



T.C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**18 – 26 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KAFEİN
TÜKETİM MİKTARLARI İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN,
UYKUSUZLUK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Aytan JAVADZADE

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Başak AYIK

İstanbul, 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**18 – 26 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KAFEİN
TÜKETİM MİKTARLARI İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN,
UYKUSUZLUK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Aytan JAVADZADE

164102202

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Dr. Öğretim Üyesi Başak AYIK

İstanbul- 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102202
Öğrenci Adı Soyadı	: Aytan Javadzade
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Başak AYIK
Tezin Başlığı	: 18 – 26 yaş arası üniversite öğrencilerinde kafein tüketim miktarları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, uykusuzluk ve anksiyete düzeylerinin ilişkisinin araştırılması

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.07.2018	Saati	: 11:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Başak Ayık	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Birim Sungu Talu	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “18 – 26 yaş arası üniversite öğrencilerinde kafein tüketim miktarları ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin, uykusuzluk ve anksiyete düzeylerinin ilişkisinin araştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih 05.07.2018

Aytan JAVADZADE

TEŞEKKÜR

Öncelikle, Yüksek lisans eğitimimde bu çalışmanın her aşamasında yardımlarını, engin bilgilerini, zamanını, sabrını ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Başak Ayık'a katkılarından dolayı teşekkür eder ve saygılarımı sunarım. Aynı zamanda, kalitesini ve farkını her zaman hissettiğim psikoloji yüksek lisans eğitimimde emeği geçen Üsküdar Üniversitesi'nin tüm değerli hocalarına teşekkür ederim.

Çalışmamda zamanını ayırarak gönüllü bir fedakârlığa imza atan tüm değerli katılımcılara bir kez daha teşekkürlerimi iletirim.

Eğitim hayatımda ve sosyal hayatımda bana destek olan, inanan ve güç veren, her daim yanımda olan, tez sürecinde başta İnji Majidli olmakla, yardımlarını esirgemeyen tüm iyi yürekli arkadaşlarıma sonsuz teşekkür eder, minnet duyarım.

Bu süreçte, disiplin ve azmiyle her şeyi başarabileceğime beni inandıran, konuşmalarıyla ve öğrettikleriyle her daim kendine hayran bırakan güçlü insan annem Gülşen'e sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak, çeviride bana yardımcı olan abim İlkin Javadzade'ye teşekkürlerimi iletirim.

Saygılarımla
Aytan JAVADZADE

ÖZET

18 – 26 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KAFEİN TÜKETİM MİKTARLARI İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN, UYKUSUZLUK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Aytan JAVADZADE

Yüksek Lisans Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2018

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Başak AYIK

Kafein, tüm dünyada en sık tüketilen psikoaktif maddelerden biridir. Son yıllarda Türkiye’de ve Dünyada özellikle üniversite öğrencileri olmak üzere gençler arasında kafeinli içecek ve yiyeceklerin tüketimi giderek artmaktadır. Bu çalışmada kafein tüketiminin, üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği belirtileri, uyku ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Kafeinin yüksek miktarda kullanımı bireyde hem mental hem de fiziki durum üzerine etkilerine göre ciddi ve yaygın bir durumdur. Bu kapsamda, bu durumda bulunan genç erişkinlerde tarama yapılması ve uygun davranış yöntemleri ile fazla kafein kullanımının azaltılması ideal sonuçtur. Toplumumuzda ve Dünyada sıkça görülmeye başlayan, psikolojik ve fizyolojik olarak büyük önem taşıyan bu problemin araştırılmasında çalışmamızın referans olması ve literatüre katkısı olması amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini 50 kadın ve 50 erkek olmak üzere, rastgele seçilmiş 100 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Katılımcılar, ulaşılması kolay olması açısından Üsküdar Üniversitesinde okuyan öğrenciler arasından seçilmiştir. Aynı zamanda katılımcılara “sosyodemografik veri formu yansıra Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Beck Anksiyete Ölçeği” uygulanmıştır.

Çalışmamızda 18 – 26 yaş üniversite öğrencilerinde günlük kafein tüketim miktarları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri, uykusuzluk ve anksiyete

düzeylei arasındaki ilişki araştırılmış, değışkenleri arasında Pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre katılımcı öğrencilerin kafein tüketim miktarları ile uykusuzluk şiddeti indeksi ve anksiyete ölçeği puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Bununla birlikte katılımcı öğrencilerin kafein tüketim miktarları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kafein Tüketimi, Anksiyete, Dikkat, Dikkat Eksikliği, Uyku ve Uykusuzluk



ABSTRACT

RESEARCH OF RELATIONSHIP BETWEEN CAFFEINE CONSUMPTION AMOUNTS AND ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DIORDER SYMPTOMS, ANXIETY AND INSOMNIA IN 18 – 26 YEARS OLD UNIVERSITY STUDENTS

Aytan JAVADZADE

Master Thesis, Clinical Psychology, İstanbul, 2018

Supervisor:Dr. Lecturer Başak AYIK

Caffeine is one of the most consumed psychoactive substances. During previous years caffeine consumption in drink and food has raised among young people, especially students in Turkey and other countries. In this study, the effect of caffeine consumption on distraction symptoms found in university students, sleep and anxiety levels has been investigated. High consumption of caffeine is a serious and common case according to effect on either mental or physical condition. In this context, having tests and decreasing high caffeine consumption by proper behavior methods is an ideal result with young generation who are in this condition. The main purpose of this study is to make a contribution to the literature and to be a reference in research of this problem which is happening frequently globally and socially, and which is psychologically and physiologically highly matters.

Samples for this study are formed of 100 university students chosen randomly (50 women and 50 men). Participants have been selected among Uskudar University students because of easy access. At the same time, alongside “sociodemographic questionnaire, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale, Insomnia Severity Index and Beck Anxiety Inventory” have been applied.

In our study, the relationship between daily caffeine consumption amount

and distraction, hyperactivity symptoms, insomnia and anxiety level among 18-26 years old university students has been investigated and Pearson correlation and regression analysis has been applied between variables. According to obtained findings, relationship between caffeine consumption amount of students and Insomnia Severity Index and Anxiety Inventory points have not found meaningful statistically. However, there is found a meaningful relationship between caffeine consumption amount of students and distraction and hyperactivity symptoms.

Key words: Caffeine Consumption, Anxiety, Attention Deficit, Sleep and Insomnia



İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

YEMİN METNİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VII
KISALTMALAR	XI
SİMGELER.....	XII
TABLolar LİSTESİ.....	XIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XV
BÖLÜM 1 – GİRİŞ	1
1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.1.1. Araştırma Soruları.....	3
1.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	3
BÖLÜM 2 – GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 KAFEİN NEDİR?.....	5
2.1.1. Kafeinin Fiziksel ve Kimyasal Özellikleri.....	5
2.1.2. Kafein Tüketimi	6
2.1.3. Kafeinin Metabolizması.....	7
2.1.4. Kafein Yoksunluğu	8
2.1.5. Kafeinin Toksik Etkisi	9
2.1.6. İçinde Kafein Bulunan Yiyecek ve İçecekler	9
2.1.7. Kafeinin Uyarıcı Etkisi (Sinir Sistemine Etkisi).....	11
2.1.8. Kafeinin Tüketiminin Dikkat Üzerindeki Etkisi.....	11
2.1.9. Kafein Tüketiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi	12

2.1.10.	Kafein Tüketimiyle Uykusuzluk Düzeyi Arasındaki İlişki.....	13
2.2.	DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	15
2.2.1.	DEHB Tanımı	15
2.2.2.	DEHB Tarihçesi	15
2.2.3.	DEHB Epidemiyolojisi.....	17
2.2.4.	Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma.....	19
2.2.5.	DEHB Etiyolojisi	20
2.2.6.	Tedavi Yaklaşımları.....	22
2.2.7.	Gidiş ve Sonlanım.....	23
2.3.	UYKU	24
2.3.1.	Uykunun Tarihçesi.....	24
2.3.2.	Uyku Tanımı ve Fizyolojisi.....	24
2.3.3.	Sağlıklı Uyku Dönemleri	25
2.3.4.	Uyku Bozuklukları.....	26
2.3.5.	Uyku Bozuklukları Sınıflandırması	27
2.4.	ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	29
2.4.1.	Anksiyete Tanımı	29
2.4.2.	Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	30
2.4.3.	Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi	30
2.4.3.1.	Biyolojik Etkenler	30
2.4.3.2.	Psikososyal Etkenler	31
2.4.4.	Anksiyete Bozukluğu Tanıları	31
2.4.5.	Anksiyete Duyarlılığı	32
BÖLÜM 3 – GEREÇ VE YÖNTEM.....		33
3.1. ÖRNEKLEM.....		33
3.2. VERİLERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....		33

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	34
3.2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	34
3.2.3. Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği	34
3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	35
3.3. YAPILAN İŞLEMLER	36
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	36
BÖLÜM 4- BULGULAR.....	37
4.1. DEMOGRAFİK VE BETİMSEL BULGULAR	37
4.2. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	43
4.3.UYKUSUZLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	44
4.4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	45
4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDA İLİŞKİYE AİT BULGULAR.....	46
BÖLÜM 5- TARTIŞMA.....	61
5.1. TARTIŞMA VE YORUM	61
BÖLÜM 6- SONUÇ VE ÖNERİLER	67
6.1. SONUÇ.....	67
6.2. ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	71
EKLER.....	86
EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	86
EK-2 Sosyodemografik Veri Formu.....	88
EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği	91

EK-4 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	92
EK-5 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	93
EK-6 Kurum İzni	94
EK-7 Etik Kurul Raporu.....	95
Özgeçmiş	96



KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: American Psychological Association

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-II: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, İkinci Baskı

DSM-III: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Üçüncü Baskı

DSM-III-TR: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Üçüncü Gözden Geçirilmiş Baskısı

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı

EEG: Elektroansefalografi

EOG: Elektrokülgrafi

ICD-9: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Versiyon 9

ICD-10: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Versiyon 10

NREM: (Non-Rapid Eye Movement) Yavaş Dalga Uykusu

OSAS: Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu

REM: (Rapid Eye Movements) Hızlı Göz Hareketi Uykusu

SİMGELER

F	Anlamlılık Düzeyi
N	Örneklem Sayısı
P	Anlamlılık Düzeyi
R	Korelasyon Değeri
SD	Serbestlik Değeri
SO	Sıra Ortalaması
Ss	Standart sapma
T	T Testi Puanı
U	Mann Whitney UDeğeri
X²	Kruskal Wallis H Değeri

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Kafeinin Fiziksel ve Kimyasal Özellikleri.....	5
Tablo 2: Bazı İçecek, Yiyecek ve İlaçların Kafein Miktarları	10
Tablo 3: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 4: Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler	41
Tablo 5: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasında Korelasyon Analizi.....	42
Tablo 6: Kafein Tüketiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Üzerine Etkisi	43
Tablo 7: Kafein Tüketiminin Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçları Üzerine Etkisi	44
Tablo 8: Kafein Tüketiminin Anksiyete Üzerine Etkisi.....	45
Tablo 9: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Anne Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları	46
Tablo 10: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Baba Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları	48
Tablo 11: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Fakülteye Göre Ortalamaları.....	50
Tablo 12: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Kiminle Yaşandığına Göre Ortalamaları	51
Tablo 13: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Patoloji Belirti Durumuna Göre Ortalamaları.....	52
Tablo 14: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Sınıfa Göre Ortalamaları.....	53
Tablo 15: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Ailede Alkol Madde Bağımlısı Olma Durumuna Göre Ortalamaları	54
Tablo 16: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Algılanan Maddi Duruma Göre Ortalamaları	55
Tablo 17: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Alkol Madde Kullanımına Göre Ortalamaları	56
Tablo 18: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Cinsiyete Göre Ortalamaları	57

Tablo 19: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Psikiyatrik İlaç Öyküsüne Göre Ortalamaları.....	58
Tablo 20: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Stimulan İlaç Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları	59
Tablo 21: Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Tıbbi Veya Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları	60



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Kafeinin Kimyasal Yapısı ve Üç Boyutlu Moleküler Yapısı.....	6
Şekil 2: Kafein Tüketiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Üzerine Etkisi.....	43
Şekil 3: Kafein Tüketiminin Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçları Üzerine Etkisi.....	44
Şekil 4: Kafein Tüketiminin Anksiyete Üzerine Etkisi.....	45



BÖLÜM 1 – GİRİŞ

Doğal kaynaklardan alınan kafein tüm dünyadaki insanlar tarafından yıllardır keyifli bir şekilde tüketilmektedir. Kafein dünyada toplam 63 tür bitkinin meyve tohumlarında ve yapraklarında bulunabilmektedir. Kahve fasulyesi, çay yaprağı, kola meyvesi ve kakao tohumu en önemli kafein kaynaklarından bazılarıdır (Mazzotti ve ark., 2011). İlk kez 1820 yılında Runge ve Van Giese tarafından yeşil çay yapraklarında keşfedilmiştir. Daha sonra 1823 yılında Robiquet tarafından ve daha sonra Pelletier tarafından kristal ve uçucu madde olarak tanımlanmıştır. Daha sonra tesadüfen Fransız Kimyager Oudry tarafından siyah çaydan ayrıştırılarak thein (Tein) ismi verilmiştir (Amaresh ve ark., 2011).

Kahve ve çay en çok bilinen ve yaygın kullanılan kafeinli içeceklerdir. Ayrıca, kafein diğer birçok üretimde katkı maddesi olarak besin takviyeleri, enerji içecekleri, soda ve belirli ilaçlarda (baş ağrısı tedavileri ve ağrıkesiciler) kullanılmaktadır (Dews ve Peter, 2012). Bu ürünlerdeki kafein oranı genellikle değişmektedir. Yapılan çalışmalarda, yetişkinlerin yaklaşık %90 oranının düzenli olarak kafein tükettiği ve ortalama günlük kafein alım miktarının 227 mg olduğu incelenmiştir (Frary ve ark., 2005). Başka bir çalışmada, Amerika'da yetişkinlerin günlük 400 milyondan fazla porsiyon kahve tükettiği saptanmıştır ve ana kafein kaynağı kahve olan yetişkinlerle, çay ve kafeinli alkolsüz içecek tüketen ergen ve çocukların tüketim miktarları karşılaştırılmıştır (Meletis ve Chris, 2006). Çay ve kahvenin özellikle kafein kaynağı olduğu Avrupa'da, bireylerin kişi başına en yüksek kafein tüketim miktarına sahip olduğu bildirilmiştir (Friedman ve Mendel, 2007). Aynı zamanda ABD'de çocuklar arasında kola tüketiminin daha yüksek olduğuna saptanmıştır (Frary ve ark., 2005). İngiltere'de Bristol'de yapılan araştırmada cinsiyete göre kafein alımı erkeklerde kadınlara oranda daha yüksektir ve bu 65 yaşına kadar bu oranda uzamaktadır, bu yaştan sonra ise oranlarda azalma görülmektedir (Heatherley ve ark., 2005).

1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Her yaş grubu ve özellikle genç nesil üniversite öğrencilerinin esas uyarıcı kaynağı, tüm dünyada görüldüğü gibi ülkemizde de kafein içeren içecek ve yiyeceklerdir. Bireylerde tek seferde yüksek miktarda kafein tüketilmesi sonucunda kafein toksisitesi meydana gelebilmektedir. Toksik dozda kafein tüketilmesi sonucunda bireyde yerinde duramama, kıpır-kıpır olma, kendini aşırı heyecanlı ve coşkulu hissetme, huzursuzluk ve tedirginlik hali, kas seğirmeleri, kalp hızında artış ve kalp ritim düzensizlikleri, konsantrasyon eksikliği, dikkatin bozulması gibi durumlar meydana çıkmaktadır. Tüketilen kafein dozunun artması halüsinasyonlar, psikoz, kaslarda yıkım, gastrointestinal rahatsızlık (midede yanma) gibi semptomlara da yol açabilmektedir (Campana ve ark., 2013). Üniversite öğrencilerinde sınavlar, ödevler, sunumlar ve bu gibi önemli durumlara hazırlanmak için tüketilen kafein miktarının artması uyku ihtiyacını azaltarak faydalı olabilmekle birlikte, yüksek miktarda alımı düşünce akışında bozulmaya neden olarak da öğrencinin sınav performansını olumsuz yönde etkileyebilir (Smith, 2002).

