

**Acil Servise Başvuran Sarı ve Yeşil Alan Hastalarının Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi**  
**Evaluation Of Anxiety Levels of Yellow and Green Zones Patients Admitted to the Emergency Department**  
**Şerife Özдің<sup>1</sup>, Nazlı Şensoy<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri  
Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD.  
Afyonkarahisar.

<sup>2</sup>Afyonkarahisar Sağlık  
Bilimleri Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Aile Hekimliği  
AD. Afyonkarahisar.

**Sorumlu Yazar**

Doç. Dr. Şerife Özдің.  
Afyonkarahisar Sağlık  
Bilimleri Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Acil Tıp AD. Ali  
Çetinkaya Kampusü. Dörtüol  
mah. 2078 sok. No. 3/4  
Afyonkarahisar. Telefon:  
0272 6060272.

**E-mail:**

drseri03@hotmail.com

**Özet**

**Amaç:** Acil servis (AS)'ler, kolayca ulaşılabilen, kesintisiz hizmet verilen, hastaların ilk tercih ettikleri birimlerdir. Hasta yoğunlukları nedeniyle AS'de triyaj uygulanır. Hastalık hangi alanda yaşanırsa yaşansın bireyi, biyolojik, duygusal, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz etkileyerek depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine yol açabilir. Bu çalışmadaki amacımız AS'e başvuran yeşil ve sarı alan hastalarının anksiyete düzeylerini belirlemektir.

**Gereç ve yöntem:** Çalışma, prospektif tanımlayıcı anket çalışması olarak, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine herhangi bir nedenle başvuran, yeşil ve sarı alan hastalarında yapıldı. Veriler, sosyodemografik özellikleri içeren anket formu, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler SPSS 18 programına aktarıldı ve tanımlayıcı istatistik, Ki Kare testi ile değerlendirildi. Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 269 katılımcının median yaşı 33 (18-87), %55.4 (n=149)'ü erkek, 141 (%52.4)'i yeşil alana aitti. HAD Ölçeğine göre alınan median anksiyete puanı 7 (0-23), depresyon puanı 7 (0-21) olarak bulundu. Sağlık algı düzeyi kötü, sarı alana ait, kadın cinsiyet, 60 yaş ve üzeri, evli olan, öğrenci olmayan, HADdepresyon puanı 7 ve üzerinde olan katılımcıların anlamlı olarak HAD anksiyete puanlarının 10 ve üzerine ait olan grupta oldukları tespit edildi (p<0.05).

**Sonuç:** AS hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, sağlık hizmet israfı ve tıbbi bakım kaynaklarının gereksiz kullanımının engellenmesi, skorlamaları yüksek hastaların uygun polikliniklere yönlendirilmesi ile mümkün olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis, alan, anksiyete, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, triyaj.

## Abstract

**Objectives:** Emergency rooms (ER) are the units that are easily accessible, provide uninterrupted service, and are the first choice of patients. Due to patient density, triage is applied in ER. Regardless of which zone the disease is experienced in, it can negatively affect the individual biologically, emotionally, spiritually and socially, leading to the development of mental illnesses such as depression and anxiety. Our aim in this study was to determine the anxiety levels of green and yellow zones patients who applied to the ER.

**Materials and methods:** The study was conducted as a prospective clinical questionnaire study in green and yellow zones patients who applied to Afyon Kocatepe University Medical Faculty Research and Application Hospital Emergency Room for any reason. Data were collected using a questionnaire containing sociodemographic characteristics, Hospital Anxiety Depression (HAD) Scale. Data were transferred to SPSS 18 program and descriptive statistics were evaluated with Chi-square test.

**Results:** The median age of 269 participants included in the study was 33 (18-87), 55.4% (n=149) were male, and 141 (52.4%) belonged to the green zone. The median anxiety score was 7 (0-23) and the depression score was 7 (0-21) according to the HAD Scale. It was determined that the participants with bad health perception level, belonging to the yellow area, female gender, 60 years of age and older, married, non-student, and HAD-depression score of 7 and above, were significantly in the group with HAD anxiety scores of 10 and above ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Improving ED service quality, preventing waste of health care and unnecessary use of medical care resources can be possible by directing patients with high scores to appropriate outpatient clinics.

