geriatrik hastaların yatırılmasından kaçınıldığını düşünüyor. Bunun sebebi bu hastanelerin çoğunluğunun üniversite hastanesi olması ve Türkiye'de üniversite hastanelerinde genel olarak acil servisten hasta yatışlarında problem yaşandığından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte bu hastanelerde geriatri ile ilgilenen spesifik bir bilim dalı olmasından dolayı diğer bölümler geriatrik hastaları yatırmaktan kaçınıyor olabilir. Özel hastanede çalışan katılımcıların %66.7'si çalıştıkları hastanede yaşlı hastaları hastaneye yatırma konusunda problem yaşamadıklarını belirtmiş olup bunun sebebi özel hastanelerde genel olarak yatış problemi olmaması olabilir ve sadece 3 katılımcı özel hastanede çalıştığından genelleme yapılamaz.

Çalışmamızda katılımcılar yaşlıların en sık genel durum bozukluğu, solunum sistemi hastalıklarının, nörolojik hastalıkların, kardiyovasküler sistem hastalıklarının neden olduğu ve birden fazla sistemi ilgilendiren şikayetlerle acil servise başvurdıklarını belirttiler. Şahin ve ark.'larının yaptığı çalışmada yaşlı hastalar acil servise en sık kardiyovasküler sistem hastalıkları, gastroenterolojik hastalıklar, üriner sistem hastalıkları, travma ve solunum sistemi hastalıklarıyla başvurdıkları gösterilmiştir.⁵ Shah ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise yaşlı hastaların acil servise en sık başvuru nedenleri kardiyak, solunum sistemi, gastrointestinal sistemi ilgilendiren şikayetler, travma ve nörolojik sistem ile ilgili semptomlar olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada yaşlı hastaların ambulans

servislerini kullanma nedenlerinin genel durum bozukluğu, fonksiyonel kapasitede azalma ve akut hastalık semptomlarının ortaya çıkması olduğu belirtilmiştir.²⁰ Karadağ ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer olarak halsizlik ve genel durum bozukluğu şikayetlerinin 65 yaş üstü hastalarda 65 yaş altındakilere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak fazla olduğu; 65 yaşın altında erkek olgularda, 65 yaş üstünde ise kadın olgularda halsizlik ve genel durum bozukluğu şikayetinin yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada acil servise başvuran ve izlenme endikasyonu olan nedenler incelendiğinde en sık gözlenen beş nedenin karın ağrısı, göğüs ağrısı, genel durum bozukluğu, dispne ve kanama olduğu gösterilmiştir.³ Vanpee ve ark.'larının incelemesinde ise acil servislere başvuran yaşlı hastaların başvuru nedenlerinin %20'sinden fazlasının genel durum bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bu durum da yetersiz resmi veya gayri resmi sosyal bakım desteği azlığına bağlanmıştır.²¹ Wofford ve ark.'larının yaptıkları çalışmada kardiyopulmoner şikayetlerin en sık başvuru nedeni olduğu, göğüs ağrısı ve nefes darlığının her birinin şikayetlerin %11'ini oluşturduğu; karın ağrısı, vertigo ve genel durum bozukluğunun her birinin başvuruların %3'ünün nedeni olduğu gösterilmiştir.²² Türkiye'de bir üniversite hastanesinde yapılan tez çalışmasında yaşlı hastaların acil servise en sık başvuru nedenlerinin nörovasküler, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları olduğu bulunmuş olup hastaların %4.8'inin genel durum bozukluğu şikayeti ile başvurduğu belirtilmiştir.²³ Lowthian ve ark.'larının çalışmasında ise hastaların acil servislere başvurmasına sebep olan en sık dış etkenin travma ve zehirlenme olduğu, en sık hastalıkların ise solunum, dolaşım ve sindirim sistemi

hastalıkları olduğu bulunmuştur.²⁴ Wadman ve ark.'larının çalışmasında ise yaşlı hastaların acil servise en sık başvuru nedenleri halsizlik, karın ağrısı, düşme, kazalar, dispne ve göğüs ağrısı olduğu bulunmuştur.¹⁵ Yim ve ark.'ları ise yaşlı hastaların daha akut ve birçok sistemi ilgilendiren hastalıklarla acil servise başvurdıklarını ve en sık başvuru nedenlerinin genel durum bozukluğu, göğüs ağrısı ve nörolojik semptomlar olduğunu belirtmişlerdir.²⁵ Fan ve ark.'larının çalışmasında ise dolaşım sistemi, travma, zehirlenme, solunum sistemi, sindirim sistemi ve kas-iskelet sistemi hastalıkları yaşlı hastaların acil servise en sık başvuru nedeni olarak bulunmuştur.²⁶ Aminzadeh'in çalışmasında acil servise başvuran yaşlı hastaların en sık tanıları iskemik kalp hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği, kardiyak disritmiler, senkop, akut serebrovasküler hastalıklar, pnömoni, abdominal hastalıklar, dehidratasyon ve üriner sistem enfeksiyonları olduğu gösterilmiştir.²⁷ Bizim çalışmamızda resmi kaynak verileri değil doktorların en sık gördüklerini söyledikleri şikayetler kullanılmış olup diğer yapılmış çalışmalarla benzer olarak kardiyovasküler, solunum ve nörolojik sistem hastalıkları yaşlıların sık acil servise başvuru nedeni olarak bulunmuştur. Genel durum bozukluğu doktorlar tarafından en sık başvuru semptomu olarak belirtilmiştir. Hastaların şikayetleri bölgesel olarak ve hastanenin türüne bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Bu durumun hastaların yakınları tarafından bakım durumu, hastane kullanım, hastaneye ulaşım özellikleri ve kronik hastalıklarının varlığı gibi nedenlerden de etkilendiği düşünülebilir.

Yaşlı nüfustaki dramatik artış sosyal birimlerden sağlık hizmetlerine kadar geniş bir yelpazeyi etkileyecektir ve Acil Tıp eğitimi başta olmak üzere tıp

eğitiminde geriatri konusuna ayrı yer verilmesi gündeme gelmiş ve gelmeye devam edecektir.²⁸ Acil Tıp eğitim müfredatı yeni ve acil olan durumlara yaklaşım ile dolu olup geriatri ile ilgili eğitim, ihtisas programlarında resmi ve ayrı bir konu olarak yer almamaktadır.²⁸ Arai ve ark.'ları Japonya Ulusal Geriatri ve Gerontoloji Merkezinin geriatri ile ilgili araştırmalara ağırlık vererek ihtiyaçları belirleyip geriatrist dışındaki doktorlara yönelik eğitim programı oluşturmaya çalıştığını belirtmişler ve geriatrist dışındaki doktorların bu konuda eğitilmelerinin önemini vurgulamışlardır.²⁹ Sinha ve ark.'larının Acil Tıpta geriatri eğitiminin gelişimi üzerine yaptıkları çalışmada; Acil Tıp doktorlarının yaşlı hastalara yaklaşımda diğer yaş gruplarındaki hastalara oranla rölatif olarak yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, daha kompleks hastalıkları olan ve birçok sistemi ilgilendiren sorunlarla başvurabilen yaşlı hastalarla ilgili bilgi ve pratik eksikliklerini azaltmak amacıyla geriatri eğitiminin gerekli olduğunu vurgulamışlardır.³⁰ Shah ve ark.'ları Tıp Fakültesi öğrencileri üzerine yaptıkları çalışmada geriatrik acil tıp eğitiminin tıp fakülteleri eğitiminde ayrı bir staj olarak verilmesinin gerekli olduğunu ve geriatrik hastalıkların öneminin bu dönemden itibaren doktor adaylarına aktarılması gerektiğini savunmuşlardır.³¹ ABD Institute of Medicine (IOM) 2008 raporunda tüm sağlık çalışanlarının geriatrik hastalarla ilgili eğitim almalarının gerekli olduğu ve yaşam boyu eğitim sürecine geriatrik konuların eklenmesi gerektiği belirtilmiştir.³² Amerikan Geriatri Derneği paramediklerin yaşlı hastalar konusunda eğitimlerinin yetersiz olduğunu ve bu konuda eğitilmelerinin önemine ve gerekliliğine dikkat çekerek paramedikler için geriatri kursları düzenlemiştir.³³ Wadman ve ark.'larının yaptığı çalışmada Acil

Tıp uzmanlarının ihtisas eğitiminde geriatri eğitimine yeterli yer verilmediğinin düşünüldüğü belirtilmiştir.¹⁵ Schumacher ve ark.'larının yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan Acil Tıp doktorlarının %78'i geriatrik acil tıp eğitiminin gerekli olduğunu ve hastalara yaklaşımda eğitimin önemli olduğunu vurgulamıştır.³⁴ Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer olarak Türkiye'deki Acil Tıp doktorlarının %83.4'ü Acil Tıp eğitiminde geriatriinin ayrı bir konu olarak anlatılması gerektiğini belirttiler. Doktorların yaşı ve çalışma yılı arttıkça bu oran artmakta olup bu durum tecrübeyle eksikliklerin ve ihtiyaçların daha iyi görülmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Yaşlı nüfus artışına paralel olarak yaşlı hasta sayısında belirgin artış olmakta ve doktorlar yaşlı hastaların ihtiyaçlarını karşılamak konusunda yetersiz eğitim aldıklarını kabul etmektedirler.³⁵ IOM raporlarında tüm doktorların geriatri konusunda ek eğitim alması önerilmektedir.³⁵ Literatürde birçok çalışmada diğer bilim dallarında olduğu gibi Acil Tıp eğitim programında geriatrik popülasyonun ihtiyaçları ve hastalıklarına yönelik konulara çok az yer verilmekte olduğu ve bu konuda yeterli eğitim almamış Acil Tıp uzmanları yetiştiği bildirilmektedir.