Kafein tüketiminin uykuyu olumsuz etkilediği, genel uyku süresini azalttığı, uykuya dalma süresini geciktirdiği, uykunun normal gidişatında değişikliğe neden olduğu ve böylece uykunun kalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Uyku isteğini azaltması nedeniyle özellikle genç nesil okul veya proje, iş dönemlerinde yüksek miktarda kafein tüketmektedir (Fernandez-Mendoza ve ark., 2009).

Kafeinin vücut üzerindeki etkilerinden olan kalp atışında artış, yüksek adrenalin hormonu ve yüksek hassasiyet gibi uyarıcı etkileri bazı bireylerde şiddetli anksiyeteye yol açabilmektedir. Huzursuzluk, sinirlilik, tedirginlik, endişe gibi etkileri içerisinde barındıran bu durum bireylerin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Kafeinin fazla tüketimi, yol açtığı olumsuz etkilerin yanı sıra bireyde daha fazla adrenalin hormonu salgılanmasına da neden olmaktadır. Bu durum kafeinin keyif verici etkileri arasındadır ve bu nedenden dolayı daha çok tüketilmesiyle bağımlılık yapabileceği düşünülmektedir (Goldstein ve ark., 1969).

Bu kapsamda çalışmanın temelinde iki amaç yatmaktadır. Bu amaçlardan birincisi, 18 – 26 yaş arası üniversite öğrencilerinde kafein tüketim miktarlarının sıklığını araştırmaktır. İkincisi ise kafein tüketim miktarlarının uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri gibi komorbid psikiyatrik durumlar ile olan ilişkisini incelemektir.

1.1.1. Araştırma Soruları

1. Yetişkin bireylerde kafein tüketim miktarının artmasının kaygı düzeyinin yükselmesi üzerine bir etkisi var mıdır?
2. Kafein tüketim miktarının artması ile yetişkin bireylerde uyku kalitesinin bozulması arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Aşırı kafein tüketiminin uyku kalitesini bozması ile dikkati olumsuz yönde etkileyebilmesi, dikkat eksikliği belirtilerinin ortaya çıkması arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Uzun süre düzenli olarak kafein kullanımı, yapılmış çalışmalara göre alışkanlığa neden olabilmektedir (Harland, 2000). Devamlı bir biçimde alınan kafeinin bırakılması durumunda, istenmeyen birçok belirti meydana çıkabilmektedir. Baş ağrısı, alınganlık, uyuşukluk hissi, uykusuzluk, anksiyete, kendini huzursuz ve tedirgin hissetme, konsantrasyon eksikliği, dikkatin bozulması, depresyon ve sinirlilik en sık gözlenen yoksunluk belirtileri olmaktadır. Kafein tüketiminin dereceli bir şekilde azaltılması ile bu tarz semptomların olumsuz etkileri ortadan kaldırılabilir. Aynı zamanda bu tarz semptomlar, genellikle kısa süre devam etmektedir ve metabolizma, kullanım sıklığı, tüketim miktarı ve birçok

etkenlerle ilişkili olarak kişisel farklılıklar göstermektedir (Marcason, 2008).

Literatür incelendiğinde, kafein tüketiminin dikkat eksikliği belirtileri, uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisini incelemek adına yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda araştırmanın literatürdeki bir eksiği kapatacağı, diğer araştırmalara kaynak oluşturacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda öğrencilerde yapılacak ileriki araştırmalarda kafeinin aşırı tüketiminin oluşturabileceği risk faktörlerinin bütüncül şekilde incelenmesinde farkındalık yaratacağı için önemlidir.



BÖLÜM 2 – GENEL BİLGİLER

2.1 KAFEİN NEDİR?

Kafein, kimyasal adı “1, 3, 7- trimetilksantin”dir ve Dünyada en çok tüketilen psikoaktif maddelerden (algıda ve ruh halinde geçici değişikliklere neden olan kimyasal maddeler) birisidir (Lecos, 1988). Hızlı bir şekilde kullanım alanları genişlemekte olan kafein kakao ağacının ve kahve bitkisinin tohumlarında, çay yapraklarında bulunmaktadır (Toubro ve ark., 1993). Kafeinin günlük alımı genellikle kahve, çay, kola, enerji içecekleri, çikolata tüketimi ile oluşmaktadır. Kafein tüketiminin yaygın kullanımı kahve ile gerçekleşmekte ve bir porsiyon kahvenin kafein içerme oranı ortalama 100 mg bilinmektedir (Burke, 2008).

Kafein kullanımının uyanıklılık sağlaması, yorgunluğu azaltması, dikkat gerektiren işlerde performans artışına neden olması birçok insan tarafından bilinmektedir. Düzenli kullanmayan insanlarda hafif bir diüretik (idrar hacminin artması) ve kan basıncını artırıcı etkiye sahip olsa da, düzenli kullanıcılarda bu etkilere karşı tolerans gelişmektedir. Kafeinin uyku üzerine olan etkisi kişisel farklılık göstermektedir. Gecenin ilerleyen saatlerinde alındığında uykunun süre ve kalitesini bozabilmektedir. Kafeinin toksik etkileri hem alınan kafein miktarının artarak günlük 1000 mg'dan fazla olması durumunda, hem de metabolizmasının azalması nedeniyle gelişebilmektedir (Hancı ve ark., 2013).

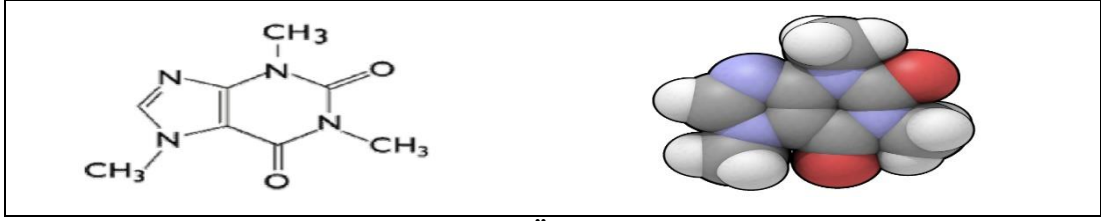
2.1.1. Kafeinin Fiziksel ve Kimyasal Özellikleri

Tablo1’de kafeinin ayrıntılı bir şekilde fiziksel ve kimyasal özellikleri yer almaktadır. Tabloda, kafeinin diğer birçok kimyasal maddeye göre suda çözünürlüğünün yüksek olduğu belirtilmektedir (Duman, 2006).

Diğer adı	1,3,7-trimetil-1H-pürin-2,6
Moleküler formülü	C ₈ H ₁₀ N ₄ O ₂
Moleküler ağırlığı	194,19 g/mol
Yoğunluk	1,23 g/cm ³
Kaynama noktası	178 °C
Çözünürlük	2,17 g/100 ml (25°C)

Tablo 1: Kafeinin Fiziksel ve Kimyasal Özellikleri (Duman, 2006).

Şekil 1’de kafeinin kimyasal ve üç boyutlu moleküler yapısı verilmiştir.



Şekil 1:Kafeinin Kimyasal Yapısı ve Üç Boyutlu Moleküler Yapısı (Çoban vd., 2018).

Kafeinin dikkat edilmesi gerekli diğer özelliklerinden birisi de, kafeinin içeriği ile bahsedilen içeceklerin rengi arasında herhangi bir bağlantının olmamasıdır. Örneğin, yeşil çay en fazla oranda kafein içeren çaylar sırasındayken, kahve çekirdeği kavruldukça içerdiği kafein oranında azalma görülmektedir (Akan, 2011).

2.1.2. Kafein Tüketimi

Toplumun çok geniş kesimi tarafından çocukluktan yaşlılığa kadar yaygın bir şekilde ve düzenli olarak tüketilmektedir. Bireylerde hem fiziki, hem de mental durum üzerinde yarattığı etkilerden dolayı kafeine yoğun bir ilgi bulunmaktadır (Hancı ve ark., 2013). Toplumsal olarak günlük hayatta yaygın bir şekilde kahve veya çay, kola veya enerji içecekleri, çikolata gibi yiyecekler, aynı zamanda reçetesiz satılan ağrı kesiciler, diyet ilaçları ve antihistaminik ilaçlarla kafein tüketimi yapılmaktadır. Yapılan araştırmaların sonucuna göre, insanlar gün içerisinde ortalama 300 mg’dan fazla kafein tüketmektedir (Barone ve Roberts, 1996).

ABD’de erişkinlerin ve adölesanların %75’i devamlı bir şekilde her gün kafein tüketmektedir. Tüketilen kafeinin kaynakları kültürler arasında büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ortalama kafein tüketim miktarı günde 50 mg’dan daha azdır, oysa bu miktar İsveç, İngiltere ve diğer Avrupa ülkelerinde günde 400 mg olarak belirtilmiştir. Araştırmalara göre kafein

alımının 20'li yaşlarda başlayarak artması, 65 yaşından sonra sıklıkla azalması görülmektedir. Tüketim miktarlarının erkeklerde kadınlara oranda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Khorshid ve Sarı, 2013).

Çocukların gün içerisinde tüketileceği kafein miktarı ise, 35 – 40 mg'ı geçmemelidir. Yetişkin veya çocukların aşırı miktarda kafein alımı ciddi zarar ve hatta ölüme sonuçlanabilmektedir. Yetişkin bir bireyin gün içerisinde alacağı aşırı doz 5-10 gram olarak belirlenmiştir. Bu miktar 57 fincan hazır kahve ve 161 çay bardağı çaya karşılık gelmektedir. Çocukların bir günde alacağı aşırı kafein miktarı ise, 1 gramdan daha az olarak belirtilmiştir. Bu ölçüm de 22 tane kutu kolaya eşit olmaktadır (Oflluoğlu, 2007).

Kafein alımı ve vücut ağırlığının yaş ile arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlara göre yetişkinlerde yaklaşık 1,3 mg/kg, 12 – 17 yaş arası bireylerde 0,55 mg/kg, 2 – 11 yaş arası çocuklarda ise 0,4 mg/kg kafein tüketimi olduğu saptanmıştır (Frery ve ark., 2005). Bundan dolayı çocukların kafein alımı erişkinlerin kafein tüketim yoğunluğunun yaklaşık olarak yarısı kadardır. Bunlar çok önemli istatistiklerdir. Kafein tüketiminin sağlık üzerindeki etkileri bireysel olarak kişiden kişiye farklılık göstererek, büyük etkiler olarak ortaya çıkabilmektedir. Bireylerin günlük kafein tüketim miktarlarını doğru bir şekilde araştırmak kafeinli yiyecek ve içeceklerin farklı türde malzemeler içermesi nedeniyle zor olmaktadır.

2.1.3. Kafeinin Metabolizması

Kafeinin vücuda alınımından sonra, %99 oranda miktarı hızlı bir şekilde mide bağırsak kanalından (gastrointestinal sistem) emilmektedir. Alınan dozla ilişkili olarak 30-120 dakika sonra kan plazmasında en yüksek seviyesine erişmektedir. Hidrofobik özelliği nedeniyle kafein, vücutta bütün biyolojik zarlardan geçerek hürelere ulaşabilmektedir (Boyd ve ark., 2003).

Kafein miktarının yarılanma ömrü, yani alınan dozun yarısının vücuttan

atımı ortalama olarak 5-6 saat sürmektedir (Kendrick ve Day, 2007; Bolinano ve ark., 2007; Roehrs ve Roth, 2008). Bu sürenin, ergenlik yaşlarında kafeinin daha hızlı metabolize edilmesinden dolayı daha kısa, yani 2.5-4.5 saat sürdüğü, neonatal (yenidoğan) dönemde ise karaciğerin metabolik aktivitesinin yavaş olmasından dolayı daha uzun, yani 23 saat olduğu bilinmektedir (Neglih, 1999; Donovan ve Devane, 2001). Kafein miktarının yarılanma ömrü, hamilelikte daha yüksek olup 9-11 saat olarak belirlenmiştir, çünkü plasenta ve fetüs tarafından kafeinin metabolize edilemediği gösterilmiştir (Aldridge, 1981). Oral kontraseptiflerin (doğum kontrol hapları) ise kafein miktarının yarılanma ömrünü 5 saat daha arttırarak, iki katına çıkardığı bilinmektedir (Dikici ve ark., 2012). Alınan kafein miktarının sadece % 10 oranının metabolize olmadan vücuttan atılımı sağlanmaktadır (Donovan ve Devane, 2001). Kafein metabolizması sonucunda; % 80 oranında paraksantin, % 15 oranında teobromin ve % 4 oranında teofilin gibi metabolitler ortaya çıkmaktadır (Kendrick ve Day, 2007; Fulgoni, 2015).

2.1.4. Kafein Yoksunluğu

İnsanlarda kafein yoksunluğunu tanımlayan birçok olguya rastlanmıştır. Özellikle daha sıklıkla belirtilen semptomların arasında baş ağrısı bilinmektedir. Buna ek olarak uyuşukluk hissi, çalışma motivasyonunda bozulma, yorgunluk hissi, özgüven düşüklüğü ve kendini sağlıklı hissetme duygusunda azalma, enerji düşüklüğü, bütün bunlarla beraber çabuk ve sık öfkelenme, sıcak veya soğuk basmaları, sinirlilik, bulantı, kaslarda ağrılar veya sertlik hissetme gibi negatif birçok belirti ortaya çıkmaktadır. Bu etkilerkafeinin alınan dozu, kullanım sıklığı ve kişinin bireysel özelliklerine bağlantılı bir şekilde farklılık göstermektedir (McKim, 2000; Uzbay, 2015).

Kafeinin 6-14 gün süreyle, aşırı dozda - günlük 600 mg miktarında tüketilmesi fiziksel olarak bağımlılık gelişmesi için yeterli bir süredir. Bağımlılık gelişen bireylerde tüketime ara verildiği zaman 12-24 saat içerisinde belirgin yoksunluk belirtileri meydana çıkmaya başlamaktadır. Semptomlar 20-48 saat içerisinde en şiddetli seviyesine ulaşmaktadır. Yoksunluk belirtileri iki haftaya kadar devam edebilir (McKim, 2000; Uzbay, 2015).

2.1.5. Kafeinin Toksik Etkisi

Kafeinin günlük normal 60-300 mg doz aralığında kullanımının kişide uyanıklık hali, enerji artışı ve kolay konsantre olma gibi pozitif etkiler yaptığı bilinmektedir. Bununla birlikte, 4-6 hafta süre boyunca aşırı miktarda, yani 300-800 mg ve üzeri kafein tüketimi halinde, kişide uyku bozuklukları, konsantrasyon problemi, (nörotransmitter yıkımına neden olarak) öğrenme yeteneğinin azalması, sinirlilik, panik atak ve aşırı kaygı durumları saptanmaktadır (Pennay ve Lubman, 2012). Ayrıca çok yüksek miktarda kafein tüketimi sonucunda istemsiz kas kasmaları da görülebilmektedir. Aşırı dozlarda kafein kullanımı olan kişilerde diş hastalıkları, osteoporoz, böbrek ve bağırsak ile ilişkili rahatsızlıklar, kemik mineralizasyon problemi, demir eksikliği anemisi oluştuğuna dair geçerli sonuçlar bulunmaktadır (Benowitz ve ark., 2003).