**Keywords:** Emergency room, area, anxiety, Hospital Anxiety Depression Scale, triage.

## Giriş

Acil servisler; primer ve sekonder bakım arasında yer alan, sevk edilen ve ya evden gelen hastaların kolayca ulaşabildiği, her an, kesintisiz hizmet veren, hastanelerin vazgeçilmez birimleridir (1). Hizmete kolay ulaşılabilmesi ve çeşitli kolaylıkların sağlanması nedeniyle, genellikle, hastaların herhangi bir hastalık durumunda ilk başvuru yerleri acil servislerdir. Bu sebepten acil servislere başvuran hasta sayısı gittikçe artmakta, sonuçta aşırı kalabalık ve uzun bekleme süreleri oluşmaktadır (2). Yüksek hasta sayıları acil serviste triyaj uygulanmasını gerektirir. Triyaj, hastalara bakma önceliğinin hastanın durumunun aciliyetine göre değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasıdır (3). Triyaj alanları kırmızı, sarı ve yeşil alanları kapsar. Kırmızı alanda hayati tehlikesi olan ve hemen müdahale edilmesi gereken hastalar, yeşil alanda aslında diğer polikliniklere başvurması gereken hastalar, sarı alanda ise acil serviste değerlendirilmesi, tetkik- tedavi edilmesi gereken hastalar bulunur. Hastalık hangi alanda yaşanır ise yaşansın kişiyi, ruhsal, duygusal, sosyal ve biyolojik olarak olumsuz etkiler. Fiziksel hastalıklar, hastanın ve yakınlarının beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amacını, sosyal durumunu, kişiler arası iletişimini ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyerek anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine yol açabilir. Anksiyete, bilinen

ya da tanınmayan, gerçek ya da gerçek olmayan tehlikeye karşı oluşan belirsiz bir endişe hissi, artan gerilim, belirsizlik ve korku duygusudur (4). Bir tehlikenin gerçekleşme ihtimalinin getirdiği gerginlik hissi otonom sinir sistemi aktifleştirerek ve endokrin değişikliklere yol açarak bireyi birçok sağlık sorunuyla karşı karşıya getirebilmektedir (5). Acil servise başvuran hastalarda anksiyete gibi mental bozuklukların oranı %42-53,5 tespit edilmiştir, özellikle akut göğüs ağrısı gibi semptomların bu oranı yükselttiği gözlenmiştir (6-8). Depresyon ve anksiyete varlığının, kronik ve akut tıbbi bozuklukların sonucunu olumsuz etkilediği ve sağlık hizmet yük artışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (9). Acil servis hasta ve hasta yakını profilinin geniş olması, acil servise basit şikayetlerden ölümcül semptomlara uzanan şikayetlerle başvuru yapılması, kanser gibi hastalıklarla ya da dispne, göğüs ağrısı gibi akut gelişen şikayetlerle gelip ölüm korkusunu yoğun olarak hisseden hastaların olması, tüm hasta ve yakınlarının kendisinin hizmet alımında ilk sırada olması gerektiğini düşünmesi gibi durumlar hasta ve hasta yakınlarında anksiyetenin var olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmadaki amacımız acil servisimize başvuran yeşil ve sarı alan hastalarının anksiyete düzeylerini ve etkileyen olası faktörleri değerlendirmektir.

### **Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma, prospektif tanımlayıcı bir anket çalışması olarak, 01.01.2014 ile 31.03.2014 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine herhangi bir nedenle başvuran, araştırmamıza katılmayı kabul eden, 18 ve üzeri yaşta olan, yeşil ve sarı alan hastalarında yapıldı. Psikiyatrik hastalık

öyküsü olan, kırmızı alana alınan, iletişim kurulamayan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, 17 yaş ve altında olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan, bireye ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenler ve kronik hastalıklar, acil servise geliş nedenlerine yönelik sorular içeren anket formu kullanıldı. Katılımcıların subjektif sağlık algısını belirlemek için "Sağlığınızın nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?" sorusu anket formuna eklendi. Bu soruya verilen "mükemmel", "çok iyi" ve "iyi" cevapları "iyi"; "orta" ve "kötü" cevapları ise "kötü" olarak sınıflandırıldı (10). Hastaların anksiyete düzeyini belirlemek için güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmış, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanıldı. HADÖ Zigmond ve arkadaşları tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski tespit etmek, seviye ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir (11). Aydemir ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12). Ölçek 14 sorudan oluşur. 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. sorular anksiyete, 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. sorular depresyona yöneliktir. Puanlama likert ölçeğine göre yapılır. Anksiyeteye yönelik sorularda puanlama giderek azalan şiddeti gösterir (3,2,1, 0), depresyonda ise 0,1,2,3 şeklindedir. Anksiyete ve depresyon için kendilerine ait soruların puanları toplanır. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları, anksiyete alt ölçeği (HADÖ-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HADÖ-D) için 7 olarak saptanmıştır. Bu puanların üzerinde alan hastalar risk altında kabul edilir (12). Bu ölçeğin acil servislerde anksiyete ve depresyonun başlangıç değerlendirmesi için kullanımını uygun