^{29,30,36,37,38,39,40,41,42} Literatürdeki verilere uygun olarak bizim çalışmamıza katılan Acil Tıp doktorlarının %35.1'i eğitim programı dahilinde ara sıra geriatri eğitimi aldığını, %13.1'i hiç eğitim almadığını belirtti. Çalışmaya katılan Acil Tıp uzmanlarının %15.9'u, asistanların %36.9'u geriatri konusunda hiç eğitim almadığını belirtti. Asistanlar arasında hiç eğitim almayanların oranının yüksek olması, çalışmamıza katılan asistanların çoğunun 1. ve 2. yıl asistanı olması ve

henüz eğitim programlarını tamamlamadıkları için her konuda daha yeterli eğitim almamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Acil Tıp doktorlarının çoğu eğitimleri süresince geriatriye yeterli zaman ayrılmadığını ve bu konuda çalışmaların yetersiz olduğunu düşünmektedirler.¹⁰ Geriatri eğitiminin gelişiminin temel kaynağı eğitim ve araştırmaların bir arada yürütülmesi ile mümkün olacaktır.⁹ ACEP gibi uluslararası sağlık örgütlerinin geriatrik acil tıp eğitiminin gelişmesine öncülük etmesi ve eğitimin gereklilikleri, eksikleri, çalışma amaçları ile ilgilenecek çalışma grupları oluşturarak geriatrik acil tıpın gelişimine katkıda bulunmaları gerekmektedir.²⁸ ACEP tarafından, gerekli konular belirlendikten sonra PowerPoint sunumları, interaktif vaka tartışmaları, cep kartları ve makale saatleri hazırlanarak eğitim verilmesi önerilmektedir. Eğitim sonunda değerlendirme ölçekleri, testler ve senaryolarla eğitimin yeterliliği değerlendirilmelidir.³² Wadman ve ark.'ları yaptıkları çalışmada, hastaların klinik başvurularına odaklı teorik derslerle eğitim verilmesi gerektiğini savunmaktadır.¹⁵ Amerikan Geriatri Birliği, tüm acil servis çalışanlarına yönelik geriatri ile ilgili kurslar düzenlenerek eğitimin geliştirilmesini önermektedir.³³ Salvi ve ark.'ları acil serviste yaşlı hasta problemi ve çözümleri üzerine yaptıkları çalışmada acil tıbbın hastalık bazlı eğitiminin yaşlı hastalar için uygun olmadığı, yaşlıların atipik prezentasyonlarına yönelik bir eğitim programı hazırlanması gerektiğini belirtmişlerdir.⁴³ Reuben ve ark.'larının çalışmasında ABD'deki tıp fakültelerinin çoğunda geriatri eğitiminin kurslarla, rotasyonlarla ve müfredat değişiklikleri yapılarak verildiği bildirilmektedir. Çalışmada ayrıca fakültelerin çoğunda eğitim programına Geriatrik Acil Tıp ile

ilgili konuların eklendiği ve vaka tartışmaları, online eğitim materyalleri, videolar hazırlanarak eğitimin güçlendirildiği belirtilmektedir.¹⁴ Loon ve ark.'larının çalışmasında textbookların geriatrik hastalara yaklaşımda yeterli kaynak olmadığı, atipik prezentasyonlara yönelik eğitimin faydalı olacağı bildirilmektedir.⁴⁰ Aydın'ın yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi üzerine yaptığı derlemede tüm geriatri uzmanlarının ve yaşlılarla ilgilenen diğer doktorların meslek-içi eğitime devam etmelerinin gerektiği belirtilmekte ve bu eğitimin üniversiteler, bilimsel kuruluşlar ve sağlık otoriteleri tarafından verilmesi; çeşitli eğitim yöntemleri, multimedya ve internet teknolojileri ile eğitimin desteklenmesi önerilmektedir.⁸ Prendergast ve ark.'ları da klinik kılavuz, derleme, modül ve PowerPoint sunuları şeklinde geriatrik başlıkların anlatıldığı bir web sitesinin oluşturulmasını önermektedir.³⁸ Schumacher ve ark.'ları profesyonel organizasyonlar yapılarak geriatri eğitiminin yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmekte, internet üzerinden derslerle ve konferanslarla eğitim yapılmasını önermektedir.³⁴ Bizim çalışmamızda Acil Tıp doktorlarının çoğunluğu eğitim programları dahilinde ayrı bir ders kurulu hazırlanması veya her dersin sonunda konuyla ilgili geriatrik hastalardan bahsedilmesi şeklinde eğitim almak istediğini, bir kısmı da kurslarla geriatri eğitiminin daha iyi olacağını belirttiler.

Çalışmamızda, Acil Tıp doktorlarının %68.2'si geriatrik hastaya yaklaşımda, %67'si yaşlı hastalarla iletişimde kendisini yeterli hissettiğini belirtti. Yaş ve çalışma süresi arttıkça katılımcıların yaklaşım konusunda kendine güvenleri artarken, iletişimde uzmanlar asistanlarla karşılaştırıldığında kendilerini daha yeterli hissettiklerini belirttiler. McNamara ve ark.'larının yaptığı çalışmada

bizim çalışmamızdan farklı olarak acil servis doktorlarının yaşlı hastalarla ilgili eğitiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle kendilerini yetersiz hissettikleri bulunmuş.⁴⁴ Aksay ve ark.'larının yaptığı Türkiye'deki Acil Tıp eğitiminin mevcut durumu ile ilgili çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak uzmanların %60.7'si, asistanların %50.6'sı geriatri konusunda bilgilerinin ve aldığı eğitimin yeterli olduğunu belirtmiş.⁴⁵

Yaşlı hastalar, başvuru şikayetlerinin genellikle karmaşık olması, sık görülen hastalıkların bu yaş grubunda atipik seyretmesi, komorbid hastalıklarının çokluğu, birden fazla ilaç kullanmaları ve sağlık sorunlarıyla birlikte psikososyal problemlerinin de olabilmesi nedeniyle genç hastalara göre doktorlar tarafından değerlendirmesi zor ve zaman alıcı olarak tanımlanmaktadır.⁴⁶ Yaşlı hastaları değerlendirmekteki güçlükler ancak bu konudaki eğitimin devamlı olmasıyla aşılabilecektir. Eğitimin amacı; yaşlı hastalara sunulan acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, tüm acil servis çalışanlarının yaşlı hastaların özel ihtiyaçlarına yönelik eğitilmesi ve Acil Tıp uzmanlarına yaşlı hastalara yaklaşımda kendilerini yeterli hissedecekleri bilgi ve becerinin verilmesidir.⁴⁶ McNamara ve ark.'larının geriatrik acil tıp ile ilgili çalışmalarında, acil tıp hekimlerinin yaşlı hastaları değerlendirirken en çok karın ağrısı, mental durum değişikliği, göğüs ağrısı, dizziness, ateş, baş ağrısı ve travma konularında güçlük çektiklerini ve bu konularda araştırmalar yapılarak, eğitim verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.⁴⁴ Chin ve ark.'larının çalışmasında acil servise başvuran hastaların %11'i uygun olmayan ilaçlar kullanmakta, %3.6'sına acil serviste rutin olarak kullandıkları bu ilaçlara bir yenisi eklenmekte ve %5.6'sına taburculukta reçete verilmektedir. İlaç