2.1.6. İçinde Kafein Bulunan Yiyecek ve İçecekler

Kafein miktarları, farklı gıda çeşitleri arasında değişebilmektedir. Kafein doğal olarak özellikle kahve, çay ve çikolatada bulunmaktadır. Kahve, çaya nazaran %50-70 daha yüksek oranda kafein içermektedir (Deniz ve ark., 2015). Aynı zamanda kola ve bazı gazlı içecekler de kafein içermektedir. Ayrıca farklı durumlarda kullanılmak amacıyla tablet veya toz şeklinde de reçetesiz olarak satılmaktadır. Çikolata ve diğer kakao içeren yiyecekler, atıştırmalıklar ve tatlılar az miktarda kafein içermektedir.

Kafein kana, ilk olarak mideden karışmaktadır. Vücuttaki tesirleri yaklaşık 15 dakika sonra görülmektedir. Alınan kafein dozunun vücuttan tamamen atılması uzun saatler sürmekle beraber, bu miktarın yarılanma ömrü yaklaşık 6 saattir. Bu durum, kafeinin vücuttaki etkililik müddetini daha uzatmakta ve ayrıca tesir alanını genişletmektedir (Deniz ve ark., 2015).

Günümüzde, Amerikan vatandaşlarının %50'si, gün içerisinde değişik yollarla 300 ml'den fazla kafein tüketmeyi hayatlarının vazgeçilmez bir parçası

haline getirmişlerdir (Meletis ve Chris, 2006). Kafein içeren yiyecek ve içecek maddelerinin çevremizde fazla yaygın ve hazır bir biçimde bulunabilmesi, kafeinin yaşamımızda ne derecede önemli olduğunu daha bir kez ortaya çıkarmaktadır. Tablo 2’de birçok yiyecek ve içeceklerin, ilaçların içerdiği kafein miktarları belirtilmiştir.

İçecekler	Miktar	Kafein (mg)
Kahve – Damıtma	150 ml	130
Kahve – Kristal (instant)	150 ml	60
Kahve – Filtre	150 ml	112
Kahve – Espresso	30 ml	40
Starbucks Latte	480 ml	150
Nescafe Gold	225 ml	52
Nescafe Klasik	225 ml	72
Nescafe üçü birarada	225 ml	70
Siyah çay (5 dk. demlenmiş)	150 ml	40-80
Yeşil çay	150 ml	30-50
Soğuk çay (ice tea)	360 ml	9-50
Sıcak çikolata	150 ml	1-8
Çikolatalı süt	225 ml	2-7
Diyet koka kola	330 ml	55-60
Pepsi kola	330 ml	50-55
Diyet pepsi kola	330 ml	50-55
Pepsi Max	330 ml	65
Sprite	330 ml	0
Red bull	250 ml	80
Burn	250 ml	35
Yiyecekler		
Kahveli dondurma	1 kase (200ml)	40-60
Çikolatalı dondurma	50 g	2-5
Sütlü çikolata	50g	1-15
Bitter çikolata	1 bar (40 g)	30
Çikolatalı gofret	1 bar (45 g)	5
İlaçlar		
Ağrı kesiciler	2 tablet	65-130
Bazı uyarıcılar	1 tablet	100-200
Zayıflama hapları	2-3 tablet	80-200

Tablo 2: Bazı İçecek, Yiyecek ve İlaçların Kafein Miktarları (Garipağaoğlu ve Kuyrukçu, 2009).

2.1.7. Kafeinin Uyarıcı Etkisi (Sinir Sistemine Etkisi)

Kafein, sinir sistemini uyaran bir kimyasal maddedir. Merkezi sinir sisteminde, lokomotor aktiviteyi artırması sonucunda bireyi daha uyanık, konsantre ve dikkatli duruma getirdiği gözlemlenmiştir. Aynı zamanda, kafeinin yapay türevlerinin lokomotor aktivite üzerine yatıştırıcı etkisinin olduğu da belirtilmiştir. Alınan kafein dozu beyinde dopamin düzeyini yükseltmekte ve katekolamin alıcılarının duyarlılığını arttırmaktadır. Bu sebepten de kafein sinir sistemini uyaran bir madde olarak kabul edilmektedir. Kafein kullanımının sinir sistemi üzerine görülen uyarıcı etkisi, bireyden bireye vücut fonksiyonlarına göre değişiklik göstermektedir. Araştırmalara göre bazı bireyler, gün içerisinde 150 – 200 mg kafein tükettikleri zaman rahat uyuyamadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, doz aşımı durumunda laksatif (ishal) ve diüretik (idrar hacminin artması) etkisi artarken, bunun yanı sıra uykusuzluk ve sinirlilik hali yaratmaktadır (Martin ve ark., 1986).

2.1.8. Kafeinin Tüketiminin Dikkat Üzerindeki Etkisi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisinde farmakolojik yöntem, metilfenidat ve amfetamin türevleri gibi psikostimulanların kullanılmasıdır (Biederman ve Faraone, 2005). Kafein de psikostimulan etkiye sahip bir madde olduğu için DEHB olan kişilerde terapötik bir role sahip olabilmektedir. Ancak, DEHB hariç psikiyatrik rahatsızlıklardan olan psikotik, bipolar ve anksiyete bozukluğunda ise belirtileri olumlu değil de olumsuz yönde etkilemektedir (Nigg ve ark., 2002).

Kafein sıklıkla yorgunluk durumlarında dikkati sürdürme becerisini artırmak amacıyla düşük uyarılma etkisinden faydalanılmak için kullanılmaktadır. Kafeinin, uykusuzluk, yorgunluk, gece mesailerini veya sedatif ilaçlarla (sakinleştirici, kaygı ve sıkıntı hissini azaltan ilaçlar) oluşan uyarılmanın azalması durumlarındaki performans bozukluklarını hafiflettiği araştırmalarda sıklıkla gösterilmiştir (Rogers ve ark., 2005). Ayrıca, kafein soğuk algınlığıyla ilişkili performans bozukluğu ve olumsuz duygudurumu ortadan kaldırabilmekte; insanlarda skopolamin ilacı

(antikolinergik bir alkaloid) tarafından oluşan hafıza bozukluğunu da hafifletmektedir (Smith ve ark., 1994).

Christopher ve arkadaşları (2005) çekilme belirtileri olmayan düzenli kafein kullanıcılarında, kafeinin uyarılmayı arttırdığını; görsel, bilişsel ve sözel reaksiyon sürelerini azalttığını bildirmiştir (Christopher ve ark., 2005). Ayrıca düşük doz kullanan, bağımlı olmayan kafein kullanıcıları uyanıklık düzeylerini 150 mg kafein ile arttırabilmektedir (Childs ve Wit, 2006). Smith (2009) 40 mg kafein içeren sakızın özellikle dikkat gerektiren görevlerde daha iyi bir performansa yol açtığını ortaya çıkarmıştır (Smith, 2009).

Kafein uyarılma sürecinde de rol oynamaktadır. Streufert ve ark. (1997) kafeinin yeni uyarıcıların işleme hızını yükselttiğini göstermiştir (Streufert ve ark., 1997). Lorist ve Snel (1997) bir işlem sırasında kafeinle daha iyi hedef tespiti ve olaya yanıt hazırlığı yapıldığını göstermiştir (Lorist ve Snel, 1997). Buna karşılık Ruijter ve ark. (2000) işlenen bilgi miktarının kafein alımından sonra daha büyük olduğunu bildirmiştir (Ruijter ve ark., 2000).

Tüm bu nedenlerle, gözlemsel ve deneysel çalışmalara dayanarak, kafeinin DEHB için rakip bir tedavi yöntemi olabileceği düşünülmektedir. Kafeinin DEHB tedavisindeki etkililiği kanıtlanırsa, diğer yöntemlere alternatif bir tedavi seçeneği olarak kazanılmış olabilir ve kullanım dozu kontrol altına alınarak tedavilerde kullanılabilir.

2.1.9. Kafein Tüketiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi

Anksiyete endişe, telaş, huzursuzluk, gereksiz dehşet, ajitasyon gibi belirtiler içeren, tüm Dünyadaki en yaygın psikolojik bozukluklardan biridir. Bazı durumlarda gerginlik, terleme, titreme ve nabzın artması, hızlı nefes alma gibi semptomlarla tekrarlayan panik ataklara neden olmaktadır. Genellikle, araştırmacılar kafeini anksiyojenik (anksiyete yaratan) madde olarak kabul etmektedir. Fakat bu etkinin farmakolojik temeli belirsizdir. Kafeinin uykuyu açma ve vücudu canlandırma mekanizması beyindeki adenosin reseptörleri üzerinden

oluşmaktadır (Mazzotti ve Diego, 2011; Chen ve ark., 2013). Aynı zamanda adenozin kendi reseptörlerine bağlandığında vücutta depresyon, yorgunluk, uyuşukluk haline neden olmaktadır. Bu nedenle kafein bu reseptörlere bağlandığında adenozinin etkileri, uyuşukluk hissinin oluşması engellenir ve nöronal aktivite artırılır (Dunwiddie ve ark., 2001).

Başka bir yaklaşıma göre, kafein noradrenerjik sistemi etkilemekte ve sonuç olarak adrenal salımının artmasına neden olmaktadır (Greer ve ark., 1998). Adrenalin hormonu böbreküstü bezlerinde heyecan, korku veya strese tepki olarak salgılanmakta, daha hızlı kalp atışı, hızlı ve derin nefes alımı gibi belirtilerle ortaya çıkarmakta ve aynı zamanda anksiyeteye neden olabilmektedir. Bazı araştırmacılar daha fazla adrenal salınması nedeniyle duygusal sıkıntı ile kafein alımının bağlantılı olduğunu iddia etmektedir. Kafein net bir şekilde kaygıya neden olmasa bile, kaygı durumunu daha şiddetlendirebileceği öne sürülmektedir (Graham ve ark., 2000).

2.1.10. Kafein Tüketimiyle Uykusuzluk Düzeyi Arasındaki İlişki

Kafeinin 200-400 mg arasında değişen dozlarda kullanımının etkili olduğu bildirilmiştir. Sıklıkla günlük işlevlerde gerekli performansı sürdürmek için uyku yoksunluğu, sedasyon ve uyku kısıtlanması gibi durumlarda faydalanılmak için kullanılmaktadır (Kamimori ve ark., 2005). Demlenmiş kahvenin piyasadaki mevcut porsiyonlarında 500 mg'a kadar kafein bulunabilmektedir (McCusker ve ark., 2003).

Önemli bir nokta, kafein alımının yan etkileri kardiyovasküler sistemle sınırlı değildir, aynı zamanda özellikle günün ilerleyen saatlerinde veya yüksek dozlarda kullanıldığında ciddi uyku bozucu etkiler yaratmaktadır (Nordt ve ark., 2012). Kafeinli enerji içeceklerin tüketiminin gittikçe yaygınlaşması ve premium (yüksek kaliteli) kahvenin yüksek oranda kafein içermesi göz önüne alındığında, öğleden sonra ve akşam saatlerinde alınan yüksek dozda kafeinin uyku bozucu etkilerine dair bilgiler önem taşımaktadır (Reissig ve ark., 2009).

Genç yaş gruplarında kafein kullanımının artmasıyla kronik uyku bozukluklarının yaygınlaşması nedeniyle bu tür araştırmalar kritik öneme sahiptir (Carskadon, 2011). Gerçekten de, son veriler gençlerin %37'sinin ilk kafein kullanımının gün içerisinde 17:00'daveya daha geç olduğunu göstermektedir (Bryant ve Wolfson, 2010). Yatmadan önce kafein kullanımının uyku bozucu etkileri net bir şekilde bildirilmiştir (Roehrs ve Roth, 2008). Doz belirleme çalışmaları yatma saatinde veya ona yakın saatlerde kafein tüketiminin önemli uyku bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Karacan ve ark., 1976).

Uyku hijyeni uygulamalarında en yaygın önerilerden biri, kafein alımının yatma saatine yakın olmasını önlemektir. Bununla birlikte, günün erken saatlerinde kafein tüketimine dair bulgular çok net değildir. Sağlıklı yetişkinlerde kafeinin miktarının yarılanma ömrünün (alınan miktarın yarısının vücuttan atımı) değişken sonuçları nedeniyle, yatmadan önce 4 ila 11 saat arasında kafein kullanımını sonlandırmak tavsiye edilmektedir. Yatmadan 30 dakika önce uygulanan 400 mg kafeinin uyku üzerine olan etkilerini inceleyen bir çalışmada, şiddetli uyku bozukluğunun yanı sıra artmış olan sempatik aktiviteye bağlı olarak uyku sırasında önemli kardiyovasküler etkiler olduğu gösterilmiştir (Bonnet ve ark., 2005).

Akşam saatlerinde alınan kafein oranını değerlendiren çalışmaların birinde, 200 mg'lık doz, yatmadan 3 saat önce 100 mg ve daha sonra yatmadan 1 saat önce de 100 mg olarak uygulanmıştır. Bu doz ve sürelerle kafein alımı sonucunda plaseboya göre uyku verimliliğinin %5 oranında azalması, 12-16 dakika süreli uyku gecikmesi ve toplam uyku süresininin 25-30 dakika azalması görülmüştür. Fakat bu çalışmada 2 dozun kombine etkisi araştırıldığı için, kafein doz uygulamasının zamanla karşılaştırmalı etkileri belirlenememiştir (Drapeau ve ark., 2006).

Başka bir çalışmada, yatmadan 16 saat önce 200 mg kafein dozu uygulanması sonucunda standart uyku parametreleri üzerinde minimum etki görülmüştür. Burada uyku zamanı kafeinin kanda düşük seviyede olması ve nispeten düşük doz kullanılmasına bağlı olarak karşılaştırma yapılmıştır (Landolt ve ark., 1995). Bununla birlikte, bu kadar küçük doz kullanılması ve yatmadan önce

uzun bir süre ile araya girilmesi durumunda bile, kafeinin etkileri uyku parametrelerinde tespit edilmiştir.

2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.2.1. DEHB Tanımı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; dikkat süresinin kısalığı, yaşa uygunsuz davranışlar, kaotik hareketlilik ve fevriyet durumu ile karakterize edilen, semptomların büyük bir kısmı yaşam boyu işlevsellik kaybına yol açan önemli bir çocukluk çağı nörogelişimsel bozukluğudur (APA, 2013).

DSM-IV-TR’de başlama yaşı yedi iken, DSM-V’de değiştirilerek on iki yaş olarak tanımlanmıştır. Nöropsikiyatrik bir bozukluk olan DEHB, erişkin ve çocukluk dönemlerinde sık görülmekte ve önemi giderek artmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu nedeni kesin olarak bilinmeyen bir heterojen bozukluktur ve geçmişe dayanan bir tanılama süreci bulunmaktadır. Bu bozukluğun ortaya çıkmasında organik ve sosyal nedenlerin olduğu düşünülmektedirken zamanla tanı birçok farklı kuramlar ile açıklanmaya başlanmıştır. Aynı zamanda, meydana çıkma nedenlerini açıklamak için birçok araştırmalar yapılmıştır. DEHB’nin nedenlerinin saptanması, hem bozukluğun önlenmesi, hem de tedavi süreci için büyük önem taşımaktadır (Semerci ve Turgay, 2014).

2.2.2. DEHB Tarihçesi

1846 yılında, bozukluğa ait belirgin bulgular Heinrich Hoffmann’a ait olan bir çocuk kitabında yer almış ve tanımlanmıştır (Thome ve Jacobs, 2014). George Still 1902 yılında, İngiltere’deki bir konuşması sırasında, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu fazla hareketli, odaklanamayan, öğrenme zorlukları ve davranış sorunları içeren belirtileri olan çocuklarda “ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği” olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda etiolojide çevresel etkenlerin rolü olsa da özellikle genetik nedenlere bağlı olabileceğini bildirmiş, dikkat eksikliği ve davranış sorunları olan bireylerin varlığına dikkat çekmiştir. 1934 yılında Kahn ve Cohen, hiperaktivite, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal değişiklikleri

“organik kökenli” olarak tanımlamışlardır. Bunun nedeni birinci dünya savaşı sonrasında meydana çıkan influenza ensefaliti salgını zamanında beyin iltihabı geçirmiş çocuklarda bu hastalıktan sonra, beyin sapında görülen hasarın yol açmış olabileceğini bildirmişler. Sonradan 1937 yılında amfetaminle uygulanan tedavinin hiperaktivite semptomlarında düzelmeye yol açtığını olduğunu farkederek Bradley, bozukluğu “minimal bir beyin hasarı sendromu” olarak tanımlamıştır. Gesell 1941 yılında, bunu özellikle kalıtsal garip davranışlar ve motor güçsüzlükle belirlenen bir sorun olarak tanımlamış ve aynı zamanda “Gelişimsel Çocuk Hastalıkları” kitabını yayınlamıştır (Öncü ve Şenol, 2002).