bulan çalışmalar mevcuttur (13,14). Araştırmacılar tarafından katılımcılara araştırma konusu hakkında bilgi verildikten sonra, kabul eden ve onam veren katılımcılara, anket ve ölçekler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Elde edilen veriler SPSS 18 programına aktarıldı ve tanımlayıcı istatistik, kategorik verilerin karşılaştırılması için Ki Kare testi kullanıldı.  $P < 0.05$ , istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. Çalışma yapılmadan önce T.C. Afyonkarahisar Klinik Araştırmalar Etik kurulundan onay alındı (2014/22).

### **Bulgular**

Çalışmaya dahil edilen 269 katılımcının %51,7'si sağlık durumunu iyi olarak belirtti ve triyaj alanı %52 sarı alandı. Katılımcıların median yaşı 33 (18-87) olup, %55,4'ü erkekti. %68,1 katılımcı ilk- orta öğretim mezunu, %62,5'i evli, %44,2'i

çalışan kesimden. Ortalama aylık gelir  $1.975 \pm 1.302$  TL tespit edildi. 90 hastanın en az bir kronik hastalığı mevcuttu. %72,1'i herhangi bir hastalık olduğunda ilk olarak acil servise gelmeyi tercih ettiklerini belirtti. Hastaların ilk 3 başvuru şikayetini enfeksiyon semptomları (%26,4), karın ağrısı (%21,9) ve travma semptomları (%18,2) oluşturdu. HADÖ'ye göre alınan median anksiyete puanı 7 (0-23), depresyon puanı 7 (0-21) olarak bulundu. Katılımcıların %33,1'nin anksiyete, %46,8'inin depresyon, %25,3'ünün anksiyete ve depresyon açısından eşik değerleri aştıkları ve risk altında oldukları tespit edildi (Tablo 1). Sağlık algısı kötü olan, sarı alana ait olan, kadın cinsiyet, 60 yaş ve üzeri olan, evli, öğrenci olmayan, HADÖ-D puanı 7 ve üzerinde olan katılımcıların anlamlı olarak HADÖ-A puanlarının 10 ve üzerine ait olan grupta oldukları tespit edildi ( $p < 0.05$ )(Tablo 2)

**Tablo 1:** Katılımcılara ait demografik ve tıbbi veriler

Veriler	n	%	Ortalama ± SD	Medyan (min- maks)
<b>Sağlık algısı</b>				
İyi	139	51.7		
Kötü	130	48.3		
<b>Triyaj alanı</b>				
Sarı	128	47.6		
Yeşil	141	52.4		
<b>Yaş</b>				33 (18-87)
< 60 yaş	233	86.6		
≥ 60 yaş	66	13.4		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	120	44.6		
Erkek	149	55.4		
<b>Eğitim durumu</b>				
Okur- yazar değil	12	4.5		
İlk- orta öğretim mezunu	183	68.1		
Üniversite mezunu	74	27.5		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	168	62.5		
Bekar	101	37.5		
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	119	44.2		
Çalışmıyor	105	39		
Öğrenci	45	16.7		
<b>Gelir düzeyi (TL)</b>			1.975 ± 1.302	
< 2000	144	53.5		
≥ 2000	125	46.5		
<b>Kronik hastalık</b>				
Var	90	33.5		
Yok	179	66.5		
<b>İlk başvuru yeri</b>				
Acil servis	194	72.1		
Diğer	75	27.9		
<b>Ana şikayet</b>				
Enfeksiyon semptomları	71	26.4		
Karın ağrısı	59	21.9		
Travma semptomları	49	18.2		
Baş ağrısı	22	8.2		
Göğüs ağrısı	29	10.8		
Diğer	39	14.5		
<b>HADÖ-A skoru</b>				7 (0-23)
<b>HADÖ-D skoru</b>				7 (0-21)
<b>HADÖ-A skoru</b>				
≥ 10	89	33.1		
< 10	180	66.9		
<b>HADÖ-D</b>				
≥ 7	126	46.8		
< 7	143	53.2		

HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon, TL: Türk lirası, SD: standart deviasyon, min: minimum, Maks: maksimum

**Tablo 2:** HADÖ-A eşik değeri aşan ve aşmayan hastaların verilerinin karşılaştırılması

	Grup 1: HADÖ-A $\geq$ 10			Grup 2: HADÖ-A < 10			İstatistik
	n	Grup 1 %	Total %	n	Grup 2 %	Total %	
<b>Sağlık algısı</b>							
İyi	34	38.2	12.6	105	58.3	39	$X^2 = .002$
Kötü	55	61.8	20.4	75	41.7	27.9	$P = .003$
<b>Triyaj alanı</b>							
Sarı	51	57.3	19	77	42.8	28.6	$X^2 = .025$
Yeşil	38	42.7	14.1	103	57.2	38.3	$P = .034$
<b>Yaş</b>							
Yaş < 60	70	78.7	26	163	90.6	60.6	$X^2 = .007$
Yaş $\geq$ 60	19	21.3	7.1	17	9.4	6.3	$P = .012$
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	52	58.4	19.3	68	37.8	25.3	$X^2 = .001$
Erkek	37	41.6	13.8	112	62.2	41.6	$P = .002$
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur- yazar değil	6	6.7	2.2	6	3.3	2.2	$X^2 = 2.92$
İlk- orta öğretim	63	70.8	23.4	120	66.7	44.6	$P = > .05$
Üniversite	20	22.5	7.4	54	30	20.1	
<b>Medeni durum</b>							
Bekar	25	27	8.9	77	42.8	28.6	$X^2 = .012$
Evli	65	73	24.2	1003	57.2	38.3	$P = .017$
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışıyor	33	37.1	12.3	86	47.8	32	$X^2 = .001$
Çalışmıyor	48	53.9	17.8	57	31.7	21.2	$P = .001$
Öğrenci	8	9	3	17	20,6	13.8	
<b>Gelir düzeyi</b>							
< 2000 TL	55	61.8	20.4	89	49.4	33.1	$X^2 = .056$
$\geq$ 2000 TL	34	38.2	12.6	91	50.6	33.8	$P = .075$
<b>Kronik hastalık</b>							
Var	36	40.4	13.4	54	30	20.1	$X^2 = .087$
Yok	53	59.6	19.7	126	70	46.8	$P = .11$
<b>İlk başvuru yeri</b>							
Acil servis	68	76.4	25.3	126	70	46.8	$X^2 = .27$
Diğer	21	23.6	7.8	54	30	21.1	$P = .33$
<b>Ana şikayet</b>							
Enfeksiyon	21	23.6	7.8	50	27.8	18.6	
semptomları	22	24.7	8.2	37	20.6	13.8	$X^2 = .208$
Karın ağrısı	9	10.1	3.3	40	22.2	14.9	$P = .190$
Travma semptomları	11	12.4	4.1	11	6.1	4.1	
Baş ağrısı	11	12.4	4.1	18	10	6.7	
Göğüs ağrısı	15	16,8	5.6	24	13.3	8.8	
Diğer							
<b>HADÖ-D</b>							
$\geq$ 7	68	76.4	25.3	58	32.2	21.6	$X^2 = < .001$
< 7	21	23.6	7.8	122	67.8	45.4	$P = < .001$

HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon, TL: Türk lirası.