etkileşimleri, %5.2 oranında görülmekte ve acil servise yeniden başvurma, hospitalizasyon ve üç aylık izlemde ölüm oranlarını arttırarak Acil Tıp hekimleri açısından büyük bir problem olmaktadır.⁴⁷ Prendergast ve ark.'larının çalışmasında Acil Tıp asistanlarının %86'sı eğitim programlarındaki en yararlı konunun; yaşlı hastalarda polifarmasi olduğunu belirtti.³⁸ Bizim çalışmamızda, Acil Tıp hekimlerinin en çok eğitim almak istedikleri konunun ilaç etkileşimleri olduğu bulunmuştur. Çoklu ilaç kullanımının yaygın olduğu yaşlı hasta grubunda ilaç etkileşimlerinin çok fazla olması ve hastaların sadece ilaç etkileşimlerinin sebep olduğu problemlerle acil servise başvurabilmeleri nedeniyle hekimlerin bu konuya önem vermeleri kaçınılmazdır. Bu konuda hazırlanmış, ilaç etkileşimlerini belirten kitap veya veri tabanlarının acil servislerde bulundurulması bu konudaki eksikliği büyük oranda giderebileceği düşüncesindeyiz. Aydın, geriatri eğitimi ile ilgili yaptığı derlemede, yaşlılarla ilgilenen doktorların meslek içi eğitim müfredatında yaşlılara özgü hastalıklar, yaşlanma ile ilgili farmakolojik problemler, yaşlanmanın psikososyal yönleri, etik ve yasal konular, geriatrik rehabilitasyon, uzun dönem bakım kurumlarında hasta yaklaşımı, iatrojenik sorunlar ve engellenmesi, iletişim becerileri, evde bakım ve palyatif bakım gibi konuların bulunması gerektiği belirtilmiştir.⁸ 2005 yılında Amerikan Akademik Acil Tıp Topluluğu Geriatri çalışma grubu geriatrik acil tıp ile ilgili kılavuz oluşturmaya karar vermiş ve kognitif değerlendirme, ağrı yönetimi, koruyucu hizmetler, tedavi yönetimi, kaydetme/koruma ve fonksiyonel değerlendirme gibi konular üzerinde durulmuştur.³⁹ Reuben ve ark.'ları tıp fakültelerinde geriatri eğitimi ile ilgili çalışmalarında en çok anlatılan konuların doktor-hasta iletişimi,

palyatif bakım, kronik hastalıkların yönetimi ve mental sağlık olduğu belirtilmektedir.⁴²

Bizim çalışmamızda, Acil Tıp hekimlerinin %25.1'i yaşlılarla iletişim ile ilgili eğitim almak istediğini belirtti. Hem mental durumlarının değişken olduğundan, hem de yaşlı hastaları acil servise getiren nedenlerin çoğunun sonucu olarak hastalarda bilinç durum değişikliği olabildiğinden iletişim önemli bir sorun olmaktadır. İletişim yetersizliğinden dolayı hastalara gereksiz tetkikler ve tedaviler yapılabilmekte ve bu nedenle hastaların iyileşmesi gecikebilmekte, acil serviste kalış süreleri uzayabilmektedir.³³ Hastalarla iletişim bazen sadece dokunma yoluyla olabilmekte ve bu yüzden doktorun sözsüz iletişim konusunda da bilgi sahibi olması gerekebilmektedir.⁴⁸

Çalışmamıza katılan Acil Tıp doktorlarının %34.4'ü yaşlı istismarı konusunda kendisini yetersiz hissettiğini ve eğitim almak istediğini belirtti. Yaşlı istismarı acil servislerde çok görülebildiği halde tanınamayan bir sosyal sağlık problemidir. Bu konudaki eğitim eksikliği tıp fakültelerinde başlamakta ve ihtisas programlarında da devam etmektedir.⁴⁹ İstismara uğramış hastalara ve bu hastaların yakınlarına bu durumu itiraf ettirmek zor olup, hastalar istismar edildiklerini saklama eğilimindedirler. Yaşlı hastalarda istismar tanısının en sık acil servislerde konulması beklenmektedir. Yapılan bir çalışmada sosyal hizmet çalışanlarının istismar vakalarının %27'sini, doktorların ise bu vakaların %18'ini rapor ettikleri belirlenmiştir. Bu çalışma da Acil Tıp doktorlarının yaşlı istismarı konusunda yetersiz olduklarını göstermektedir.⁵⁰ ACEP Acil Tıp doktorlarının istismar vakalarını tanıyabilmesi ve şüpheli vakaları ortaya çıkarabilmesi

gerektiğini bildirmektedir. Acil Tıp doktorlarının bu konudaki farkındalıklarını arttırmak için eğitim çok önemlidir.⁵¹

Acil Tıp, hızlı müdahale ve hızlı karar verme yetisi gerektiren, öngörülemez bir yoğunluğu olan stresli bir çalışma ortamına sahiptir. Yaşlı hastaları değerlendirmenin daha çok zaman alıcı olması, acil servis doktorlarının bu konuda kendilerine güvenlerinin az olması ve mesleki tatminin daha az olması gibi nedenlerle doktorlardaki mevcut stres ve yük daha çok artmaktadır. Schumacher ve ark.'larının çalışmasında yaşlı hastalara yaklaşımda stres yaşanma oranının, Acil Tıp doktorlarının yaş ve çalışma süresi azaldıkça arttığı bulunmuştur.³⁴ Bizim çalışmamızda, Acil Tıp uzmanları yaşlılara karşı şevkat, koruma ve yetersizlik hissini; araştırma görevlileri ise acıma ve stres hissini daha fazla yaşadıklarını belirttiler. Schumacher ve ark.'larının çalışmasına benzer olarak bizim çalışmamızda da Acil Tıp doktorlarının çalışma süresi ve yaşları arttıkça yaşlı hastalara bakmaktaki stres durumlarının azaldığı ve daha az acıma hissi duydukları bulundu. Bu durum, araştırma görevlilerinin uzmanlara göre yaşlı hastalara yaklaşımda daha tecrübesiz ve yetersiz eğitim almış olmaları nedeniyle daha duygusal olmalarıyla açıklanabilir. Adams ve ark.'larının çalışmasında ise Acil Tıp doktorlarının yetersizlik ve tıbbi yeteneklerini yeterince uygulayamamanın verdiği hayal kırıklığını yaşadıkları bulunmuştur.⁵²

Acil servislerin performansı, aşırı kalabalık, artmış bekleme süreleri, hastaların acil serviste kalma süresi ve ambulans reddi gibi problem nedeniyle tehdit altındadır. Acil serviste aşırı kalabalığın sonucu olarak hasta güvenliği tehlikeye girmekte, tanı atlama ve beklenmeyen durumlar daha sık ortaya

çıkılmaktadır. Yaşlı grup giderek artan acil başvuru sayıları nedeniyle acil servis kalabalığının bir nedeni olarak görülmektedir.^{24,43} Çalışmamızda, Acil Tıp doktorlarının %54.1'i yaşlı hastaları acil servis kalabalığını arttıran bir etken olarak gördüğünü ve %57'si yaşlı hasta sayısının giderek artıyor olmasının acil servisler için tehdit olduğunu düşündüğünü belirtti. ACEP' in acil servislerde geriatrik hasta bakımının geleceği ile ilgili raporunda bu gruptaki hastaların kompleks hastalıklarının olmasının acil servis işleyişi üzerine büyük etkilerinin olacağı, acil servis kalabalığının artarak doktorlar üzerindeki stresi ve doktorların hata yapma olasılığını arttıracakı bildirilmiştir. Aynı raporda önümüzdeki yirmi yılda yaşlı hastaların sağlık sistemi üzerinde bir tsunami yaratmasının beklendiği ve acil servislerde bu tsunaminin beş yıl içinde başlayacağını öngörüldüğü belirtilmektedir.⁹ Ülkemiz genç nüfusa sahip olmakla birlikte, ilerleyen yıllarda bu etkinin ülkemizde de görülebileceğini düşünmekteyiz ve iyileştirmeler yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Evde bakım hizmetleri, günümüzde yaygınlaştırılmaya çalışılan ve birçok açıdan avantajının olduğu bilinen bir sistemdir. Yapılan araştırmalar evde bakım hizmetlerinin hastanede kalış süresini azalttığını, yataklı tedavi kurum kapasitelerinin etkin kullanımını arttırdığını ve acil servise, yoğun bakıma dönüşleri azalttığını göstermiştir.⁷ Evde bakım hizmetinin hastanın sadece konforunu ve acil servis işleyişini kolaylaştırmakla kalmadığı aynı zamanda hastane şartlarında fark edilemeyebilen hastaların gerçek fonksiyonel durumunun, yaşadıkları ortam şartlarının ve bakıcının hastaya yaklaşımının gözlenebilmesine imkan verdiği bilinmektedir.⁵¹ Evde bakım hizmetlerinin hastaneye yatış

oranlarında belirgin bir azalma sağlamadığı ama acil servis başvurularını azalttığı gösterilmiştir.¹² Kanada’ da evde bakım hizmeti verilen hastalar için acil çağrı sistemi kurulmuş ve bu sayede acil servis başvuru sayısının ve hastane kabullerinin azaldığı bildirilmiştir.²⁷ Arai ve ark.larının hazırladığı raporda evde bakım hizmetlerinin acil servis doktorları üzerindeki stresi azalttığı bildirilmektedir.²⁹ Türkiye’de yapılan bir çalışmada evde bakım hizmeti alan kişilerin %21.6’sını yaşlı hastaların oluşturduğu bildirilmiştir.⁵³ Bizim çalışmamızın verilerine göre, Acil Tıp doktorlarının %95.9’u evde bakım hizmetlerinin verilmesi gerektiğini ve %83.7’si bu hizmetlerin acil servis kalabalığını azalttığını belirtti. Bu veri, literatür verileriyle uyumlu olup evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının acil servis kalabalığı ve işleyişi üzerine olumlu etkiler yapacağı düşünülmektedir.