“Minimal beyin hasarı sendromu” olan çocukların semptomlarının hiperaktivite, daha hafif bir işlev bozukluğu olan öğrenme bozukluklarından serebral palsi ve mental retardasyon gibi ciddi rahatsızlıklara kadar büyük bir alanı olduğunu gösteren çalışma 1959 yılında Knobloch ve Pasamanick tarafından yapılmıştır (Öncü ve Şenol, 2002). 1968 yılında Harticollis, makalesinde ilk kez olarak DEHB’nin erişkin çağında devam ettiğini bildiren, erişkin ve ergenlik dönemindeki olguların psikiyatrik ve nörofizyolojik değerlendirme sonuçlarını yayınlamıştır. Bu olgularda nörofizyolojik olarak değerlendirme sonucu minimal bir beyin hasarının olduğu gösterilmektedir. Davranım belirtileri de Still’in tanımladığı (dürtüsellik, fazla hareketlilik, duygudurumda hızlı değişiklik ile saldırganlığa ve depresyona yatkınlık) çocuk olgularıyla uyumaktadır ve bireylerin birçoğunun söz konusu semptomları çocukluklarından beri sergiledikleri vurgulanmıştır. Psikoanalitik kurama dayanarak, Harticollis bu duruma, mükemmeliyetçilik beklentisindeki ebeveynlerin sınırlanmış biçimde yetiştirdiği, doğuştan gelme kognitif sorunlar görülen çocuklarda minimal bir beyin hasarı ortaya çıktığına dair açıklamalar getirmiştir (Barkley ve ark., 2008).

1971 yılında Mendelson ve 1967 yılında Menkes inceledikleri araştırmalarda bazı olgularda saptadıkları minimal bir beyin hasarı veya hiperaktivite semptomlarının erişkin çağında devam ettiğini göstermektedir. 1970 yılında incelenmiş iki farklı araştırmada Cantwell ve Morison hiperaktif erişkinlerin anne ve babalarında da ergenlik döneminde histeri, sosyopati ve alkolizm gibi problemleri ve hiperaktif olduklarını ortaya çıkaran çalışmalarını

yayınlanmışlardır (Barkley, Murphy ve Fischer, 2008). Yine 1970’li yıllarda hiperaktivite ile bağlantılı belirtileri detaylı bir şekilde araştıran Virginia Douglas klinik tabloyu açıklayarak dikkat ve motivasyonda eksiklikler, dürtüsellik, bireyin uyarılma seviyesinde sorunlar olmak üzere başlıca özellikler belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD-9 ve aynı zamanda Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-II sınıflandırma sistemlerinde bu rahatsızlığı “çocukluktaki hiperkinetik sendrom” şeklinde belirlenerek, bu tanı ile ilişkili güvenilir ve geçerli sınıflandırma araştırmaları yapılmıştır (Yüksel, 2006).

1980’de bu sendrom ‘Dikkat Eksikliği Bozukluğu’ olarak yeniden tanımlanmıştır. DSM-III’te bir çocukluk tanısı olarak tanımlanan Dikkat Eksikliği Bozukluğu “Hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği” ve “Hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği” olarak isimlendirilmiştir. DSM-III tanı ölçütlerinde düzenleme yapılarak bozukluğun esas semptomları “dikkat eksikliği”, “hiperaktivite” ve “dürtüsellik” olarak gösterilmiştir. Aynı zamanda DEHB olan çocukların %30 civarında semptomlarının erişkinlik döneminde de sürdürüldüğü bildirilmiştir. DSM-IV’te bu bozukluk yıkıcı davranım bozuklukları başlığı içeriğine alınmış ve ek olarak tanı ile ilişkili gerekli açıklamalar eklenmiştir. Bozukluk rastlanan çocuklarda engelleme düzeneklerinin geciktiğini açıklayan “ters ve gecikmiş engellenme” kavramı 1993 yılında ileri sürülmüştür (Yüksel, 2006). Son olarak, DSM-V’te dikkat süresinin kısalığı, yaşa uygunsuz davranışlar, kaotik hareketlilik durumu ile karakterize edilen, semptomların büyük bir kısmı yaşam boyu işlevsellik kaybına yol açan çocukluk döneminin önemli bir nörogelişimsel bozukluğu olarak belirtilmiştir (APA, 2013).

2.2.3. DEHB Epidemiyolojisi

Çocukluk döneminde oldukça sık görülen bir bozukluk olan DEHB’nin, çok önemli bir şekilde bireye özgü akademik alanlarda ve sosyal ilişkilerde bazı problemlere neden olduğu belirtilmiştir. Çocuk ve ergenlerde uygulanan araştırmalarda ergenlik ve erişkinlikte de devam eden bir bozukluk olduğu bildirilmiş, çocukluk döneminde başlayan DEHB’nin % 70-80 oranında ergenlik döneminde de sürdüğü ortaya konulmuştur (Biederman, 2005).

Benzer araştırmalar DEHB'li çocukların %5'i ile 66'sının erişkinlik dönemlerinde de DEHB ile mücadele ettiklerini belirtmektedir (Biederman ve ark., 1993). ABD'de 10000 kişide uygulanan epidemiyolojik bir araştırmada 18 yaş üzerinde yaygınlık oranı %4.4 olarak tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 2006). Farklı ülkelerde uygulanan yaygınlık çalışmalarının ortalamasının incelenmesi sonucunda erişkinlerde DEHB yaygınlığının %2-5 arasında değiştiği ve ortalama %3.4 oranında tespit edildiği belirtilmektedir (Fayyad ve ark., 2007). Farklı bir çok ülkelerde yapılan bu araştırmalar DEHB tanısının kültürel ve sosyal bir yapı olmasıyla beraber, evrensel bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir.

Genel toplum çalışmasında erişkinlerde DEHB yaygınlığı %1,0-6,6 arasında farklılık göstermektedir (Faraone ve Biederman, 2005; Yapıcıoğlu ve ark., 2011). Bu farklılıklarda kullanılan tanı yöntem ve araçlarının önemli bir rolü bulunmaktadır. Toplum çalışmasıyla kıyaslandığı zaman cezaevlerinde DEHB yaygınlığına daha fazla oranda saptanmıştır. Mahkumlar arasında DEHB'na genel topluma göre daha yaygın olarak rastlandığı belirtilmiştir (Eyestone ve Howell, 1994). Ginsberg ve arkadaşları DEHB ile suç işleme arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve uzun süre ceza almış mahkumların %40 oranında DEHB olduğunu belirlemişlerdir. Aynı zamanda cezaevinde olmayan DEHB'lilerin hem çocukluk, hem de erişkinlik çağlarında daha fazla DEHB belirtisi gösterdiklerini bildirmişler (Ginsberg ve ark., 2010). İşyeri raporları üzerinde yapılmış araştırmalarda da tedavi edilmemiş DEHB'lilerde daha fazla oranda yaralanma ve iş kazası olduğu saptanmıştır (Barkley ve Brown, 2008).

DEHB ile ilgili yaygınlık araştırmalarının çoğunlukla Kuzey Amerika'da uygulanması nedeniyle bazı bilim insanlarına göre bu bozukluğun bir Amerikan hastalığı olduğu fikri öne sürülmüştür. Ancak Amerika dışında yapılan çalışmalar bu bozukluğun bir Amerikan kultur fenomeni olmadığını, başka bogelerde de yaygın olduğunu ortaya çıkarmıştır. Faraone ve arkadaşları (2003) 1982 - 2001 yılları arasındaki DEHB yaygınlık çalışmasını incelemiş oldukları araştırmalarında Amerikan toplumunda 20, Amerika'nın dışında ise yapılmış olan 30, toplam 50 çalışma incelenmişler. Sonuç olarak DEHB'nin Amerika dışında aynı zamanda birçok bogede de Amerika kadar yaygın olduğunu belirtmişlerdir (Faraone ve ark.,

2003).

Yapılan araştırmalarda toplumda erişkin dönem DEHB oranları arasında değişkenlik görülmektedir. Bunun nedeninin DEHB'nin coğrafik ve ırksal değişkenlerden çok kullanılan tanı yöntemlerinin farklılığından kaynaklandığı belirtilmektedir. Erişkin dönem DEHB oranları incelendiği zaman ülkeler arasında önemli bir fark gözlemlenmemiştir. Aynı zamanda değerlendirmede kullanılan ölçütler sonuçlarda bazı farklılıklara neden olabilmektedir (Pelham et al., 2007). DEHB semptomları ve oranları yaş dönemleriyle birlikte bir miktar azalma göstermektedir. DEHB dünya genelinde %5,3 oranında ocuk ve ergen nüfusunu etkilerken, %4,4 oranında yetişkin nüfusunun bu bozukluğun kriterleri karşıladığı gösterilmiştir. Çocukluk ağında klinik çalışmalarda kız/erkek oranı 1/10 civarında belirlense de, toplum temelli araştırmalarda 1/3 gibi bir oran ortaya çıkmaktadır (Gaub ve Carlson, 1997). Erişkin dönem çalışmasında yapılan incelemelerde ise kadın/erkek oranının birbirine yakın olduğu sonucuna varılmıştır (Eyestone ve Howell, 1994).

DEHB olguları psikiyatri poliklinik başvurularında kadınlarda, cezaevinde ise erkeklerde daha çok sıklıkla görülmektedir. Yine toplum incelemesiyle karşılaştırıldığı zaman cezaevlerinde ve psikiyatri polikliniklerinde DEHB oranı daha yüksek görülmektedir (Almeida ve ark., 2007).

2.2.4. Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma

DEHB semptomları genellikle dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi semptomlar ile kendini gösteren süreğen bir hastalıktır. Bu bozukluk ocuk ve ergenlerin okul performanslarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Çoğunlukla ilkokul döneminde bu sebeplerden dolayı doktora başvuru yapılmaktadır. Ergenlik dönemindeyken bireylerde fazla hareketlilik yerine huzursuzluk hissi, ehliyetsiz araba kullanma gibi risk içeren davranışlar görülmektedir. Daha ileri yaş dönemlerinde ve erişkinlerde ise dikkatin eksik olması, planlarını tamamlamada zorluklar, bir etkinliği bitirmeden bir diğerine

geçme isteği ve değişken duygudurum gibi semptomlar görülmektedir (Spetic ve Arnold, 2007).

DEHB klinik bir tanı olmakla beraber, bu tanıyı netleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar veya özgün bir tanı testi bulunmamaktadır. Klinisyenlerin kullanmış olduğu tanı araçları: aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözleme, fizyolojik ve nörolojik inceleme, davranışın değerlendirilmesi ölçekleri ve bilişsel testlerdir. DEHB semptomları çocuğun yorgun ve uykusuz olması, uğraşmış olduğu etkinliğe karşı isteği, bu etkinliğin sonucunun önemli ya da önemsiz olması, görev sırasında denetimi, tek veya grup içinde eğitim verilmesi gibi birçok durumdan etkilenebilmektedir ve aynı zamanda okul ya da tatil dönemlerinde ve gün içerisinde bile değişiklik gösterebilmektedir (Şenol, 2008).

DSM-V'de bozukluğun üç alt tipi belirlenmiştir (APA, 2013).

1. Hiperaktivitenin ön planda geldiği tip;
2. Dikkat eksikliğinin ön planda geldiği tip;
3. Birleşik tip.

2.2.5. DEHB Etiyolojisi

Birçok psikiyatrik bozukluk veya hastalıkta olduğu gibi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda da etiyoloji kesin bir şekilde ortaya çıkmamaktadır ve sık görülmesine karşın heterojen bir bozukluktur (Öner ve Aysev, 2003). DEHB, genetik özellikler ve çevresel biyolojik faktörlerin etkileşimi sonucunda beyinde nörobiyolojik bozukluklara yol açan bir hastalıktır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkmasında %80-90 oranında genetiğin rolü olduğu bildirilmiştir (Ercan, 2015).

Prefrontostriatal bölge, beynin en üst düzey yönetimsel bölgesidir ve beynin frontal bölgesinin ön lobunun ön kısmı, bazal çekirdekler ve beyinciği kapsayan sistemden oluşmaktadır. Başlamak, baskılamak, devam ettirmek, organize etmek, öncelik belirleyebilmek ve strateji kullanmak gibi “yürütücü işlevler” olarak adlandırılan beceriler bu bölge tarafından yönetilmektedir. Dikkat Eksikliği ve

Hiperaktivite Bozukluğu olan kişilerde prefrontostriatal bölgede problem olduğunda bu bölge tarafından yönetilen bir göreve başlamak, devam ettirmek, organize etmek, öncelik belirleyebilmek ve strateji kullanmak gibi yürütücü işlevlerde bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar bazen dikkat eksikliği, bazen hiperaktivite-dürtüsellik, bazen de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bileşik tip olarak kendini göstermektedir (Ercan, 2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri ilerleyen yaş ile beraber dönemsel olarak değişmektedir. Kişi tedavi olsa da olmasa da hiperaktivite belirtisi zamanla azalmaktadır. Fakat dikkat eksikliği belirtisinde belirgin bir şekilde gerileme gözlemlenmemektedir (Öner ve Aysev, 2003).

Diğer birçok psikiyatrik bozukluklarda görüldüğü gibi biyo-psiko-sosyo-kültürel nedenlerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun ortaya çıkmasında rolü olduğu düşünölmektedir. Genetik etkenleri incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda, DEHB tanısı alan bireylerin akrabalarında DEHB ortaya çıkma riski %10-35 oranlarında farklılık göstermektedir. DEHB tanısı alan bireylerin kardeşlerinde bozukluğun görülmesi %32 orandadır. DEHB tanısı olan anne veya babanın çocuklarında ise bu risk %57 oranlarında görölmektedir. Aynı zamanda DEHB'nin kalıtsal özelliği ikiz çalışmalarında da vurgulanmıştır. DEHB eş hastalanma tek yumurta ikizlerinde %50-85 oranında, çift yumurta ikizlerinde %30-40 oranlarında sonuçlar saptanmıştır (Kayaalp, 2008). Yapılmış beyin görüntöleme çalışmaları sonucunda, DEHB'li olguların beyin frontal bölgesinin normal hacimlerinden düşük olduğu ve DEHB'li olmayan kardeşlerinin de beyin frontal bölgesinin normal hacimlerinden düşük olduğu belirtilmiştir. DEHB olmayan kardeşlerin beynin ön bölgesinin daha az büyüklükte olması gibi aynı genetik özelliği taşıması ancak bu kişilerde hastalığın ortaya çıkmaması taşıyıcılık durumu olarak değerlendirilebilmektedir (Ercan, 2015). Nörogelişimsel etkenler incelendiği zaman ise, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite olgularında yapılmış çok sayıda beyin görüntöleme araştırmalarından ortaya çıkan en anlamlı sonuçlardan biri olarak beyinde frontal bölgede glikoz kullanım oranlarının düşük olması vurgulanmıştır. Bununla beraber nöroanatomik araştırmalarda sağlam bireylerden farklı olarak DEHB'li çocuklarda uygun anatomik beyin asimetrisinin saptanmadığı ortaya çıkarılmıştır (Kayaalp, 2008).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda beyin yapısını inceleyen önemli araştırmalardan bir diğeri ise; DEHB tanısı alan ve almayan erişkinlerde 10 yıl ara ile MR çekilmiş ve beyin yapıları karşılaştırılarak incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda ilk çekilmiş MR'larda DEHB tanılı erişkinlerin beyin hacimlerinin normalden %4 oranda daha küçük olduğu saptanmıştır ve 10 yıl sonraki MR çekimlerinde de bu durumun aynı şekilde devam ettiği belirtilmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan olguların beyin hacimlerinin normalden düşük olan kısımlarının, prefrontal bölge olarak adlandırılan özellikle beynin sağ ön bölgesi, beyincik (vermis bölümü), striatum olduğu bildirilmiştir (Ercan, 2015).