## Tartışma

Hasta ve yakınlarının ani ve beklenilmeyen bir durumla karşılaşması, bunun yanında ağrı, nefes darlığı ve diğler şikayet ve bulguların varlığı, değışik seviyede anksiyete oluşturabilir. Anksiyetenin nedeni kişiden kişiye değışmekle birlikte, kişideki belirti ve bulgular, altta yatan kanser gibi ciddi hastalıklar, değışik düzeylerde anksiyete oluşturabilir. Acil servise başvuran ve sarı-yeşil triyaj alanlarına alınan hastalara anksiyete seviyesini ve etkileyen olası faktörleri değılendirmeyi amaçladığımız çalışmada, literatürde acil servise başvuran sarı-yeşil alan hastalarına ait yeterince veri olmaması nedeniyle diğler grup hastaların anksiyete düzeyleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır. Çalışmamızda medyan HADÖ anksiyete ve depresyon puanı 7 bulundu, katılımcıların %33.1'nin anksiyete, %46.8'inin depresyon, %25.3'ünün anksiyete ve depresyon açısından eşik değıerleri aştıkları, sağlık algısı kötü olan, sarı alana ait olan, kadın cinsiyet, 60 yaş ve üzeri olan, evli, öğrenci olmayan, HADÖ-D puanı 7 ve üzerinde olan katılımcıların, anlamlı olarak HADÖ-A puanlarının 10 ve üzerinde oldukları, anksiyete bozukluğu açısından risk altında oldukları tespit edildi.

Sağlık algı düzeyi iyi olan, kendini iyi hisseden sarı- yeşil alan hastalarının düşük anksiyete puanlarının olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda kendini iyi hisseden sarı ve yeşil alan hastalarının HADÖ-A skorları 10'nun altında tespit edildi. Anksiyete skorunun triyaj kategorileriyle uyumlu olduğu daha önce yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Daha hafif semptom ve bulgusu olan kategori 3 hastalarının skorları daha düşüktür (HADÖ-A skoru <10) ve ciddiye arttıka skor

yükselmektedir (14,15). Çalışmamız literatürle uyumludur, daha ciddi semptom ve bulgulara sahip sarı alan hastaları anlamlı oranda HADÖ-A  $\geq 10$  grubunda yer almışlardır.

Yaşlara göre anksiyete seviyelerinin değışkenlik gösterebilir. Türkiye'de bir acil serviste yapılan çalışmada, HADÖ-A eşik değıerini aşan ve aşmayan hastalar arasında yaş açısından anlamlı farklılık olmadığı, diğler bir acil servis çalışmasında gençlerin yaşlılara göre özellikle küçük yaralanma ve hafif hastalıklar karşısında daha anksiyöz oldukları, yoğun bakım hastalarında yaş faktörünün anksiyete üzerine etkisinin olmadığı, Avrupa'da yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada yaşlı grupta anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu, bildirilmiştir (15-18). Çalışmamızda literatürün bir kısmıyla uyumlu olarak 60 yaş ve üzeri olan hastalarda HADÖ-A skoru 10 ve üzerinde belirlendi. Tıp alanındaki teknolojik gelişmelerin yanı sıra diğler pek çok faktöre bağılı olarak ömrün uzaması, komorbid hastalıkların eşlik etmesi gibi nedenlerden dolayı yaşlılarda anksiyete skoru daha yüksek olabilir. Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda anksiyöz olduğunu tespit eden çalışmalar mevcuttur (16,19,20). Yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada cinsiyetin anksiyete üzerine etki etmediğı, farklı bir çalışmada ise erkeklerde anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (17,21). Çalışmamızda kadınların erkek cinsiyete göre belirgin olarak daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu belirlendi. Kadınların iş ve aile hayatında doğrudan sorumluluk yüklenmeleri bu kaygı düzeyi üzerinde etkili olabilir.

Çalışmamıza benzer olarak, ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda HADÖ-A  $\geq 10$

olan ve olmayan hasta grupları arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı fark olmadığı, eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon semptomlarının ortaya çıkması arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir (15,22,23). Çok merkezli bir Avrupa çalışmasında ise düşük eğitim düzeyi olanlarda daha yüksek anksiyete seviyesi saptanmıştır (18). Çalışmalar arasındaki farkın nedeni, çalışmaların farklı ülkelerde, farklı sosyo-ekonomik koşullarda yapılmış olması olabilir. Yurt dışında yapılan prospektif bir çalışmada evli hastaların evli olmayanlara göre yüksek anksiyete puanı aldıkları bildirilmiştir (24). Çalışmamızdan farklı olarak, Türkiye’de acil serviste yapılan bir çalışmada HADÖ-A skor yüksekliği bakımından evli ya da bekar olanlar arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir (15). Çalışmaların yapıldığı hasta gruplarının farklı adet, gelenek, göreneklere sahip olması nedeniyle farklı sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların yakınlarının iş durumuna bakıldığında, çalışanlara kıyasla çalışmayan grupta anksiyete görülme oranı daha yüksek bulunurken, başka bir çalışmada çalışıp çalışmama durumunun Beck anksiyete skorunu etkilemediği gözlemlenmiştir (22,23). Çalışmamızda öğrenci olmayan grubun çalışan ve çalışmayan ayırt etmeksizin HADÖ-A puanlarının 10 ve üzerinde olduğunu tespit ettik. Suudi Arabistan’da acil servise başvuran düşük ve orta gelir düzeyine sahip hastalarda anksiyete skorunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (24). Türkiye’de ise çalışmamıza paralel olarak bir çalışmada gelirler arasında anksiyete skoru açısından anlamlı fark bulunmazken, diğer çalışmalarda, geliri giderinden az olan hastaların diğer gelir gruplarına göre kaygı

düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (17,15).

Sistemik, kronik hastalıkların HADÖ-A skorunu artırdığı bilinmekle birlikte, acil servise ilk kez başvurunun durumluk kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu, anksiyöz hastalarda en sık karşılaşılan şikayetin göğüs ve karın ağrısı olduğu, ciddi ağrılar, nefes darlığı, travma, zehirlenme, kronik hastalıkların akut alevlenmesi, akut koroner sendrom gibi klinik tablolara sahip hastalarda anksiyete skorlarının yüksek olduğu bilinmektedir (15,17,25-29). Çin’de kalabalık bir acil serviste yapılan çalışmada ciddi semptomları olan hastalarda anksiyete skoru daha yüksek hesaplanmıştır (30). Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ya da yokluğu, ilk başvuru yerinin acil servis olup olmaması ve geliş şikayetin ne olduğu ile HADÖ-A eşik değerini aşmak arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Acil durumlarda psikiyatrik komorbiditeler için HADÖ’nün geçerlilik ve güvenilirliğini, farklı ülkelerde ve şikayetlerle değerlendiren çeşitli çalışmaların ortak sonucu, HADÖ’nün acil servislere anksiyete ve depresyon için başlangıç tarama aracı olarak etkin bir şekilde rutin kullanılabilir, kolay uygulanabilir bir ölçek olduğudur (7,13,14,18- Koyuncu ve arkadaşları çalışmalarında acil servis hastalarının HADÖ-A ortalama skorunu  $5.5 \pm 3.8$  ve %15 hastanın HADÖ-A skorunu  $\geq 10$  tespit etmişlerdir (15). Çalışmamızda HADÖ-A medyan skorunu 7, HADÖ-D medyan skorunu 7 saptadık. HADÖ-D skoru  $\geq 7$  olan katılımcıların anlamlı olarak HADÖ-A skorunun  $\geq 10$  olduğunu tespit ettik. HADÖ’nin Türkçe formunun kesme noktaları HADÖ-A için 10, HADÖ-D için 7 olarak saptanmıştır ve bu puanların



üzerinde alan hastalar anksiyete ve depresyon açısından risk altında kabul edilir (12). Çalışmamızda depresyon için kesme değerini aşan hastaların aynı zamanda anksiyete kesme değerini de aştığını tespit ettik.

Sonuç olarak, çalışmamızda; acil servis yeşil ve sarı triyaj alanlarına başvuran hastalarda özellikle sağlık algı düzeyi kötü olan, sarı alana alınan, kadın, 60 yaş ve üzeri, evli, öğrenci olmayan hasta gruplarında HADÖ-A skorları 10 ve üzerinde ve bu hasta gruplarının anksiyete bozukluğu açısından risk altında oldukları tespit edildi.

Limitasyon: Çalışmamız tek merkezli bir çalışma olmasına rağmen, hastanemiz çevre il ve ilçelerden hasta kabul eden merkezi bir hastane konumundadır.

## Kaynaklar

1. Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adams SL. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. *J Behav Med* 1998;21:545-63
2. Australian Institute of Health and Welfare. Emergency Department Care 2015–16 Australian hospital statistics. Health Services Series No. 72. Cat. No. HSE 182. Canberra: AIHW, 2016:1-22.
3. Kennedy K, Aghababian R, Gans L, Lewis CP. Triage: techniques and Applications in decision making. *Annals of Emergency Medicine* 1996;28:136-44
4. Ertekin A. Anksiyete (kaygı) bozuklukları. Acil Tıp temel başvuru kitabı. Editör: Başar Cander. 2. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevleri. 2020.1945-9.
5. Klopfenstein CE, Forster A, Gessel EV. Anesthetic assesstment in an outpatient

- consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anesth.* 2000;47:511-5.
6. Marchesi C, Brusamonti E, Borghi C, A. Giannini, R. Di Ruvo, F. Minneo, et al. Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. *Emerg Med J.* 2004;21:175-9.
7. Soares-Filho G Freire R, Biancha K, Pacheco T, Volschan A, Valença AM, et al. Use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a cardiac emergency room- chest pain unit. *Clinics.* 2009;64:209-14.
8. Claessens Y, Kierzek G, Ray P, Elie C, Perruche F, Thys F, et al. Depression influences the comprehension ofpatients in the emergency department. *JEUR* 2009;22:38-43.
9. Çelikbaş Z, Batmaz S, Aslan EA. Klinikte yararlı anksiyete sonlanım ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi.* 2021;122-30
10. Erengin H, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim.* 1997;77:11-6
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 361-70
12. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlik güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1997;8:280-7.
13. Al Aseri ZA, Suriya MO, Hassan HA, Hasan M, Sheikh S, Tamimi AA, et al. Reliability and validity of the hospital anxiety and depression scale in an emergency department in Saudi Arabia: a cross-sectional observational study. *BMC Emerg Med.* 2015;15:28-34

14. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:14-19
15. Koyuncu N, Karcioğlu Ö. Emergency department patients' clinical and demographic characteristics regarding Hospital Anxiety subscale. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2018;18:162-6.
16. Byrne G, Heyman R. Patient anxiety in the accident and emergency department. *Journal of Clinical Nursing*. 1997;6:289-95.
17. Tekin E, Özlü İ, Çakmak F, Bayramoğlu A. Acil servis yoğun bakımda yatan hastaların memnuniyet ve kaygı düzeylerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23:277-86.
18. Pajak A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, Smedt D, Backquer D, et al. Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20:331-40.
19. Kumar A, Clark S, Boudreaux E, Camarga C. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2004;11:1284-9
20. Perruche F, Elie C, d'Ussel M, Ray P, Thys F, Bleichner B, et al. Anxiety and depression are unrecognised in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emerg Med J* 2011; 28:662-5.
21. Aydın A, Tiryaki S. Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma (KTÜ örneği). *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*. 2017;17:715-22.
22. Karaman Z. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi. G.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, Ankara, 2011
23. Gülbağcı A, Çakmak F, Akdeniz YS, İpekci A, İkizceli İ. Acil Servise Başvuran Onkolojik Hastaların Yakınlarının Memnuniyet ve Anksiyete Düzeylerine Dair Bir İnceleme. *Journal of Anatolian Medical Research* 2018;3:43-54
24. Hassan HA, Suriya MO, Al-Aseri ZA, Hasan M, Khalid N, Sheikh SA. Feasibility of using Arabic Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to assess anxiety and depression among patients attending Accident and Emergency at a University Hospital setting in Riyadh, Saudi Arabia. *Pak J Med Sci* 2015;31:1366-71.
25. Deniz AKDEMİR. Acil servise başvuran hastaların yakınlarının yaşadıkları kaygının, memnuniyetleri üzerine olan etkisinin belirlenmesi. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul. 2017, s.36
26. Abar B, Holub A, Lee J, DeRienzo V, Nobay F. Depression and Anxiety Among Emergency Department Patients: Utilization and Barriers to Care. *Academic Emergency Medicine*. 2017; 24:1286-9.
27. Wells K, Craven P, Steenblik J, Carlson M, Cooper C, Madsen T. Prevalence and treatment of anxiety among emergency department patients with pain. *Am J Emerg Med* 2018;36:1315-7.

28. Hutchinson A, Pickering A, Williams P, Bland JM, Johnson MJ. Breathlessness and presentation to the emergency department: a survey and clinical record review. *BMC Pulm Med* 2017;17:53-60.
29. Van Beek MHCT, Voshaar RCO, Van Deelen FM, van Balkom AJLM, Pop G, Speckens AEM. The cardiac anxiety questionnaire: cross-validation among cardiac inpatients. *Int. J Psychiatr Med.* 2012;43:349-64.
30. Wang S, Gao J, Li X, Wu Y, Huo X, Han C, et al. Correlation between crowdedness in emergency departments and anxiety in Chinese patients. *World J Clin Cases.* 2020; 8(13):2802-2816