Acil servis personelinin yaşlı istismarı dahil olmak üzere birçok halk sağlığı sorunuyla başvuran hastaya yardım etmesi beklenmektedir. Bakıcılar haricinde istismar edilmiş yaşlıyı farkedebilen tek kişi acil servis doktoru olabilmektedir. Acil Tıp doktorları bu hastalara birçok yolla yardımcı olabilmektedir. Eğitim ile farkındalığın artmasının sağlanması, halkın bilgilendirilmesi, sosyal hizmetler ve adli makamların yardımının sağlanması gibi işlevleri, yöntemleri harekete geçirmek görevleridir. Hastanın müdahaleyi reddetmesi yaşlı istismarı olan hastanın korunması açısından büyük bir bariyer oluşturmaktadır. İstismar lehine bulguya rastlanmasa bile rutin olarak hastalara istismara maruz kalma durumları sorulmalıdır.⁵¹ Yapılan bir çalışmada, acil servis doktorlarının %75’i çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ile ilgili protokollerinin

olduğunu, buna karşılık sadece %27'si yaşlı istismarı ile ilgili protokole sahip olduklarını belirtmiştir. Yüzlerce çocuğa istismar şüphesiyle yaklaşıırken bu şüphe yaşlı hastalarda çok aza inmektedir.⁵¹ ACEP'in yaptığı bir ankette, Acil Tıp doktorlarının sadece %25'i yaşlı istismarı ile ilgili eğitim aldığını bildirmiştir.⁵⁴ Bizim çalışmamızda katılımcıların %68.9'u yaşlı istismarı olabileceğini düşündüğü, %56.5'i ise yaşlı istismarı olup sosyal hizmetlerden ve adli mercilerden yardım alması gereken hastasının olduğunu belirtti. Bu oranların düşük kalmasının sebebinin çalışma grubumuzun uzman ve araştırma görevlilerinden oluşan heterojen bir grup olmasından kaynaklandığı düşünülmekle birlikte, istismar ile ilgili farkındalığın tecrübeyle artmasının da rolü olduğu düşünülmektedir. Acil Tıp doktorları, yaşadıkları bölgedeki yaşlı istismarı ile ilgili kanunlara ve olayı adli makamlara bildirme konusuna aşina olmalıdır.⁵⁵ Acil servislerin adli tıp uzmanları, hastane yönetimleri, sosyal hizmet uzmanları, gönüllü kişiler ve sivil toplum kuruluşlarıyla desteklenmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Bütün uzmanlık dallarında hastaya zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğine saygı gösterme, ayrımcılık yapmama, hastaya karşı dürüst olma ve onun kişisel sınırlarını saklama gibi tıp etiği ilkeleri hekim-hasta ilişkisinin vazgeçilmez ilkeleridir. Hekimden ilk beklenmesi gereken yaşlı olması nedeniyle hastalara karşı ayrımcılık yapmamasıdır.² Yaş, tek başına kardiyopulmoner resüsitasyon başarısını etkileyen bir faktör değildir fakat kardiyopulmoner resüsitasyon yapılma sıklığını belirleyen önemli bir faktördür.^{10,56} Gelişmiş ülkelerde yaşlılarda gelişen kalp ve solunum durması hallerinde hastaların sadece

%10' u kendilerine resüsitasyon uygulanmasını istemektedir.⁵⁷ Yaşçılık karşıtı tez (anti-ageism), yaşamayı sürdürmek isteyen herkes için yaşamın geri kalanının değerli olduğunu, kimsenin ölmeyi hak etmediğini ve daha uzun yaşam beklentisi olan birileri yüzünden yaşamının sona erdirilmesinin haksızlık olduğunu öne sürerek bu seçimin doğru seçim olduğu düşüncesine karşı çıkmaktadır.^{2,48} Adil süre tezi, herkese, adil süreyi bulması ve eşik yaşa ulaşması için eşit şans verilmesi gerektiğini, bu yaşa erişenlerin ise fazladan yıllarını gerekirse başkaları için feda edebilmesini öne sürmektedir. Tıbbi olanakların sınırlı olduğu durumlarda adil süre tezinin, öteki durumlarda yaşçılık karşıtı tezin gözetilmesinin uygun olacağı ya da hastalara yaşlılıklarından dolayı negatif ayrımcılık yapılmaması gerektiği savunulabilir.² Bizim çalışmamızda da bu görüşlere uygun olarak Acil Tıp hekimlerinin %72.8'i arrest olarak gelen bir yaşlı hastada sadece yaşlı olması sebebiyle resüsitasyon yapmak için isteksizlik duymayacağını bildirdi. Fakat %27.2 gibi isteksizlik duyan bir grubun olması da ayrıca düşündürücüdür. Ülkemizde başlangıçta geri döndürülebilir durumlarda resüsitasyon yapma zorunluluğu kanunen var olduğundan çalışmaya katılan doktorların bu durumu da göz önüne aldıkları düşünülebilir. Ayrıca acil servis hekimleri ölümü önlemek için çabalamaya ve hastayı ölümden korumaya isteklidirler. Bunun sebebinin zor resüsitasyonlarda elde edilen başarının, Acil Tıp uzmanlığında kalite belirteci olarak kullanılması olduğu belirtilmektedir.⁵⁶ Bizim çalışmamızda katılımcıların çok büyük çoğunluğunun yaşlı hastalara resüsitasyon yapma isteği Acil Tıp geleneklerinden kaynaklanmaktadır. Acil servislerde mahremiyetin korunamaması ve acil hekimlerinin hasta merkezli yaklaşımları gibi

sebepler resüsitasyon yapma kararının en büyük belirteçleridir.⁵⁶ 1990’larda doktorların resüsitasyonu başlarken ve sonlandırırken hastaların bu aşamadan sonraki yaşam kalitelerinin niteliğini de düşünerek hareket etmelerinin yanlış olmayacağı fikri ortaya atılmıştır.⁵⁸ Çalışmamıza katılan Acil Tıp hekimlerine kendi yakınlarında kardiyopulmoner arrest geliştiğinde sırf yaşlı olması sebebiyle resüsitasyon için isteksizlik duyarmısınız diye sorduğumuzda; hasta yakınım olmasaydı resüsitasyon yapmazdım diyenlerin %21.4’ü aynı durumda yakınlarına resüsitasyon uygulayacağını belirtti. Aynı soruya hasta yakınım olmasaydı resüsitasyon yapardım diyenlerin %6.9’u yakınlarına aynı durumda resüsitasyon uygulamayacağını belirtti. Bu kararlarda hastanın resüsitasyon sonrasındaki beklenen yaşam kalitesinin belirleyeci rol oynadığı düşünülebilir. Literatürde yapılan iki farklı çalışmada ABD’deki doktorlar hastalara uyguladıkları tedavi ve do-not-resuscitate (DNR) istemlerini kullanma konusundaki yönlendirmelerinde yaşın önemli bir faktör olduğunu; İngiltere’deki doktorlar ise resüsitasyon kararı için yaşın önemli bir faktör olmadığını belirtmişlerdir. Eğitim ve dinsel faktörlerin bu farklı görüşler için belirteç olduğu düşünülmektedir.⁵⁹

ABD’ de 1980’lerden itibaren çocukların özel ihtiyaçları gündeme gelmiş ve çocuk acil tıp eğitimleri ve yandal uzmanlığı oluşturulmuştur. Günümüzde ise yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak özel bir grup olan yaşlı hastaların ihtiyaçlarına göre Acil Tıp uzmanları yetiştirmek ve Geriatrik Acil Tıp yandalının oluşturulması gündeme gelmiştir.⁶⁰ Geriatrik Acil Tıp yandalının oluşturulmasıyla yaşlı hastalara yaklaşımda yaşanan problemlerin giderilmesi hedeflenmektedir.^{15,37} Avrupa ülkeleri ve ABD’de geriatrik hasta yaklaşımının

uzmanlaşmış hekimlerce sağlanması ve ihtisas dallarına geriatri eğitiminin yerleştirilmesi için çalışılmaktadır.⁸ Bizim çalışmamızda, katılımcıların %62.2'si geriatriinin Acil Tıbbın bir yandalı olmaması gerektiğini müfredat programı içindeki geriatri eğitiminin yeterli olacağını, bu konuda uzmanlaşmanın yararsız olduğunu belirtti.