Çevresel etkenler olarak dikkate alınabilecek psikososyal etkilerin, DEHB gelişiminde, bu bozukluğun ortaya çıkmasını hızlandırıcı rolü olduğu düşünülmektedir. DEHB olgularında, anne ve baba arasında yaşanan ciddi sorunlar, dağılmış aile yapısı, bireyin ailenin tek ya da ilk çocuğun olması gibi psikososyal özellikler, aynı zamanda anne ve babada görülen psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığına sağlıklı olan kontrollere göre daha fazla rastlandığı belirtilmektedir. Annenin hamilelik öncesi veya hamilelik sırasında tıbbi ve duygusal sorunları olması, hamilelikte sigara ve alkol kullanım öyküsünün bulunması, doğum esnasında istenmeyen durumlar (komplikasyon) yaşanması ve bebeğin anne sütünü alabilme süresinin düşük olması DEHB ilerleme riskini arttırdığı düşünülmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

2.2.6. Tedavi Yaklaşımları

DEHB tedavisinde en sıklıkla kullanılan ilaçlar uyarıcılardır. Uyarıcıların etki mekanizması, dopamin, noradrenalin taşınmasının artırılması şeklindeydir. Katekolamin transferini artırma yolları: dopamin, noradrenalin geri alınımını engellemek, presinaptik dopamin, noradrenalin ve seratonin salınımını artırmak ve monoaminooksidaz enzimini inhibe etmek şeklindeydir. Uyarıcı ilaçlar etki etme süresine bağlı kısa ve uzun süre etkili olmak üzere ayrılmaktadır (Cyr ve Brown, 2000).

Uyarıcılar dışında, klinik araştırmalarda bupropion, atomoksetin,

moklobemid gibi ilaçların etkinliği belirtilmiştir. Bir alfa adrenerjik agonist olan klonidin ve guanfasinde etkili ilaçlardır. Bunların tamamı bilişsel semptomlar üzerinde daha az etkilidir, ancak eşlik eden semptomlar üzerinde daha çok etki sağlamaktadır (Weis, 2002).

DEHB tedavisinde İmipramin ve Desipramin olarak trisiklik antidepresanlarda kullanılmaktadır. Bu ajanlar DEHB'nin bilişsel semptomları üzerinde uyarıcılar kadar etkili olmamaktadır, fakat uyarıcılara cevapsız olan hastalarda ikinci seçenek olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda DEHB ile beraber anksiyete ve tik bozukluğu olan hastalarda olumlu etkileri görülmektedir (Pliszka, 2003).

DEHB'nin takip ve tedavisinde farmakolojik yaklaşım ve psikososyal yaklaşımı birleştiren çoklu yaklaşım modelleri en etkili yöntemler olarak belirtilmektedir. Psikososyal Yaklaşım: Aile Tedavisi, Davranış Yönetim Teknikleri, Okul Görüşmeleri, Risk Yönetimi, Bilişsel Davranışçı Tedavi, Sosyal Eğitim, Bireysel Psikoterapi ve Oyun Terapisi yaklaşımlarını kapsamaktadır (Kelly, 1992).

2.2.7. Gidiş ve Sonlanım

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, uzun süreli bir rahatsızlıktır ve yaşam boyu sürebilmesi sıklıkla karşılanan bir durumdur. Motor hiperaktivite belirtileri geç çocukluk veya erken ergenlik çağlarında genellikle ortadan kalkmaktadır. Orta şiddetli, ya da şiddetli rezidüel DEHB semptomları (huzursuzluk, yerinde duramama, kıpırdanma) çevresiyle uyum sağlayan olan bazı erişkinlerde bile devam edebilmektedir. DEHB'nin klinik gidişini takip etmek için, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve birçok Avrupa ülkesinde, DEHB olan çocukların durumlarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı ve 2, 4, 8 ve 12 yıl süre gibi belirli aralıklarla değerlendirildiği uzun süreli takip çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda, çocukluk dönemlerinde DEHB'i olanların %80'inin ergenlik çağlarında DEHB semptomlarını göstermeye devam ettikleri, aynı zamanda %30-65 oranındaki kısmının ise erişkinlik döneminde de DEHB semptomlarını

gösterdikleri belirtilmiştir (Tahiroğlu, 2003).

DEHB tanısı alan çocuklarda ileri yaşlarda farklı psikiyatrik rahatsızlıklar, kontrol grubuna göre çok daha yüksek oranda görülmektedir. Örneğin DEHB tanısı alan çocukların ortalama üçte bir bölümünde erişkinlikte, depresyon ve anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik özellikleri ve alkol-madde kullanımı görülebilmektedir (Canat, 1998).

2.3. UYKU

Uykunun derin doğası, din adamlarının, filozofların, şairlerin hep dikkatini çekmiştir. Aristoteles, Hipokrat, Freud, Pavlov gibi ünlü şahıslar uyku ve rüyanın fizyolojik ve psikolojik temelleri üzerinde araştırma ve açıklamalarda bulunmuştur. Uzun senelerce uyku hakkında, beyin aktivitesinin durması sonucu oluştuğu düşünülmüş, uykuya “ölümün kardeşi” denilmiştir (Dement, 2005; Aydın, 2007a).

2.3.1. Uykunun Tarihçesi

1923 yılında Alman Hans Berger’in beyindeki elektrik aktivitesini EEG ile kaydetmesi ve aynı zamanda uyku ve uyanıklık arasındaki ritmin açıkça gösterildiği çalışmalar sonucunda bu alana olan bilimsel ilgi daha da artmıştır. 1949 yılında Moruzzi ve Magoun retiküler formasyon temelli araştırmalarıyla uyku ve uyanıklığın beyin mekanizmalarını ortaya çıkarmışlardır. Ayrıca elektrookülografi (EOG) Aserinsky ve Kleitman tarafından geliştirilmiştir. Böylece uykudayken bireyin göz hareketlerinin izlenmesi sağlanmıştır. 1952 yılında 90-120 dakika aralıklarla meydana çıkan hızlı göz hareketleri (rapid eye movement-REM) diye adlandırılan dönemler tanımlanmıştır (Dement, 2005; Aydın, 2007a).

2.3.2. Uyku Tanımı ve Fizyolojisi

Uyku bireyin sesle veya başka uyarıcılarla uyandırılabilmesi bilinçsizlik durumu olarak bilinmektedir (Guyton, 2001). Uzun yıllar önceki düşüncelerin

aksine uykunun pasif bir dönem olmadığı, tam tersi aktif bir süreç olduğu belirtilmiştir. Hayat için gereken uykunun majör fonksiyonu net bir şekilde anlaşılmamıştır (Heraghty ve ark., 2008). Uyku sürecinin başlaması, aynı zaman içinde oluşan birtakım faaliyetlerin sonucunda var olmaktadır. Vücuttaki uyku merkezlerinin inhibitör tesirleri, uyku sürecini sağlayan nörotransmitterlerin toplanması, çevresel sinir sistemi ile Retiküler Aktivasyon Sistemi arasındaki olumlu geribildirim döngüsünün kısıtlanması sonucu uyanıklık halinden uykuya geçişte önemli rol oynamaktadır. Beyin sapında bulunan mezopontin çekirdekler ise uyku dönemindeki REM ve NREM döngüsünü düzenlemektedir. REM evresinde norepinefrin ve serotonin salgılanması en aşağı seviyeye düşmekte ve yalnızca asetilkolin salgılanması baskın olmaktadır. Uykunun NREM evresinde ise bütün bu nöromodülatörlerin daha düşük seviyede salındığı belirtilmektedir (Jones, 2005; Aydın, 2007b). Ayrıca, uykuya dalma sırasında vücut ısısı azalmakta, melatonin salınımı ise artmaktadır (Siegel, 1990).

2.3.3. Sağlıklı Uyku Dönemleri

Yapılan çalışmalarda uykunun, uyanıklıktan bağımsız bir şekilde santral sinir sisteminde meydana çıkan bazı değişimler ile oluşan, kendi içinde sınırları net bir biçimde belirlenen beş evreden oluştuğu sonucuna varılmıştır. Uyku evrelerinin biri REM, diğer dört evre ise NREM olarak belirtilmektedir. Toplam uykunun %75-80 oranını NREM uykusu oluşturmaktadır ve kendi içinde 1. 2. 3. ve 4. dönemlerinin olduğu bilinmektedir. Bir uyku siklusu REM ve NREM dönemlerinden oluşarak yaklaşık 90-120 dakika süre içermektedir. Sağlıklı kişilerde bir gece uykusu süresinde 4-6 siklus görülmektedir. Uykunun ilk olarak başlangıcından 90-120 dakika sonra ilk REM dönemi gerçekleşir. NREM uykusunun birinci dönemi uyanıklıktan uykuya geçiş olmakla beraber uykunun yaklaşık %3-5'ini içermektedir. Elektrokulografi (EOG)'de yavaş göz hareketleri gözlemlenmektedir. İkinci dönem uyku süresinin %45-60 oranında olmakla büyük bölümünü kapsamaktadır. Aynı zamanda EOG'de göz hareketleri aradan kalkmaktadır. Bu tarz değişimler uykunun derinleşmeye başlayacağını göstergeleri olmakla beraber sonraki süreçlerde 3. ve 4. dönem uyku başlamaktadır. Üçüncü ve dördüncü evreler

uykunun en derin dönemleridir, derin uyku, yavaş dalga ve delta uykusu gibi farklı şekillerde bilinmektedir (Steriade, 2005).

Yaş, uykunun yapısal özellikleriyle alakalı önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır. Embriyoda 28. ve 32. haftalar arasında düzenli bir şekilde uyku-uyanıklık döngüsü REM ve inaktif dönemler görülebilmektedir. Bundan sonra zamanla REM ve NREM uykusu daha iyi ayrılabilir. Sağlıklı doğan bir bebek günün 24 saatinin 16 saat süresini uyku ile geçirmektedir. Bebeklerin uyku dönemleri REM uyku evresi ile başlayarak ilerlemektedir, bununla beraber genel uyku müddetinin %50 oranını ise REM uyku evresi kapsamaktadır. Çocukluk evresi boyunca zamanla REM uykusu ve toplam uyku süresi azalmakta, delta uykusu oranı ise giderek daha da artmaktadır. Çocuklarda on yaşına kadar delta uykusunun oranında artış devam etmektedir. Elde edilen bu veriler uykunun gelişimsel rolü olduğu fikrini ortaya çıkarmıştır (Türkbay ve Söhmen, 2001; Aydın, 2008).

Ergenlik çağının başlamasıyla uykuda temel dalga formlarında değişmelerin olmadığı dikkat çekmektedir. Fakat yapılmış uyku araştırmaları ergenlikte toplam uyku süresinde azalma olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Aydın, 2008). Ortalama uyku dönemi 6 aylık bir çocukta 14 saat olduğu halde, bu süre giderek azalarak 16 yaşında 8 saat olmaktadır (Iglowstein ve Oskar, 2003).

2.3.4. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları genel popülasyonda oldukça yaygın bir şekilde görülen ve önemli morbiditeye neden olabilen bir durumdur. Bir araştırmada nüfusun %30 oranında ayda birkaç gece uyku sorunlarının yaşadığı bildirilmiştir (Thorpy, 2004). Uyku bozuklukları daha önceden var olan tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıkları zorlaştırmakta, depresyon ve anksiyete semptomlarının meydana çıkmasına, gündüz işlevselliğinin aksamasına neden olmaktadır (Lockley ve ark., 2007). Aynı zamanda mesleki performansta bozulma, kazalar, kardiyovasküler, endokrin ve psikosomatik bozukluklara neden olabilmektedir (Copinschi, 2005).

2.3.5. Uyku Bozuklukları Sınıflandırması

Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, beşinci baskısında (DSM-V) uyku-uyanıklık bozuklukları bu şekilde sınıflandırılmaktadır (Köroğlu, 2013):

- Uykusuzluk (insomnia) bozukluğu,
- Aşırı uykululuk (hipersomnolans) bozukluğu,
- Narkolepsi,
- Solunumla ilişkili uyku bozuklukları (uyku ile ilişkili hipoventilasyon, merkezi uyku apnesi, tıkayıcı uyku apnesi hipopnesi),
- Yirmi dört saatlik düzenle ilgili uyku-uyanıklık bozuklukları,
- Parasomniler (NREM uyku evresi bozukluğu, karabasan bozukluğu, REM uyku evresi bozukluğu),
- Huzursuz bacaklar sendromu,
- Maddenin/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu.

Uykusuzluk (insomnia) bozukluğu; uykuya dalmakta zorluk, sıklıkla uyanma ve uyanma sonrasında yeniden uyuyamama ile kendini gösteren uyku bozukluğudur. Klinik açıdan işlevsellikte bozulmaya ve bariz sıkıntıya neden olmaktadır. Uyumak için tam müsait bir ortam bulunmasına rağmen, uykuda güçlük yaşanması en az 3 ay ve haftada en az 3 gece meydana çıkmaktadır. Uykusuzluk semptomları 1 aydan uzun 3 aydan kısa devam ediyorsa dönemsel, 3 ay ve daha uzun ise sürekli, bir yılda 2 ve daha çok dönem görülüyorsa yineleyici olarak değerlendirilmektedir (Köroğlu, 2013).

Aşırı uykululuk (hipersomnolans) bozukluğunun esas özelliği belirgin uyku yoksunluğu olmadan gündüz uykululuğunun fazla oranda olmasıdır (Martin ve ark., 2018). En az 7 saat gece uykusunun olmasına rağmen gün içerisinde aniden tekrarlayan uykuya dalmalar, uyandıktan sonra bile uyanık olmada güçlük veya 9 saatten fazla gece uykusunun dinlendirici olmaması bozukluğun temel göstericilerindedir (Köroğlu, 2014). Klinik açıdan işlevsellikte bozulmaya ve bariz sıkıntıya neden olmaktadır. Bu tarz fazla uykululuk hali en az 3 ay ve en az haftada

3 defa görülmektedir. Klinik açıdan hastalar sık bir şekilde sabah uyanmakta güçlük çekmekte ve sabah uyanınca uzun süren sersemlik duygusundan şikayet etmektedirler (Billiard ve Sonka, 2015).

Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları gereken uyuma zamanından en az 2 saat daha geç yatma olarak karakterize edilmektedir. Aynı zamanda kişinin gündelik işlevlerle ilgili çatışma ve güçlük yaşaması olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2007a). Sıklıkla bu bireyler gün içerisinde biyolojik ritimle uyum sağlamadığı zamanlarda uyku ihtiyacı hissetmekte ve zamansız uykusuzluktan şikayetçi olmaktadır. Bu bireylerde gece melatonin salımının geciktiği bildirilmektedir (Jodi ve Lisa, 2008).

Narkolepsi, REM uyku bozukluğu olarak, gündüz saatlerinde karşı konulamayan uyku atakları ve katapleksi (kas tonusunun geçici kaybı ya da zayıflığı) ile, uyku uyanıklık siklusunun anormal seyri ile karakterize edilmektedir. Uyku paralizisi (uykuya dalma veya uyanma sırasında hareket edememe) ve hipnagogik (uykuya dalma sırasında) halüsinasyonlar da bu bozukluğa eşlik edebilmektedir (Cheyne ve Girard, 2009).