6. SONUÇ

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

Acil Tıp klinikleri, sağlık sistemine giriş kapısı olarak kullanılan birimlerdir. Toplumdaki nüfus değişimleri, sık görülen hastalıklar, salgınlar ve afetler Acil Tıp hasta popülasyonuna direk olarak yansımaktadır. Yaşlı hasta sayısındaki artış nedeniyle hastanelerin mimarisi ve işleyişi başta olmak üzere sağlık çalışanlarının eğitimi gibi birçok konuda değişiklikler yapılması zorunlu hale gelmiştir. Acil servis hekiminin, yaşlı popülasyonun özelliklerinin bilincinde olması yaklaşımı olumlu yönde etkileyecek, izlem ve tedavi başarısını arttıracak ve tedavi maliyetlerini azaltacaktır.

Çalışmamız verilerine göre Türkiye’de geriatri uzmanının ve servisinin mevcut olduğu hastane sayısı yeterli düzeye ulaşmamıştır. Hastanelerde yaşlı hastaları sahiplenen spesifik klinikler bulunmamakta ve bu nedenle yaşlı hastaların hastaneye yatışlarında problem yaşanmaktadır. Acil Tıp doktorları yaşlılar ile ilgili spesifik bir eğitim almamaktadır. Genellikle eğitim programları dahilinde ara ara geriatrik hastalardan bahsedildiğini belirtmişlerdir. Birçok Acil Tıp hekiminin de bu konuda hiç eğitim almadığı tespit edilmiştir. Eğitim yetersizliğine rağmen Türkiye’deki Acil Tıp doktorları yaşlı hastalara yaklaşımda kendilerini yeterli hissettiklerini, en çok eğitim almak istedikleri konuların ilaç etkileşimleri, yaşlı istismarı ve iletişim olduğunu belirttiler. Acil Tıp doktorları

yaşlı hasta sayısının fazla olmasının acil servis kalabalığını arttırdığını ve giderek artıyor olmasının acil servisleri için tehdit olduğunu belirttiler.

Türkiye’de yaşlı hastaların sağlık ihtiyaçları doğrultusunda yapılan düzenlemeler yetersiz düzeyde olup, Acil Tıp kliniklerinin bu yetersizlikten etkilendikleri görülmektedir. Türkiye’deki Acil Tıp doktorları geriatri ile ilgili yeterli eğitim almamakta ve daha çok yaşlılara özgü hastalıklara yaklaşımda zorlanmaktadır. Eğitim programlarında yaşlı hastalarla ilgili özel bölümlere yer verilmesi gerekmektedir. Eğitimli doktorlar sayesinde acil servis işleyişinin hızlanacağı ve yaşlı hastaların katkıda bulunduğu acil servis kalabalığının bu şekilde azaltılabileceği düşünülmektedir. Türkiye’deki Acil Tıp doktorları etik kurallara sadık kalarak yaşlı hastalara yaklaşmaktadır. Bu konuda kendilerini yeterli hissetmekle birlikte yaşlı hasta sayısının giderek artıyor olmasının Acil Tıp kliniklerine getireceği yükün bilincinde oldukları görülmektedir.

Sonuç olarak, yaşlı hasta bakımı, özellikli bir konu olup, bu yaş grubuna özgü çalışmalar, sağlık ve sosyal alandaki hizmetler yetersiz kalmaktadır. Türkiye’deki Acil Tıp doktorlarının yaşlı hasta sayısındaki artışın beraberinde getirdiği sorunların farkında olduğu bulunmuştur. Yaşlı hastalar ile ilgili eğitim düzeyi eksik olup, bu konuda eğitim ile ilgili yeni bir müfredata ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

-
- ¹ Çınaroğlu G., Yaşlı Nüfusa Hastanelerde Sunulan Sağlık Hizmetlerini Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri: Antalya li Örneği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
- ² Kutsal YG. (Ed) Aslan D. (Ed Yrd). Temel Geriatri, Güneş Kitabevleri Yayını, 1. Baskı, Ankara, 2007
- ³ Karadağ B., Çat H., Öztürk AO., Basat O., Altuntas Y., Acil Polikliniğine Başvuran ve Gözleme Alınan Hasta Profili: Üç Yıllık İnceleme, Akad Geriatri 2010; 2:176-185
- ⁴ Taymaz T., Acil Polikliniğinden Yatırılan Geriatrik Hastaların Ayrıntılı İrdelenmesi, Akad Geriatri 2010; 2: 167-175
- ⁵ Şahin S., Boydak B., Savaş S., Yalçın MA., Akçiçek F., Acil Servise Başvuran 65 yaş ve Üzeri Hastaların Özellikleri, Akad Geriatri 2011; 3: 41-46
- ⁶ Arnoğul S., Türkiye’de Geriatri, Akad Geriatri 2009; 1: 1-2
- ⁷ Pınar R., Türkiye’ de Evde Bakımda Mevcut Durum, Akad Geriatri 2010; 153-6
- ⁸ Aydın ZD., Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi, Turkish Journal of Geriatrics Geriatri 2 (4) 1999; 179-187
- ⁹ Fitzgerald RT., The Future of Geriatric Care in Our Nation’s Emergency Departments: Impact and Implications. Dallas, TX: American College of Emergency Physicians; 2008

-
- ¹⁰ Wilber ST., Gerson LW., A research agenda for geriatric emergency medicine, Acad Emerg Med. 2003;10(3):251-60
- ¹¹ Ionescu-Ittu R., McCusker J., Ciampi A., Vadeboncoeur AM., Roberge D., Larouche D. et al., Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people, CMAJ. 2007;177(11):1362-8
- ¹² Kahn JH., Magauran B., Trends in geriatric emergency medicine, Emerg Med Clin North Am. 2006;24(2):243-60
- ¹³ Hwang U., Morrison RS., The geriatric emergency department, J Am Geriatr Soc. 2007;55(11):1873-6
- ¹⁴ Reuben DB., Bachrach PS., McCreath H., Simpson D., Bragg EJ., Warshaw GA., et al., Changing the course of geriatrics education: an evaluation of the first cohort of Reynolds geriatrics education programs, Acad Med. 2009;84(5):619-26
- ¹⁵ Wadman MC., Lyons WL., Hoffman LH., Muelleman RL., Assessment of a chief complaint-based curriculum for resident education in geriatric emergency medicine, West J Emerg Med. 2011;12(4):484-8
- ¹⁶ Mert E., Geriatrik hastaların acil servisi kullanımı, Turk J Geriatr 2006; 9:70-4
- ¹⁷ Kekeç Z., Koç F., Büyük S., Acil Serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi, Akademik Acil Tıp Dergisi 2009; 8:21-4
- ¹⁸ Ross MA., Compton S., Richardson D., Jones R., Nittis T., Wilson A., The use and effectiveness of emergency department observation unit for elderly patients, Ann Emerg Med 2003; 41:688-77

-
- ¹⁹ Lim KH., Yap KB., The presentation of elderly people at an emergency department in Singapore, *Med J* 1999; 40:742-4
- ²⁰ Shah MN., Glushak C., Karrison TG., Mulliken R., Walter J., Friedmann PD., et al., Predictors of emergency medical services utilization by elders, *Acad Emerg Med*. 2003; (1):52-8
- ²¹ 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;8(4):301-4
- ²² Wofford JL., Schwartz E., Timerding BL., et al. Emergency department utilization by the elderly:analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Acad Emerg Med*.1996;3:694-699.
- ²³ Dede F., Hacettepe Üniversitesi Erişkin Acil Polikliniği'ne Ocak 2005 - Aralık 2005 Tarihleri Arasında Başvuran 65 Yaş Ve Üzerindeki Hastaların Epidemiyolojik İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı Tezi. Ankara, 2006
- ²⁴ Lowthian JA., Curtis AJ., Jolley DJ., Stoelwinder JU., McNeil JJ., Cameron PA., Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations, *Med J Aust*. 2012;196:128-32.

-
- ²⁵ Yim VW., Graham CA., Rainer TH., A comparison of emergency department utilization by elderly and younger adult patients presenting to three hospitals in Hong Kong, *Int J Emerg Med.* 2009;2(1):19-24.
- ²⁶ Fan L., Shah MN., Veazie PJ., Friedman B., Factors associated with emergency department use among the rural elderly, *J Rural Health.* 2011;27(1):39-49.
- ²⁷ Aminzadeh F., Dalziel WB., Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions, *Ann Emerg Med.* 2002;39(3):238-47.
- ²⁸ Schumacher JG., Emergency medicine and older adults: continuing challenges and opportunities, *Am J Emerg Med.* 2005;23(4):556-60.
- ²⁹ Arai H. et al, Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics, *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12(1):16-22
- ³⁰ Sinha SK., Bessman ES., Flomenbaum N., Leff B., A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model, *Ann Emerg Med.* 2011;57(6):672-82.
- ³¹ Shah MN., Heppard B., Medina-Walpole A., Clark NS., McCann R., Emergency medicine management of the geriatric patient: an educational program for medical students, *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(1):141-5.

-
- ³² Hogan TM., Losman ED., Carpenter CR., Sauvigne K., Irmiter C., Emanuel L., Leipzig RM., Development of geriatric competencies for emergency medicine residents using an expert consensus process, *Acad Emerg Med.* 2010;17(3):316-24.
- ³³ Peterson LK., Fairbanks RJ., Hettinger AZ., Shah MN., Emergency medical service attitudes toward geriatric prehospital care and continuing medical education in geriatrics, *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(3):530-5.
- ³⁴ Schumacher JG., Deimling GT., Meldon S., Woolard B., Older adults in the Emergency Department: predicting physicians' burden levels, *J Emerg Med.* 2006;30(4):455-60.
- ³⁵ Bernard MA., Blanchette PL., Brummel-Smith K., Strength and influence of geriatrics departments in academic health centers, *Acad Med.* 2009;84(5):627-32.
- ³⁶ Wilber ST., Gerson LW., Terrell KM., Carpenter CR., Shah MN., Heard K, Hwang U, Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. health system, *Acad Emerg Med.* 2006(12):1345-51.
- ³⁷ Biese KJ., Roberts E., LaMantia M., Zamora Z., Shofer FS., Snyder G., et al., Effect of a geriatric curriculum on emergency medicine resident attitudes, knowledge, and decision-making, *Acad Emerg Med.* 2011 Suppl 2:S92-6.

-
- ³⁸ Prendergast HM., Jurivich D., Edison M., Bunney EB., Williams J., Schlichting A., Preparing the front line for the increase in the aging population: geriatric curriculum development for an emergency medicine residency program, J Emerg Med. 2010;38(3):386-92.
- ³⁹ Carpenter CR., Shah MN., Hustey FM., Heard K., Gerson LW., Miller DK., High yield research opportunities in geriatric emergency medicine: prehospital care, delirium, adverse drug events, and falls, J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011;66(7):775-83
- ⁴⁰ Foo CL., Chan KC., Goh HK., Seow E., Profiling acute presenting symptoms of geriatric patients attending an urban hospital emergency department, Ann Acad Med Singapore. 2009;38(6):515-6
- ⁴¹ Shah MN., Bazarian JJ., Lerner EB., Fairbanks RJ., Barker WH., Auinger P., Friedman B., The epidemiology of emergency medical services use by older adults: an analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, Acad Emerg Med. 2007;14(5):441-7.
- ⁴² Reuben DB., Bachrach PS., McCreath H., Simpson D., Bragg EJ., Warshaw GA., et al., Changing the course of geriatrics education: an evaluation of the first cohort of Reynolds geriatrics education programs, Acad Med. 2009;84(5):619-26.

-
- ⁴³ Salvi F., Morichi V., Grilli A., Giorgi R., De Tommaso G., Dessì-Fulgheri P., The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions, *Intern Emerg Med*. 2007;2(4):292-301.
- ⁴⁴ McNamara RM., Rousseau E., Sanders AB., Geriatric emergency medicine: a survey of practicing emergency physicians, *Ann Emerg Med*. 1992;21(7):796-801.
- ⁴⁵ Aksay E., Sahin H., Kiyan S., Ersel M., Current status of emergency residency training programs in Turkey: after 14 years of experience, *Eur J Emerg Med*. 2009;16(1):4-10.
- ⁴⁶ Witzke DB., Sanders AB., The development and evaluation of a geriatric emergency medicine curriculum, *Acad Emerg Med*. 1997;4(3):219-22.
- ⁴⁷ Chin MH., Wang LC., Jin L, et al. Appropriateness of medication selection for older persons in an urban academic emergency department. *Acad Emerg Med* 1999;6:1232-1242.
- ⁴⁸ Reyes-Ortiz CA., Gheorghiu S., Mulligan T., The emphatic physician-aged patient relationship, *Gerontol&Geriatrics Education* 1997, Vol. 17(3):19-25
- ⁴⁹ Wagenaar DB., Rosenbaum R., Page C., Herman S., Elder abuse education in residency programs: how well are we doing?, *Acad Med*. 2009;84(5):611-8
- ⁵⁰ Tatara T., Understanding the nature and scope of domestic elder abuse with the use of state aggregate data: Summaries of the key findings of a national survey of state APS and aging agencies, *J Elder Abuse Neglect* 1993;5:35-37.

-
- ⁵¹ Kleinschmidt KC., Elder abuse: a review, *Ann Emerg Med.* 1997;30(4):463-72.
- ⁵² Adams WL., McIlvain HE., Geske JA., Porter JL., Physicians' perspectives on caring for cognitively impaired elders, *Gerontologist.* 2005;45(2):231-9.
- ⁵³ Cindoruk M. ve ark.ları, Evde bakım hizmetleri, *Akad Geriatri* 2010;2:121-127
- ⁵⁴ Vetere PM., Elder abuse: what are we missing?, *Can Fam Physician.* 2011;57(7):783-5.
- ⁵⁵ Geroff AJ., Olshaker JS., Elder abuse, *Emerg Med Clin N Am* 2006;24:491-505.
- ⁵⁶ Narang AT., Sikka R., Resuscitation of the elderly, *Emerg Med Clin North Am.* 2006;24(2):261-72.
- ⁵⁷ Moorman SM., Older adults' preferences for independent or delegated end-of-life medical decision making, *J Aging Health.* 2011;23(1):135-57.
- ⁵⁸ Bishop JP., Brothers KB., Perry JE., Ahmad A., Reviving the conversation around CPR/DNR, *Am J Bioeth.* 2010;10(1):61-7.
- ⁵⁹ Cherniack EP., Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it?, *J Med Ethics.* 2002;28(5):303-7.
- ⁶⁰ Hwang U., Morrison RS., The geriatric emergency department, *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(11):1873-6.

8.ÖZET

Giriş: Dünya’da ve Türkiye’de teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına katkıları, sağlık hizmetlerindeki olumlu gelişmelerin yanı sıra pek çok ülkede doğurganlığın azalması, çocuk ölüm hızlarının düşmesi, enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması ve toplumun eğitim düzeyinin artması gibi faktörler nedeniyle yaşlı nüfus diğer tüm yaş gruplarına oranla en hızlı büyüyen grup haline gelmiştir. Gençlerin sağlık sorunları üzerine yoğunlaşmış olan mevcut sağlık hizmetleri yaşlı hastaların karmaşık sorunlarını saptamada ve ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Acil servis hekimleri yaşlı hastalarla en çok karşı karşıya kalan hekim grubu olup, acil servis hekimlerinin bu konudaki yaklaşımları, istekleri, eğitim durumları ve sorunları bilinmemektedir.