Solunumla ilişkili uyku bozuklukları basit horlamadan obstrüktif uyku apnesi sendromuna (OSAS) ve üst solunum yolu direnci sendromuna kadar geniş bir seyirle görülmektedir. Klinik açıdan OSAS'ta kronik horlama, nefes almada güçlük, uykuda nefes kesilmeleri, ebeveynler tarafından fark edilen apne veya sıklıkla uyanma belirtileri görülmektedir. Etiyolojide kafa içi patolojiler, solunumsal kas zayıflığına sebep olan nörolojik rahatsızlıklar bulunmaktadır (Ardış, 2011).

Parasomniler genellikle çocukluk yaşlarında ortaya çıkan ve erişkin dönemde giderek azalan ve kaybolan, uyku sırasında, kısmi uyanıklık veya uykuya dalma anında anormal hareket ve davranışlar olarak görülmektedir (Kotagal, 2009). Fiziopatolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, yaşın artması ile bozukluğun görülme oranının azalmasının nedeni merkezi sinir sisteminin olgunlaşmasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. NREM parasomnileri, REM parasomnileri ve diğer

parasomniler olarak sınıflandırılmaktadır. REM parasomnilere "karabasan bozukluğu" ve "REM uykusu davranış bozukluğu, NREM parasomnilere "uyku terörü" ve "uyurgezerlik", diğer parasomnilere "enürezis" örnek olarak verilebilmektedir (Messerschmitt, 1985).

Huzursuz bacak sendromu genellikle bacaklarda görülen "karıncalanma, iğne batıyormuş gibi, uyuşukluk hissi" gibi değişik biçimlerde belirtilen huzursuzluk hissi ve bu hislerin ortadan kalkması için bacakları hareket ettirme ihtiyacı ile tanımlanmaktadır. Aynı zamanda dinlenme sırasında veya hareketsizken artan bir hareket bozukluğudur. Bu durumun dinlenme zamanında, özellikle de gece uykusu sırasında ortaya çıkması uyku bozukluklarına ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Allen ve Early, 2001).

2.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.4.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete bireyin gelişimi sürecinde herhangi bir tehlikeyle karşılaştığı zaman başa çıkabilmesini temin eden, uyumsal ve koruyucu göreve sahip esas duygulardan biridir (Barlow, 2002). Anksiyete, duruma uyum sağlama özelliği, bireyin ruhsal gelişimini olumlu yönde destekleyen işleviyle beraber, süre ve şiddet açısından aşırı olduğu zaman bireyin yaşamında belirgin aksamalara yol açmakla engelleyici bir faktör olabilmektedir. Anksiyete işlevsellik kaybı ve uyum bozma özelliklerinden dolayı bozukluk olarak kabul edilerek tedavi gerektirmektedir (Manassis, 2000; Klein ve Pine, 2002).

Yapılan bir araştırmada anksiyetenin normal düzeylerdeyken gerekli ve hatta yaşam için önemli bir duygu olduğu, ancak gereğinden fazla olması durumunda kişinin sosyal ve bireysel yaşamını olumsuz yönde etkilemekle sınırlandırdığı belirtilmiştir (Estes ve ark., 1941).

Aşırı anksiyetenin yol açtığı anksiyete bozuklukları bu hastalığa müdahale

olmadığı durumlarda kişilerin günlük işlevselliğini etkileyerek onların büyük ölçüde acı yaşamalarına neden olarak yaşamlarını kısıtlamaktadır (Antony ve ark., 1998).

2.4.2. Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Literatürde anksiyete bozuklukları ile ilgili çok fazla epidemiyolojik araştırma mevcuttur. Fakat bu araştırmalar, farklı ülkelerde ve değişik koşullarda yapıldığı için sonuçları genellemek veya karşılaştırmak kolay olmamaktadır. Ancak yapılan bir araştırmada anksiyete bozukluklarının çok yaygın psikiyatrik rahatsızlık olduğu (%25) ve buna majör depresyon eşlik ettiği (%17) belirtilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilere göre kadınlarda (%30,5) erkeklere (19.2%) göre bütün anksiyete bozuklukları için yaşam boyu yaygınlık oranları daha çok görülmektedir. Aynı zamanda sosyo-ekonomik düzey ile anksiyete bozuklukları arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (Kessler ve ark., 1994).

2.4.3. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Anksiyete bozukluklarını oluşturan nedenler tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide biyolojik, psikososyal etkenlerin kombine bir şekilde yer aldığı bilinmektedir (Kendall ve ark., 2000; Barlow, 2002).

2.4.3.1. Biyolojik Etkenler

Anksiyete bozuklukları büyük ölçüde kalıtsal olduğu düşünülmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı almış hastaların ailelerinde anksiyete bozukluğu rastlanma oranı, tanı almayanlara nispeten 20 kat daha fazla görülmektedir. Birçok ikiz araştırmaları anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde genetik geçişin özelliğini desteklemiştir (Eley ve ark., 2003). Genetik geçiş çevresel faktörlerle (aile ve arkadaş ilişkileri, anne-baba tutumları, travma ve ebeveynin rolü) desteklendiği

zaman olumsuz prognoz saptanmıştır. Yapılmış aile çalışmalarında anne veya babada anksiyete bozukluğu görülen çocuklarda anksiyete bozukluğu gelişme riski yüksek olduğu belirtilmiştir (Evans ve Leckman, 2006).

2.4.3.2.Psikososyal Etkenler

Ebeveyn tutumları, aile içi ilişkiler, ailede ebeveyn rol model olması ve bağlanmanın anksiyete bozukluklarının ilerlemesinde ilişkili faktör olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada kaygı bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla eleştirel, kontrolcü davrandığını gösterilmiştir. Aynı zamanda böyle ebeveynlerin çocuğun nasıl düşünmesi, hissetmesi gerektiği ile ilgili yönerge sunan, çocuklarında kontrolsüzlük hisleri uyandıran, kendi başına problem çözme becerilerini geliştirmeyen tutumlar sergiledikleri bildirilmiştir (Hudson ve Rapee 2001; 2002). Anksiyetesi yüksek aileler korku içeren davranışlarda bulunarak, çocuklarına kaygıyı arttıran hikayeler anlatarak veya bu tarz ebeveyn tutumları sergileyerek çocukların anksiyete düzeylerinin ilerlemesine katkı sağlamaktadırlar (Gerull ve Rapee, 2002).

2.4.4. Anksiyete Bozukluğu Tanıları

Genellikle anksiyeteye olan yaklaşımda tıbbi herhangi bir neden, ilaç veya toksin madde etkisi, herhangi belli bir durumda meydana çıkıp çıkmaması, yaşanan sorunun özellikleri, neden olduğu kayıplar, şu anda mevcut olan ve daha önceki başatma yolları, yaşanan sorunu arttıran ve azaltan etkenler, tetikleyenler, sonuçları, hastanın mevcut soruna olan yorumu, hastanın yaşam şekli değerlendirilmelidir (Öztürk, 2004).

Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, beşinci baskısında (DSM-V) anksiyete bozuklukları bu şekilde sınıflandırılmaktadır (Koroğlu, 2014).

- Ayrılma kaygısı bozukluğu,

- Özgül fobi,
- Panik bozukluğu,
- Yaygın kaygı bozukluğu,
- Seçici konuşmazlık (mutizm),
- Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi),
- Agorafobi,
- Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu.

2.4.5. Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı, yükselmiş kalp hızı, kalp atışını fark etme, titreme, terleme ve derealizasyon gibi kaygı ile ilişkili duyuların psikolojik, sosyal ve fiziksel sonuçlar ortaya çıkaracağına dair inançları içermektedir (Taylor, 1995). Anksiyete duyarlılığı, kaygı bozukluğunun önemli bir tetikleyicisidir. Anksiyete duyarlılığı düşük olan bireylerle kıyaslandığı zaman, anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireylerin tam olarak açıklayamadıkları ve ani fiziksel kaygı semptomlarını daha tehlikeli olarak yorumladıkları ve genellikle kaçınma tepkileri gösterdikleri saptanmıştır. Bu tanım “anksiyete korkusu” (fear of anxiety) olarak da belirtilmiştir (Reiss ve ark., 1988). Yapılan çalışma sonuçlarına göre anksiyete duyarlılığının orta çocukluk evresinde meydana çıktığı bildirilmektedir (Reiss ve ark., 2001). Anksiyete duyarlılığı ilk kez 1985 yılında Reiss ve McNally tarafından yüksek ve düşük olarak sınıflandırılarak tanımlanmıştır (Ayvaşık, 2000). Daha bir araştırma sonucuna göre toplumun %10-20 oranında yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireyler bulunmaktadır (Bernstein ve ark., 2006).

BÖLÜM 3 – GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örnekleme 50 kadın ve 50 erkek olmak üzere, rastgele seçilmiş 100 üniversite öğrencisi olarak planlanmıştır. Katılımcılar, ulaşılması kolay olması açısından Üsküdar Üniversitesinde okuyan öğrenciler arasından seçilmiştir. Araştırma, Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay almış bulunmaktadır. Katılımcılardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Tüm katılımcılar için sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı bireyler çalışmaya alınmıştır.

Katılımcıların çalışmaya dahil olma kriterleri;

- Örneklemelerin 18-26 yaş aralığında olması
- Üniversite öğrencisi olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olması
- Uygulanacak ölçeklerin yönergelerini anlamış olması

Katılımcıların çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Bilinen herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olması
- İletişim kurmayı engelleyecek zihinsel engellerin olması
- Psikiyatrik ilaç kullanımı olması (son 3 ay içerisinde)

3.2. VERİLERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerin ve farklılıklarının, aynı zamanda kafein tüketim miktarlarının belirlenmesi için hazırlanmış form ile beraber Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerini tespit etmek için Kessler ve arkadaşlarının (2005) geliştirdiği “Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği”, uyku ve uykusuzluk düzeylerinin belirlenmesi için Bastien ve arkadaşları tarafından (2001) geliştirilen “Uykusuzluk Şiddeti İndeksi”

ve anksiyete düzeyini tespit etmek adına Beck ve arkadaşlarının (1988) geliştirdiği Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmada kullanılan bu veri formu öğrencilerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, gün içerisinde kafein tüketim miktarları ve kullanım sonucu belirti durumu, fiziksel ve ruhsal hastalık durumu, stimulan ilaç, alkol ve madde kullanımı gibi soru ve maddelerden oluşmaktadır (Ek-1). Katılımcıların bu formu samimi bir şekilde yanıtlamaları ve gizliliğinin korunması açısından bireylerin kimlik bilgileri alınmamaktadır.

3.2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından (2009) yapılmıştır. Ölçek Dünya Sağlık Örgütü ve Kessler ve arkadaşlarının (2005) da içinde bulunduğu Erişkin DEHB Çalışma Grubu işbirliği ile geliştirilmiştir. DSM-IV'de DEHB belirtilen 18 semptomun varlığını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olarak ayrı ayrı 9 sorudan ibaret iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeği oluşturan sorular her bir semptomun son altı ay içerisinde hangi sıklıkta meydana çıktığını belirlemeye yöneliktir. Yanıtlardan, 'asla' 0 puan, 'nadiren' 1 puan, 'bazen' 2 puan, 'sık' 3 puan, 'çok sık' 4 puan olmak üzere, 0 – 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten 24 ve üzerinde puan alanların çok yüksek; 17 – 23 arasında alanların yüksek; 0 – 16 arasında alanların ise düşük oranda DEHB olasılığı olduğu belirtilmiştir (Kessler ve ark., 2005; Doğan ve ark., 2009).

3.2.3. Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği

Murat Boysan ve arkadaşları (2010) tarafından Anadolu Psikiyatri Dergisinde yayınlanan "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri" makalesine göre ölçek Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Bu ölçek Morin ve arkadaşları (2001)

tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, uykusuzluğu değerlendirmede pratik kullanıma sahip, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçme aracıdır. Yedi sorudan oluşur ve her madde için 0-4 arası bir puan verilir. Ölçekte alınabilecek maksimum puan 28`dir ve ölçekten alınan toplam puan arttıkça, sonuçlar 0-7 arası puan klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk, 8-14 arası puan uykusuzluk (insomnia) alt eşiği, 15-21 arası puan klinik uykusuzluk (insomnia) orta düzeyde şiddetli, 22-28 arası puan klinik uykusuzluk (insomnia) şiddetli olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçek 7 farklı kısımdan oluşur, bunlar: uykuya geçmede güçlükler, uykuyu sürdürme zorlukları, erken uyanma sorunu, toplam uyku paterninden alınan doyum, günlük işlevsellikte ortaya çıkabilecek bozulmalar, uyku kaynaklı olan bozulmaların fark edilebilirliği ve uyku probleminin sebep olduğu stres düzeyidir. Ölçeğin, katılımcının kendisi tarafından doldurulması ve sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi öngörülür (Morin ve ark., 2001; Boysan ve ark., 2010).

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından hazırlanan bu anksiyete ölçeği ile kaygı semptomları incelenmektedir. Ölçeğin sonuçları Anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalarda olduğu gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda da yükselebilmektedir. Bu ölçek anksiyete (kaygı) semptomlarının şiddetini ortaya çıkarmak amacıyla kullanılır. Bir çok psikiyatrik rahatsızlıkta sonuçlar yüksek görülebilir. Beck anksiyete ölçeği, bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma, terleme (sıcaklığa bağlı olamayan), dehşete kapılma, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, titreme, sinirlilik, kontrolü kaybetme korkusu, veya boğuluyormuş gibi olma duygusu gibi maddelerin içerdiği toplam 21 sorudan oluşmaktadır . Bu sorular hiç, hafif, orta, ciddi olmakla toplam 4 şıktan biri ile işaretlenir. Her bir şıkkın kendi puanı vardır. Hiç şıkkı 0, hafif 1, orta 2 ve ciddi şıkkı ise 3 puan almaktadır. Bu sırayla 21 soru cevaplandırıldıktan sonra bu sonuç puanlar toplanarak hesaplanır. Sonuç toplam puanlara göre: 0-7 puan Minimal düzey, 8- 15 puan Hafif düzey, 16-25 puan Orta düzey, 26-63 puan Şiddetli düzey anksiyete belirtileri olarak yorumlanır (Beck ve ark., 1988; Ulusoy ve ark., 1998).

3.3. YAPILAN İŞLEMLER

Literatür taraması yapılmış, literatürde bilgi eksikliği olan ve çalışılması gereken alanlar araştırılmış ve bu konuya karar verilmiştir. Literatürde konuyla ilgili diğer çalışmalar araştırılmış, çalışmada kullanılacak ölçekler bulunmuştur.