Çalışmamızda Acil Tıp hekimlerinin geriatrik hastalara bakış açısı ve yaklaşımı belirlenmek istenmiş olup; bu sonuçlardan yola çıkılarak çalışmamızın Acil Tıp eğitim müfredatı oluşturmada ve hasta bakım kalitesinde artışa kılavuz olması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup; anket çalışması olarak dizayn edilmiştir. Anketler 22.02.2012 ile 22.03.2012 tarihleri arasında <http://www.tatd.in/redcap/> (www.acilarastirma.net) adresi üzerinden katılımcıların elektronik posta adreslerine ulaştırılmıştır. Veriler SPSS for Windows 15.0 (SPSS Inc.®, Chicago, ABD) programına kaydedilerek istatistiksel analizleri yapılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkiyi bulmak için Ki-Kare, Yates Düzeltmeli ve Fisher’s Exact testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %74.7'sinin çalıştığı kurumda Geriatri bilim dalının ve servisinin olmadığı tespit edildi. Üniversite hastanelerinde diğer hastane türleriyle karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha çok geriatri bilim dalı ve servisi olduğu bulundu. (Ki-Kare Testi, $p<0.05$) Katılımcıların %79.4'ü çalıştıkları kurumda diğer hasta gruplarına oranla yaşlı hastaların hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşündüğünü belirtti. %60.5'unun çalıştıkları kurumda geriatri ile ilgilenen spesifik bir anabilim dalı yoktu. Yaşlı hastalar acil servislere en sık genel durum bozukluğu, solunum sistemi ve nörolojik sistemden kaynaklanan hastalıkların neden olduğu şikayetlerle başvurmakta. Araştırma görevlilerinin %37.3'ü, uzmanların ise %13.1'i geriatri ile ilgili hiç eğitim almadığını belirtti. Ünvanlar arasında eğitim alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. . (Ki-Kare Testi, $p<0.05$) Acil Tıp doktorlarının çoğunluğu eğitim programları dahilinde ara sıra geriatri eğitimi aldığını ve kliniğinde anlatılan her dersin sonunda özel durumlar arasında geriatrik hastalardan bahsedilmesi şeklinde eğitim almak istediğini bildirdi. Katılımcıların %68.2'si yaşlı hastaya yaklaşımda, %67'si yaşlı hastalarla iletişimde kendisini yeterli hissettiğini belirtti. Katılımcıların yeterlilik hisleri ile çalışma süresi ve ünvanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Çalışmaya katılan Acil Tıp doktorlarının en çok eğitim almak istedikleri konuların ilaç etkileşimleri, yaşlı istismarı ve iletişim olduğu bulundu. Katılımcıların %54.1'i yaşlı hastaları acil servis kalabalığını arttıran bir neden olarak gördüğünü ve %57'si yaşlı hasta sayısının fazla olmasını acil servisler için tehdit olarak gördüğünü belirtti. %90.9'u evde bakım hizmetlerinin acil servis kalabalığını

azaltacağını bildirdi. Katılımcıların %68.9'unun istismara maruz kalmış yaşlı hastası olduğu bulundu. %72.8'i onkolojik hastalığı olmayan ve terminal dönem kabul edilmeyen yaşlı hastalara resüsitasyon yapması gerektiğinde sadece ileri yaşta olmaları nedeniyle isteksizlik duymadığını belirtti. %62.2'si geriatriinin Acil Tıp yan dalı olmasına sıcak bakmadığını bildirdi.

Sonuç: Yaşlı hasta bakımı özellikli bir konu olup, bu yaş grubuna özgü çalışmalar, sağlık ve sosyal alandaki hizmetler yetersiz kalmaktadır. Türkiye'deki Acil Tıp doktorlarının yaşlı hasta sayısındaki artışın beraberinde getirdiği sorunların farkında olduğu bulunmuştur. Yaşlı hastalar ile ilgili eğitim düzeyi eksik olup, bu konuda eğitim ile ilgili yeni bir müfredata ihtiyaç duyulmaktadır.

9.SUMMARY

Introduction: Elderly population has become the fastest growing group among the other age groups in Turkey and in the world due to such factors as contributions of the technological developments to living conditions, positive developments in health care, reduction in fertility in many countries, decrease in child mortality rates, control of infectious diseases and increased educational level of society. The existing health services with a focus on young people are inadequate to meet the needs and to detect the complex health problems of elderly patients. Although the emergency physicians are the physician group that faces elderly patients most, as compared to other physician groups, their approach, requests, learning situations and problems regarding this issue are not well known.

In our study, perspectives and approach of the emergency medicine physicians towards geriatric patients are analyzed. The results obtained from this study are aimed to create guidelines for developing an emergency medicine curriculum and for increasing the quality of patient care.

Material and Method: Our study is a descriptive research that was designed as a survey. Polls were delivered to the participants' e-mail addresses from the web address <http://www.tatd.in/redcap/> (www.acilarastirma.net) between 22.02.2012 to 22.03.2012. Our data and the statistical analysis of the data were recorded to SPSS for Windows 15.0 program (SPSS Inc.®, Chicago, ABD). The Chi-square, Continuity Correction and Fisher's Exact Test was used to find the relationship between the parameters.

Results: 74.7% of the participants' work institution didn't have geriatric discipline and service. University hospitals were mostly found to have branch of science and service in geriatrics, and that was significantly higher compared to other hospital types (Chi-Square Test, $p < 0.05$). 79.4% of the respondents said that hospitalization of the elderly patients is more difficult compared to the young people in their hospital. 60.5% of participants replied that there is no branch of science in geriatrics in their hospital. Deterioration in general condition, symptoms of the respiratory and neurological system diseases were the most common symptoms of the elderly patients in emergency departments. 37.3% of the residents and 13.1% of the specialists said that they had no education about geriatrics. There was difference between these two groups statistically (Chi-Square Test, $p < 0.05$). The majority of the doctors described that they had training in geriatrics occasionally and they showed interest to be trained in the form of a special mention of cases among the geriatric patients at the end of each course. Rates of the participants having experience in clinical practice and in communication with elderly patients were 68.2% and 67%, respectively. There was difference between the participants' feelings of competence and their experience in emergency medicine statistically. Participants wanted to be trained about drug interactions in elderly, communication with elderly and elder abuse. The study showed that 54.1% of the respondents thought that elderly patients were a part of causes for emergency overcrowding whereas 57% said the increasing number of elderly patients was a threat for emergency departments. It was interesting to see that 90.9% of the participants were of the opinion that home

care services reduce emergency room overcrowding. Another interesting finding of the study was that the 68.9% of the respondents told that they met a patient with elder abuse. 72.8% of the participants said, when an elderly patient having no oncological disease or end-stage disease required resuscitation, they wouldn't feel reluctance. 62.2% of the respondents agreed that geriatric emergency medicine fellowship is not necessary.

Conclusion: Elderly patients are a special group of the population. Studies, health and social services for this special group are still inadequate. Emergency medicine doctors in Turkey are aware of the problems caused mainly by the increase in the number of elderly patients. The findings of this study suggest that in order to reduce the problems created by overcrowd of the elderly patients in emergency departments, the following measures be taken:

Firstly, the level of training related to elderly patients should be increased substantially, and a new curriculum for training in this field developed.

10.EKLER

Ek 1. Tez Anket Formu

1) Yaşınız ?

2) Cinsiyetiniz?

a. Kadın

b. Erkek

3) Çalıştığınız kurum?

4) Akademik ünvanınız?

a. Prof. Dr.

f. Şef Yardımcısı

b. Doç. Dr.

g. Başasistan

c. Yrd. Doç. Dr.

h. Uzman Dr.

d. Öğretim Görevlisi Dr.

i. Araştırma Görevlisi
Dr.

e. Şef

5) Eğer araştırma görevlisi iseniz kaçınıcı yıl asistanısınız?

a. 1

d. 4

b. 2

e. 5

c. 3

6) Acil Tıp kliniğinde çalışma süreniz?

7) Çalıştığınız kurumda geriatri bölümü/servisi var mı?

a. Bilimdalı var,servis var

b. Bilimdalı var,servis yok

c. Bilimdalı yok,servis yok

8) Hastanelerde geriatri servisi olmalı mı?

a. Evet

b. Hayır

c. Fikrim
yok

9) Geriatri ile hastanenizde hangi anabilim dalı/klinik ilgileniyor?

- a. Dahiliye
- b. Nöroloji
- c. FTR
- d. Acil Tıp
- e. Geriatri ile ilgilenen spesifik bir bölüm yok
- f. Çeşitli bölümlerden oluşan bir ekip

10) Çalıştığınız kurumda yaşlı hastaların diğer hastalarla karşılaştırıldığında hastaneye yatırılmasından kaçınıldığını düşünüyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

11) Yaşlı hastaların acil servisinize en çok birincil başvuru nedeni nedir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- a. Kalp ve damar hastalıkları
- b. Solunum sistemi hastalıkları
- c. Gastrointestinal sistem hastalıkları
- d. Nefrolojik hastalıklar/Elektrolit bozuklukları
- e. Enfeksiyon hastalıkları
- f. Hematolojik/Endokrin hastalıklar
- g. Nörolojik hastalıklar
- h. Travma
- i. Genel durum bozukluğu
- j. Non-spesifik şikayetler
- k. Birden çok sistemi ilgilendiren şikayetler

12) Acil Tıp eğitiminde geriatri ayrı bir konu olarak anlatılmalı mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

13) Ulusal kongrelerde ve sempozyumlarda geriatri ile ilgili panellerin ve oturumların düzenlenmesini ister misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

14) Çalıştığınız kurumda eğitim programınız dahilinde geriatri ile ilgili eğitim aldınız mı?

- a. Eğitim programı dahilinde belirli bir zaman ayırarak eğitim aldım.
- b. Eğitim programı dahilinde ara sıra eğitim aldım.
- c. Eğitim programı dahilinde her konu işlenirken geriatrik hastalardan bahsedildi.
- d. Textbook içerisinde yer alan geriatri bölümü dışında eğitim almadım.
- e. Hiç eğitim almadım.

15) Acil Tıpta yaşlı hastalara yaklaşım ile ilgili nasıl bir eğitim programı hazırlanmalı?

- a. Kendi kliniğimde ayrı bir ders kurulu olarak anlatılmalı
- b. Kliniğimde anlatılan her dersin sonunda özel durumlar arasında geriatrik hastalardan bahsedilmeli
- c. İnternet aracılığıyla slaytlar hazırlanmalı
- d. Eğitim videoları hazırlanmalı
- e. Kitapçık oluşturulmalı
- f. Kurslar hazırlanmalı

16) Yaşlı hastalara tıbbi yaklaşımda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

17) Yaşlı hastalarla iletişimde kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

18) Yaşlı hastalara yaklaşımda kendinizi en çok yetersiz hissettiğiniz ve eğitim almak istediğiniz konu(lar) nedir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- a. Kalp ve damar hastalıkları
- b. Solunum sistemi hastalıkları
- c. Gastrointestinal sistem hastalıkları
- d. Nefrolojik hastalıklar/ Elektrolit bozuklukları
- e. Enfeksiyon hastalıkları
- f. Hematolojik / Endokrin hastalıklar
- g. Nörolojik hastalıklar
- h. Travma
- i. İlaç etkileşimleri
- j. Yaşlı istismarı
- k. İletişim

19) Yaşlı hastalar için hangi duyguları hissediyorsunuz?

- a. Mutluluk
- b. Şevkat
- c. Koruma hissi
- d. Acıma
- e. Stres
- f. Kızgınlık ve öfke
- g. Yetersizlik

20) Yaşlı hastaları acil servis kalabalığını arttıran bir neden olarak görüyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

21) Yaşlı hasta sayısının fazla olması şu anda ve ileride acil servisler için fırsattır mıdır?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

22) Yaşlı hasta sayısının fazla olması şu anda ve ileride acil servisler için tehdittir mi?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

23) Yaşlı hastalara evde bakım hizmetleri verilmeli mi?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

24) Yaşlı hastalara evde bakım hizmeti verilmesi acil servis kalabalığını azaltan bir etken midir?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

25) Yaşlı istismarı olduğuna düşündüğünüz hastanız oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

26) Yaşlı istismarı düşündüğünüz, adli mercilerden ve sosyal hizmetlerden yardıma ihtiyacı olan hastanız oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

27) Onkolojik hastalığı olmayan ve hastalıkları itibarıyla terminal dönem kabul edilmeyen yaşlı hastalar arrest olarak getirildiğinde resüsitasyon yaparken sadece ileri yaşta olmaları nedeniyle isteksizlik duyar mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

28) Yukarıda bahsedilen hasta sizin yakınınız olsaydı, yaklaşımınız aynı olur muydu?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

29) Geriatri bir Acil Tıp yan dalı olmalı mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Fikrim yok

Ek 2. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu



GAZİ ÜNİVERSİTESİ (GİRİŞİMSSEL OLMAYAN) KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DEĞERLENDİRME FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 029	Toplantı tarihi: 18.01.2012
Üniversitemiz Tıp Fakültesinde Doç.Dr.Ahmet Demircan'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künyede kayıtlı başvuru bilgileri verilen, <i>Uzmanlık Tezi</i> olan klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına G.Ü.T.F. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları (Uluslararası ICH-GCP) kılavuzu ve bununla ilgili 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, Biyoloji ve Tıbbın uygulanması bakımından İnsan Hakları ve İnsan haysiyetinin korunması sözleşmesi ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin onaylanmasının uygun bulunduğu kanun (9.12.2003 tarihli 25311 sayılı Resmi Gazete), 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu (06.11.1981 tarihli 17506 sayılı Resmi Gazete), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Canan ULUOĞLU						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

Doç.Dr.Arzu BAKIRTAŞ BAŞKAN YRD.	Çocuk Sağ.ve Hast. Çocuk Allerji	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji	G.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Füsun BOZKIRLI ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	G.Ü.T.F. Anest.ve Rea. A.D	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Emin TÜRKÖZ ÜYE	Restoratif Diş Tedavisi ve Endodonti	G.Ü.D.F. Restoratif Diş Ted. ve Endodonti A.D	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Seyhan ERSAN ÜYE	Farmasötik Kimya	G.Ü.E.F. (Ecz.Mes.Bil.) Farmasötik Kimya A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı	G.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F. Tıbbi Biyokimya A.D	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Öznur L.BOYUNAGA ÜYE	Radyoloji	G.Ü.T.F. Radyoloji A.D	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Galip GÜZ ÜYE	İç Hastalıkları Erişkin Nefroloji	G.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Aylar PÖYRAZ ÜYE	Tıbbi Patoloji	G.Ü.T.F. Tıbbi Patoloji A.D	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Metin YILMAZ ÜYE	Kulak-Burun-Boğaz Hast.	Kulak-Burun-Boğaz Hast. A.D	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Etiği ve Tıp Tarihi	G.Ü.T.F. Tıp Etiği ve Tıp Tarihi A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Birol DEMİREL ÜYE	Adli Tıp	G.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Huk.Müş.Adem GELİR ÜYE	Hukuk Müşavirliği	Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	Sivil Temsilci	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Aslı TÜRKAY

Doğum Yeri: İskenderun

Doğum Tarihi: 02.07.1982

Eğitim

Hatay Payas Asım Gündüz İlkokulu	1993
Hatay İskenderun Demir Çelik Anadolu Lisesi	2000
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	2006
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı	2007-halen

Görev Yapılan Yerler

2006 - 2007: Kocaeli Kandıra 1 Nolu 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu,
Doktor

2007 - halen: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Araştırma
Görevlisi

YAYINLAR

A. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

A1. Türkay A. Guler S, Akgul E, Demircan A. Thyroid Storm:a real endocrine emergency. The 2nd EurAsian Congress on Emergency Medicine, 28-31 October 2010, Antalya, Türkiye.

B. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

B1. Doğan NO, Aksel G, **Türkay A.** Aksel G, Aksoy D, Demircan A. Dikkat; Eşiniz distoni yapabilir. 5. Türkiye Acil Tıp Kongresi, 29 Ekim-1 Kasım 2009, Antalya

B2. Güler S, Keleş A, **Türkay A.** Çorbacıoğlu ŞK, Aksel G. Bir suicid olgusu: sineskavar sprey. 6. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 6-9 Mayıs 2010, Antalya.

C. Acil Tıp ile İlgili Kongre, Konferans, Seminer ya da Workshop Gibi Etkinliklere Katılım ve Görev Alma

C1. VI. Acil Tıp Kış Sempozyumu, Acil Tıp Uzmanları Derneği, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 29 Kasım-2 Aralık 2007, Afyon.

C2. V. Gazi İç Hastalıkları Günleri, İç Hastalıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Derneği, 7-8 Mart 2008, Ankara

- C3.** III. Acil Tıp Asistan Sempozyumu, Türkiye Acil Tıp Derneği, 13-15 Haziran 2008, Eskişehir.
- C4.** XX. İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu, Türk Kardiyoloji Derneği, 24-25 Ekim 2008, İstanbul.
- C5.** V. Türkiye Acil Tıp Kongresi, Türkiye Acil Tıp Derneği, 29 Ekim-1 Kasım 2009, Antalya.
- C6.** Acil Tıpta Radyolojik Görüntüleme Sempozyumu, 9-11 Nisan 2010, İzmir
- C7.** Temel USG Eğitim Programı, Türkiye Acil Tıp Derneği, 27-28 Nisan 2012, Ankara
- C8.** Kanıta Dayalı Acil Travma Yönetimi Kursu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 2-5 Mayıs 2012, Eskişehir
- C9.** 17. Klinik Toksikoloji Kongresi, Klinik Toksikoloji Derneği, 17-20 Mayıs 2012, Mardin