Çalışma için özel olarak sosyodemografik veri formu hazırlanmıştır. Form aracılığıyla bilgileri alınan gönüllülerden, çalışmaya alınma koşullarını karşılayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara, çalışmanın amacı sözlü ve yazılı olarak açıklanmış, bu amacı detaylı olarak açıklayan “Bilgilendirilmiş Onam Formu” imzalatılmış, ardından “Sosyodemografik Bilgi Formu” uygulanmıştır. İkinci aşamada “Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği”, üçüncü aşamada “Uykusuzluk Şiddeti İndeksi” ve dördüncü aşamada “Beck Anksiyete Ölçeği” sunularak araştırma verileri toplanmıştır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların verilerinin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılarak yapılmış ve sonuçlar istatistikler tablolarla gösterilmiştir. İki bağımsız örneklem grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Analizlerde ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında ise tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ($p < 0,05$) olarak belirtilmiştir. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

BÖLÜM 4- BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin incelenmesi için, araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinden sosyodemografik veri formundan ve dikkat eksikliği, uykusuzluk ve anksiyete ölçeklerinden toplanan verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular bulunmaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

4.1. DEMOGRAFİK VE BETİMSSEL BULGULAR

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	50	50,0
	Kadın	50	50,0
	Toplam	100	100,0
Fakülte	İletişim	11	11,0
	İnsan Ve Toplum Bilimleri	21	21,0
	Mühendislik	29	29,0
	Sağlık Bilimleri	39	39,0
	Toplam	100	100,0

Sınıf	1	19	19,0
-------	---	----	------

	2	25	25,0
	3	19	19,0
	4	37	37,0
	Toplam	100	100,0
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	3	3,0
	Okuryazar	8	8,0
	İlköğretim	35	35,0
	Lise	21	21,0
	Üniversite	30	30,0
	Üniversite üstü	3	3,0
	Toplam	100	100,0
Baba Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	2	2,0
	Okuryazar	9	9,0
	İlköğretim	21	21,0
	Lise	29	29,0
	Üniversite	27	27,0
	Üniversite üstü	12	12,0
	Toplam	100	100,0
Kiminle Yaşadığı	Aile ve Akraba ile	58	58,0
	Arkadaşlarla	24	24,0
	Yalnız	18	18,0

	Toplam	100	100,0
Algılanan Maddi Durum	Orta	81	81,0
	Yüksek	19	19,0
	Toplam	100	100,0
Psikiyatrik İlaç Öyküsü	Evet	6	6,0
	Hayır	94	94,0
	Toplam	100	100,0
Tıbbi Veya Psikiyatrik Hastalık Durumu	Evet	6	6,0
	Hayır	94	94,0
	Toplam	100	100,0
Stimulan İlaç Kullanma Durumu	Evet	4	4,0
	Hayır	96	96,0
	Toplam	100	100,0
Alkol Madde Kullanımı	Evet	15	15,0
	Hayır	85	85,0
	Toplam	100	100,0
Ailede Alkol Madde Bağımlısı Olma Durumu	Evet	5	5,0
	Hayır	95	95,0
	Toplam	100	100,0
Patoloji Belirti Durumu	Aşırı Kafein Tüketiminde	5	5,0
	Tüketime Ara Verildiğinde	11	11,0

	Hiçbiri	78	78,0
	Her İkisi	6	6,0
	Toplam	100	100,0
		Ortalama	S.Sapma
Yaş		22,030	2,294

Tablo 3: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3'te görüldüğü gibi; cinsiyete göre öğrencilerin 50'si (%50,0) erkekler, 50'si (%50,0) kadınlardan oluşmaktadır. Öğrenciler fakülte değişkenine göre 11'i (%11,0) iletişim, 21'i (%21,0) insan ve toplum bilimleri, 29'u (%29,0) mühendislik, 39'u (%39,0) sağlık bilimleri olarak dağılmaktadır. Öğrenciler sınıf değişkenine göre 19'u (%19,0) 1, 25'i (%25,0) 2, 19'u (%19,0) 3, 37'si (%37,0) 4 olarak dağılmaktadır. Öğrenciler anne eğitim düzeyi değişkenine göre 3'ü (%3,0) okuryazar değil, 8'i (%8,0) okuryazar, 35'i (%35,0) ilköğretim, 21'i (%21,0) lise, 30'u (%30,0) üniversite, 3'ü (%3,0) üniversite üzeri olarak dağılmaktadır. Öğrenciler baba eğitim düzeyi değişkenine göre 2'si (%2,0) okuryazar değil, 9'u (%9,0) okuryazar, 21'i (%21,0) ilköğretim, 29'u (%29,0) lise, 27'si (%27,0) üniversite, 12'si (%12,0) üniversite üstü olarak dağılmaktadır. Öğrenciler kiminle yaşadığı değişkenine göre 58'i (%58,0) aile ve akraba ile, 24'ü (%24,0) arkadaşlarla, 18'i (%18,0) yalnız olarak dağılmaktadır. Öğrenciler algılanan maddi durum düzeyine göre 81'i (%81,0) orta, 19'u (%19,0) yüksek olarak dağılmaktadır. Öğrenciler psikiyatrik ilaç öyküsü değişkenine göre 6'sı (%6,0) evet, 94'ü (%94,0) hayır olarak dağılmaktadır. Öğrenciler tıbbi veya psikiyatrik hastalık durumu değişkenine göre 6'sı (%6,0) evet, 94'ü (%94,0) hayır olarak dağılmaktadır. Katılımcılar stimulan ilaç kullanma durumu değişkenine göre 4'ü (%4,0) evet, 96'sı (%96,0) hayır olarak dağılmaktadır. Katılımcılar alkol madde kullanımı değişkenine göre 15'i (%15,0) evet, 85'i (%85,0) hayır olarak dağılmaktadır. Öğrenciler ailede alkol madde bağımlısı olma durumu değişkenine göre 5'i (%5,0) evet, 95'i (%95,0) hayır olarak dağılmaktadır. Katılımcılar patoloji belirti durumu düzeyine göre 5'i (%5,0) aşırı kafein tüketiminde, 11'i (%11,0) tüketime ara verildiğinde, 78'i (%78,0) hiçbiri, 6'sı

(%6,0) her ikisi olarak dağılmaktadır. Öğrencilerin yaş ortalaması $22,030 \pm 2,294$ olarak saptanmıştır.

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Kafein Tüketimi	100	300,960	174,633	70,000	1004,000
Uykusuzluk	100	9,890	5,375	0,000	24,000
Anksiyete	100	12,840	10,694	0,000	47,000
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	100	24,270	10,731	2,000	55,000

Tablo 4. Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 4’de görüldüğü gibi öğrencilerin kafein tüketimi ortalaması $300,960 \pm 174,633$ mg; “uykusuzluk” ortalaması $(9,890 \pm 5,375)$; “anksiyete” ortalaması $(12,840 \pm 10,694)$; “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” ortalaması $(24,270 \pm 10,731)$ olarak saptanmıştır.

Tablo 5’te anksiyete ve uykusuzluk arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.543$; $p=0,000 < 0.05$). Dikkat eksikliği ve kafein tüketimi arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.217$; $p=0,030 < 0.05$). Dikkat eksikliği ve uykusuzluk arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.432$; $p=0,000 < 0.05$). Dikkat eksikliği ve anksiyete arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.62$; $p=0,000 < 0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

		Yaş	Kafein Tüketimi	Uykusuzluk	Anksiyete	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite

						e
Yaş	r	1,00 0				
	p	0,00 0				
Kafein Tüketimi	r	0,11 4	1,000			
	p	0,25 7	0,000			
Uykusuzluk	r	0,02 2	0,026	1,000		
	p	0,83 1	0,800	0,000		
Anksiyete	r	- 0,01 3	0,180	0,543**	1,000	
	p	0,90 1	0,072	0,000	0,000	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	r	0,14 8	0,217*	0,432**	0,620**	1,000
	p	0,14 2	0,030	0,000	0,000	0,000

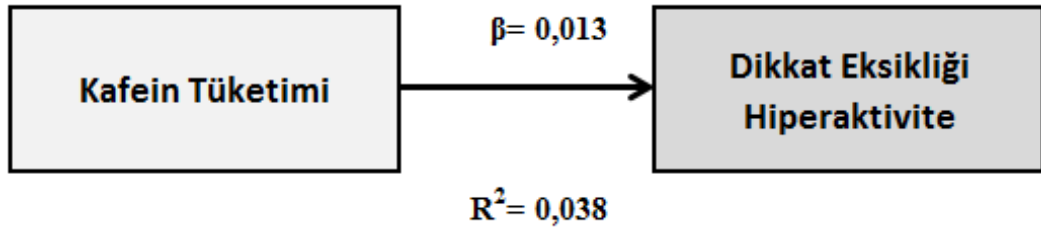
Tablo 5. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasında Korelasyon Analizi

4.2. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Sabit	20,251	9,62	0,00	4,857	0,030	0,038
	Kafein Tüketimi	0,013	2,21	0,03			

Tablo 6. Kafein Tüketiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Üzerine Etkisi

Kafein tüketimi ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4,857$; $p=0,030<0,05$). Dikkat eksikliği hiperaktivite düzeyinin belirleyicisi olarak kafein tüketimi değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,038$). Öğrencilerin kafein tüketim miktarları dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerini arttırmaktadır ($\beta=0,013$).



Şekil 2. Kafein Tüketiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Üzerine Etkisi

4.3.UYKUSUZLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model (p)	R ²
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	Sabit	9,653	8,937	0,000	0,064	0,800	0,010
	Kafein Tüketimi	0,001	0,254	0,800			

Tablo 7. Kafein Tüketiminin Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçları Üzerine Etkisi

Kafein tüketimi ile uykusuzluk arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=0,064; p=0,800>0,050).



Şekil 3. Kafein Tüketiminin Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçları Üzerine Etkisi

4.4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model (p)	R ²
Anksiyete	Sabit	9,514	4,500	0,000	3,300	0,072	0,023
	Kafein Tüketimi	0,011	1,817	0,072			

Tablo 8. Kafein Tüketiminin Anksiyete Üzerine Etkisi

Kafein tüketimi ile anksiyete arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=3,300; p=0,072>0,050).



Şekil 4. Kafein Tüketiminin Anksiyete Üzerine Etkisi

4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDA İLİŞKİYE AİT BULGULAR

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Kafein Tüketimi	İlköğretim Ve Altı	46	321,826	183,297	1,514	0,225	
	Lise	21	243,429	166,906			
	Üniversite ve üzeri	33	308,485	163,814			
Uykusuzluk	İlköğretim Ve Altı	46	9,609	4,553	4,981	0,009	3>2
	Lise	21	7,381	5,015			
	Üniversite ve üzeri	33	11,879	6,014			
Anksiyete	İlköğretim Ve Altı	46	11,935	10,417	3,328	0,040	3>2
	Lise	21	9,238	6,956			
	Üniversite ve üzeri	33	16,394	12,176			
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	İlköğretim Ve Altı	46	23,022	10,512	3,026	0,053	
	Lise	21	21,381	8,986			
	Üniversite ve üzeri	33	27,849	11,377			

Tablo 9. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Anne Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin uykusuzluk şiddeti indeksi sonuçları ortalamalarının anne eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=4,981; p=0,009<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla

tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların uykusuzluk şiddeti indeksi puanları (11,879±6,014), anne eğitim düzeyine lise olanların uykusuzluk şiddeti indeksi puanlarından (7,381±5,015) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puanları ortalamalarının anne eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=3,328; p=0,040<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların anksiyete puanları (16,394±12,176), anne eğitim düzeyine lise olanların anksiyete puanlarından (9,238±6,956) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, dikkat eksikliği hiperaktivite belirtileri puan ortalamalarının anne eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Kafein Tüketimi	İlköğretim Ve Altı	32	291,063	134,449	0,642	0,529	
	Lise	29	279,379	208,843			
	Üniversite Ve üzeri	39	325,128	177,568			
Uykusuzluk	İlköğretim Ve Altı	32	9,281	4,290	4,052	0,020	3>2
	Lise	29	8,172	5,183			
	Üniversite Ve üzeri	39	11,667	5,886			

Anksiyete	İlköğretim Ve Altı	32	11,906	11,710	1,198	0,306	
	Lise	29	11,138	7,150			
	Üniversite Ve üzeri	39	14,872	11,884			
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	İlköğretim Ve Altı	32	21,781	12,281	3,239	0,043	3>1
	Lise	29	22,552	8,052			
	Üniversite Ve üzeri	39	27,590	10,507			

Tablo 10. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Baba Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin uykusuzluk şiddeti indeksi sonuçları ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,052$; $p=0,020<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Baba eğitim düzeyine üniversite ve üzeri olanların uykusuzluk şiddeti indeksi puanları ($11,667\pm 5,886$), baba eğitim düzeyine lise olanların uykusuzluk şiddeti indeksi puanlarından ($8,172\pm 5,183$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,239$; $p=0,043<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Baba eğitim düzeyine üniversite ve üzeri olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ($27,590\pm 10,507$), baba eğitim düzeyine ilköğretim ve altı olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanlarından ($21,781\pm 12,281$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi miktarları, anksiyete puanları ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Kafein Tüketimi	İletişim	11	240,546	137,986	1,173	0,324
	İnsan Ve Toplum Bilimleri	21	348,429	200,467		
	Mühendislik	29	277,379	211,694		
	Sağlık Bilimleri	39	309,974	132,136		
Uykusuzluk	İletişim	11	11,818	7,083	1,088	0,358
	İnsan Ve Toplum Bilimleri	21	9,857	4,078		
	Mühendislik	29	10,552	6,451		
	Sağlık Bilimleri	39	8,872	4,491		
Anksiyete	İletişim	11	12,546	13,501	0,046	0,987
	İnsan Ve Toplum Bilimleri	21	12,429	7,011		
	Mühendislik	29	13,448	10,937		
	Sağlık Bilimleri	39	12,692	11,642		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	İletişim	11	22,909	15,307	0,881	0,454
	İnsan Ve Toplum Bilimleri	21	24,762	9,449		

	Bilimleri					
	Mühendislik	29	26,690	8,820		
	Sağlık Bilimleri	39	22,590	11,224		

Tablo 11. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Fakülteye Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının fakülte değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Kafein Tüketimi	Aile ve Akraba İle	58	297,690	161,362	0,792	0,456
	Arkadaşlarla	24	276,500	181,812		
	Yalnız	18	344,111	206,690		
Uykusuzluk	Aile ve Akraba İle	58	9,690	4,992	0,101	0,904
	Arkadaşlarla	24	10,250	5,597		
	Yalnız	18	10,056	6,476		
Anksiyete	Aile ve Akraba İle	58	12,310	9,377	0,198	0,820
	Arkadaşlarla	24	13,208	10,982		
	Yalnız	18	14,056	14,326		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Aile ve Akraba İle	58	23,172	9,889	2,150	0,122
	Arkadaşlarla	24	28,167	11,169		
	Yalnız	18	22,611	12,059		

Tablo 12. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Kiminle Yaşandığına Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının kiminle yaşandığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Kafein Tüketimi	Aşırı Kafein Tüketiminde	5	283,000	144,637	4,716	0,004	2>1 2>3
	Tüketime Ara Verildiğinde	11	475,000	235,160			
	Hiçbiri	78	275,744	158,794			
	Her İkisi	6	324,667	103,086			
Uykusuzluk	Aşırı Kafein Tüketiminde	5	12,400	3,975	1,837	0,146	
	Tüketime Ara Verildiğinde	11	12,000	3,493			
	Hiçbiri	78	9,231	5,505			
	Her İkisi	6	12,500	6,091			
Anksiyete	Aşırı Kafein Tüketiminde	5	15,800	6,058	2,495	0,065	
	Tüketime Ara Verildiğinde	11	15,000	8,173			
	Hiçbiri	78	11,577	10,593			
	Her İkisi	6	22,833	14,470			
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Aşırı Kafein Tüketiminde	5	26,800	6,221	2,068	0,110	
	Tüketime Ara Verildiğinde	11	27,273	12,183			
	Hiçbiri	78	23,026	10,619			
	Her İkisi	6	32,833	8,796			

Tablo 13. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Patoloji Belirti Durumuna Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi puanları ortalamalarının patoloji belirti durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,716$; $p=0,004<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Patoloji belirti durumu tüketime ara verildiğinde olanların kafein tüketimi puanları ($475,000\pm235,160$), patoloji belirti durumu aşırı kafein tüketiminde olanların kafein tüketimi puanlarından ($283,000\pm144,637$) yüksek bulunmuştur. Patoloji belirti durumu tüketime ara verildiğinde olanların kafein tüketimi puanları ($475,000\pm235,160$), patoloji belirti durumu hiçbiri olanların kafein tüketimi puanlarından ($275,744\pm158,794$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının patoloji belirti durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Kafein Tüketimi	1	19	324,263	188,652	0,975	0,408	
	2	25	279,200	181,145			
	3	19	254,526	111,270			
	4	37	327,541	188,483			
Uykusuzluk	1	19	8,842	4,586	0,684	0,564	
	2	25	9,640	4,212			
	3	19	9,421	6,040			
	4	37	10,838	6,099			
Anksiyete	1	19	8,632	8,160	2,513	0,063	
	2	25	13,960	10,811			
	3	19	10,000	7,846			
	4	37	15,703	12,231			
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	1	19	20,526	9,623	3,876	0,012	4>1
	2	25	21,880	11,241			4>2
	3	19	22,368	7,854			4>3
	4	37	28,784	11,003			

Tablo 14. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Sınıfa Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,876$; $p=0,012<0.05$).

Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. 4. sınıf olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanları

(28,784±11,003), 1. sınıf olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanlarından (20,526±9,623) yüksek bulunmuştur. Sınıfı 4 olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanları (28,784±11,003), 2. sınıf olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanlarından (21,880±11,241) yüksek bulunmuştur. Sınıfı 4 olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanları (28,784±11,003), 3. sınıf olanların dikkat eksikliği hiperaktivite puanlarından (22,368±7,854) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

	Grup	N	Ort	Ss	T	P
Kafein Tüketimi	Evet	5	361,600	189,527	0,795	0,428
	Hayır	95	297,768	174,312		
Uykusuzluk	Evet	5	12,600	6,731	1,159	0,249
	Hayır	95	9,747	5,299		
Anksiyete	Evet	5	24,200	17,978	2,501	0,212
	Hayır	95	12,242	9,973		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Evet	5	39,200	17,866	3,353	0,121
	Hayır	95	23,484	9,758		

Tablo 15. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Ailede Alkol Madde Bağımlısı Olma Durumuna Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının ailede alkol madde bağımlısı olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Kafein Tüketimi	Orta	81	287,235	164,196	-	0,105
	Yüksek	19	359,474	208,437	1,636	
Uykusuzluk	Orta	81	10,049	5,174	0,610	0,543
	Yüksek	19	9,211	6,268		
Anksiyete	Orta	81	12,988	10,678	0,284	0,777
	Yüksek	19	12,211	11,033		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Orta	81	24,049	10,991	-	0,673
	Yüksek	19	25,211	9,761	0,423	

Tablo 16. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Algılanan Maddi Duruma Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının algılanan maddi durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Kafein Tüketimi	Evet	15	364,733	206,243	1,545	0,126
	Hayır	85	289,706	167,329		
Uykusuzluk	Evet	15	10,600	6,588	0,553	0,582
	Hayır	85	9,765	5,168		
Anksiyete	Evet	15	12,067	11,498	- 0,302	0,763
	Hayır	85	12,977	10,612		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Evet	15	27,400	13,973	1,228	0,343
	Hayır	85	23,718	10,055		

Tablo 17. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Alkol Madde Kullanımına Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının alkol madde kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

	Grup	N	Ort	Ss	T	P
Kafein Tüketimi	Erkek	50	312,440	186,849	0,655	0,514
	Kadın	50	289,480	162,587		
Uykusuzluk	Erkek	50	10,000	6,003	0,204	0,839
	Kadın	50	9,780	4,722		
Anksiyete	Erkek	50	12,700	11,488	0,130	0,897
	Kadın	50	12,980	9,952		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Erkek	50	24,660	10,137	0,362	0,718
	Kadın	50	23,880	11,383		

Tablo 18. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Cinsiyete Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

	Grup	N	Ort	Ss	T	P
Kafein Tüketimi	Evet	6	333,167	124,998	0,464	0,644
	Hayır	94	298,904	177,632		
Uykusuzluk	Evet	6	12,833	8,704	1,390	0,168
	Hayır	94	9,702	5,107		
Anksiyete	Evet	6	25,667	11,877	3,165	0,002
	Hayır	94	12,021	10,142		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Evet	6	31,500	12,292	1,719	0,089
	Hayır	94	23,809	10,529		

Tablo 19. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Psikiyatrik İlaç Öyküsüne Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puanları ortalamalarının psikiyatrik ilaç öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(98)}=3.165$; $p=0.002<0,05$). Psikiyatrik ilaç öyküsü olanların anksiyete puanları ($\bar{x}=25,667$), psikiyatrik ilaç öyküsü olmayanların anksiyete puanlarından ($\bar{x}=12,021$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının psikiyatrik ilaç öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Kafein Tüketimi	Evet	4	466,000	308,801	1,956	0,053
	Hayır	96	294,083	166,057		
Uykusuzluk	Evet	4	8,500	6,137	- 0,526	0,600
	Hayır	96	9,948	5,369		
Anksiyete	Evet	4	16,000	10,985	0,601	0,549
	Hayır	96	12,708	10,720		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Evet	4	28,750	10,468	0,851	0,397
	Hayır	96	24,083	10,754		

Tablo 20. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Stimulan İlaç Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının stimulan ilaç kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Kafein Tüketimi	Evet	6	354,333	158,877	0,771	0,443
	Hayır	94	297,553	175,817		
Uykusuzluk	Evet	6	10,000	7,483	0,051	0,959
	Hayır	94	9,883	5,267		
Anksiyete	Evet	6	20,333	11,759	1,790	0,077
	Hayır	94	12,362	10,509		
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	Evet	6	32,000	17,652	1,842	0,308
	Hayır	94	23,777	10,086		

Tablo 21. Kafein Tüketimi, Uykusuzluk, Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin Tıbbi Veya Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketimi, uykusuzluk şiddeti indeksi, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının tıbbi veya psikiyatrik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

BÖLÜM 5- TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular, konuyla ilgili literatür taraması sırasında bulunan bilgiler dikkate alınarak yorumlanmış ve değerlendirilmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde bu konuya dair Türkiye’de az sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür. Bu nedenle yabancı literatürde var olan buna benzer çalışmalardan yararlanılmaya çalışılmıştır.

Merkezi sinir sistemini uyaran etkisi nedeniyle kafein tüketimi uykusuzluğa yol açtığı bilinmektedir. Kafein, gün içerisinde tüketimi ile ilişkili bir biçimde uykuyu etkilemektedir (Bolton ve Null, 1981). Öğrencilerin kafein kullanımı ve haftalık uyku alışkanlıklarının araştırıldığı bir çalışmada, daha yüksek miktarda kafein alımının daha kısa gece uykusu, uykuya dalmadan sonra uyanma süresinde ve gündüz uyku süresinde artma ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Pollak ve Bright, 2003). Yaklaşık 300 mg kafein kullanımı, günlük uyku süresinin 2 saat azalmasına ve uyanık kalma süresinin ise iki kat artmasına yol açmaktadır. Kafeinin uyaran etkisi erişkinlerde 6-8 saat olarak bilinmektedir (Orbeta ve ark., 2006). Saygılı ve arkadaşları (2011), Çalıyurt (1998) araştırmalarında çay ve kahve gibi kafeinli içeceklerin alınmasının uyku kalitesi üzerine herhangi bir olumlu veya olumsuz etkisinin olmadığını ortaya koymuştur. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada katılımcıların kafein tüketim miktarları ile uykusuzluk düzeyi puanları arasındaki ilişki analizi istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. Çalışmamız kısıtlı sayıda ve yaş sınırlılığı olan öğrenci katılımcılar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın yeterli sayıda katılımcı ile gerçekleştirilmemiş olması, öğrencilerin kafein tüketim miktarları ile uykusuzluk düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamasında kısıtlayıcı faktör olarak düşünülebilir. Aynı zamanda genç yetişkinlerin, özellikle üniversite öğrencilerinin sürekli internet, mobil uygulamalar, dergiler ve başka kaynaklardan güncel bilgiler edindikleri, sağlıklı beslenme ve yaşam girişiminde buldukları bilinmektedir. Bundan yola çıkarak, kafein tüketiminin uyku düzenini olumsuz etkilemesinin bireyler tarafından bilinçli bir şekilde engellenebileceği de düşünülebilir. Bundan başka, öğrencilerde günün hangi saatlerinde kafein tüketilmesi uykunun olumlu veya olumsuz

etkilenmesinde bir faktör olabilir. Kafeinin yarılanma ömrünün yaklaşık 5-6 saat olduğu göz önünde bulundurularak, daha sonraki çalışmalarda öğrencilerin kafein tüketim saatleri ile uyku saatleri arasındaki ilişkisi ve bireyi nasıl etkilediği araştırılabilir.

Anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin daha düşük dozlarda kafein tükettiği belirtilmiş olsa da, bir çalışmada aşırı kafein tüketicilerinin çoğunluğunda benzodiyazepin de kullanıldığı bildirilmiştir. Psikiyatri hastalarının gün içerisinde yüksek dozlarda kafein tüketiminin olduğunu tespit eden birçok çalışma mevcuttur. Örneğin birçok çalışmada hastaların gün içerisinde 5 veya daha fazla porsiyon filtre kahveye denk kafein kullandıkları gösterilmiştir. Belirgin kişilik özellikleri ile aşırı miktarda kafein tüketimi arasında ilişki bulunduğu gösterilememiştir (Strain ve Griffiths, 2007). Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puanları ortalamalarının psikiyatrik ilaç öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Psikiyatrik ilaç öyküsü olanların anksiyete puanları, psikiyatrik ilaç öyküsü olmayanların anksiyete puanlarından yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcılar arasında geçmişte veya şu an psikiyatrik ilaç kullanımı olan öğrencilerin olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik ilaç öyküsünün olması bireyin şu anda veya geçmişte herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık yaşamış olduğunu gösterebilir. Dolayısıyla, anksiyetenin birçok psikiyatrik tabloya eşlik ettiğini göz önünde bulundurarak, psikiyatrik ilaç öyküsü olan bireylerde anksiyete düzeylerinin bu nedenle yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Aynı zamanda, çalışmamızda araştırmaya katılan öğrencilerin tüketmiş olduğu kafein miktarları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır.

Kenemans ve Verbaten (1998) yapmış oldukları çalışmada kafein alımının, ilgi, seçicilik ve dikkati artırdığını, bu artışın otomatik bir şekilde bilgi işlem süreçlerinde ve dikkat, konsantrasyon dağınıklığında bir azalmaya yol açmadığını saptamışlar. Aynı zamanda, gerçekleştirilmiş birkaç çalışmaya göre kafeinin uzun süreli dikkat, odaklanma ve uyanık olma gibi işlevlerde bir performans yükselmesi sağladığı görülmektedir (Smith ve ark., 1992; Koelega, 1993; Warburton, 1995).

Kafein kullanımı ilk başlarda canlandırıcı bir etki yarattığı için zamanla miktarı arttırılmaktadır (Dökmeci, 2002). Düşük miktarlarda merkezi sinir sistemini uyarmakta ve dikkati yükseltme gibi istenilen etkiler yaratmaktadır (Bolton ve Null 1981). Bizim çalışmamızda, öğrencilerin kafein tüketim miktarları ile uygulanan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçeği puanları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu istatistiksel ilişki literatür taraması sonucu elde edilen bilgilere dayanarak iki farklı şekilde yorumlanabilir. İlk olarak bu ilişkinin, fazla kafein tüketiminin dikkatin bozulması, konsantrasyon sorunları gibi dikkat eksikliği belirtilerini artırmasından dolayı ortaya çıktığı düşünülebilir. Bundan başka, öğrencilerde sınav dönemlerinde, performans gerektiren durumlarda uykusuzluk veya başka nedenlerden dolayı ortaya çıkan dikkat eksikliği belirtilerinin azaltılması için daha çok miktarda kafein tüketimi ihtiyacı olduğu da düşünülebilir. Araştırmamızın sonucunda öğrencilerin kafein tüketim miktarları ile dikkat eksikliği belirtileri arasındaki anlamlı ilişki bu iki yoruma dayanarak açıklanabilir.

Silverman ve arkadaşları (1992) tarafından erişkin kişilerde kafein kapsülü ve plasebo ile yürütülen bir araştırmada, düşük veya orta düzeyde kafein tüketen kişilerin, günlük kafein alımları kesildiği zaman duruma bağlı anksiyete, depresyon ve yorgunluk düzeyinde artış, güçlülükte azalma, bireylerin %52 oranında orta veya şiddetli derecede başağrısı tespit edilmiştir. Fazla kafein tüketimi uykusuzluk, huzursuzluk, tremor, anksiyete, sinirlilik, gastrointestinal ağrılara ve bunlarla beraber yeme bozukluklarına, uyku ile bağlantılı bozukluklara, psikotik rahatsızlıklara yol açabilmektedir (Dökmeci, 2002). Aynı zamanda, incelenen bir araştırmada kişilerin %48,9 oranında yüksek miktarda kafein tükettikleri günlerde sık idrara çıkma, %31,5 oranında uykusuzluk ve %34 oranında ise çarpıntı görüldüğü belirtilmiştir (Khorshid ve Sarı, 2013). Bizim çalışmamızda katılımcı öğrencilerin uykusuzluk, anksiyete, dikkat eksikliği ölçekleri puan ortalamalarının aşırı kafein tüketimi ve kafein tüketiminin kesilmesi durumunda patolojik semptomların görülme değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Hughes ve arkadaşlarının (1998) incelemiş olduğu çalışmada cinsiyet ve kafein tüketim miktarı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Başka bir

çalışmada daha cinsiyetin tüketilen günlük kafein miktarlarını etkilemediğine saptanmıştır (Khorshid ve Sarı, 2013). Aynı zamanda, CYP 1A2 enzim faaliyetindeki farklılık nedeniyle aynı orandaki kafein miktarının kadınlarda daha bariz biçimde zehirlenme semptomlarına yol açtığı fikri ileri sürülmüştür (Carrillo ve Benitez 1996). Bizim çalışmamızda da erkek katılımcıların kadın katılımcılara nazaran günlük olarak daha fazla kafein tükettikleri tespit edilmiş, fakat cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bernstein ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada ergenlik döneminde kafein tüketimi 244,4 mg/gün olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda üniversite öğrencilerin kafein tüketim miktar ortalaması 300,960 mg/gün olarak tespit edilmiştir.

Swanson ve arkadaşları (1994) kafein kullanımı ile alkol ve madde kullanımı arasında ilişki olduğunu bildirmişler. Collins ve arkadaşları (1998) yaptıkları bir çalışmada 7. sınıf öğrencilerinin kafein tüketimi ile alkol-madde kullanım ilişkisini incelemiş, bir önceki ay 6 ve daha az porsiyon kahve tüketen öğrencilerde, daha çok tüketenlere kıyasla 1.5-2,5 kat daha az alkol aldıklarını tespit etmişler. Özen ve arkadaşları (2005) tarafından tıp fakültesinde birinci ve altıncı sınıf öğrencileri arasında yürütülmüş bir araştırmada her iki bölümde yaşam boyu alkol tüketimleri sırasıyla %19 ve %57 oranlarında görülmüştür. Bernstein ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan araştırmada marihuana kötüye kullanımı bulunan ergenlerde bulunmayanlara kıyasla belirgin biçimde daha çok kafein tüketimi var olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda öğrencilerde alkol ve madde ile kafein tüketimi arasında bir bağlantı olabileceği düşünülerek, katılımcılarda alkol-madde kullanımı, ailede alkol bağımlısı bireyin bulunması durumları sorgulanmış, fakat ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Aynı zamanda, araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketim miktarları, uykusuzluk, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ölçekleri puan ortalamalarının ailede alkol madde bağımlısı olma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Daha önce de belirtildiği gibi, araştırmanın az sayıda katılımcı ile

yapılmış olmasının, bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına neden olduğu düşünülebilir.

Ders çalışma alışkanlıkları ile kafein kullanımı arasındaki bağlantıyı araştırmak amacıyla 78 üniversite öğrencisi ile bir çalışma yürütülmüş, kafein alımının düzgün ders çalışma alışkanlıkları ile ve daha aşağı anksiyete düzeyi ile pozitif bir bağlantının olduğu tespit edilmiştir (Loyacano ve ark., 1999). Bernstein ve arkadaşları (2002) araştırmalarında kafein tüketim alışkanlığı olan gençlerde anksiyete düzeylerinin anlamlı ölçüde yükselmiş olduğunu tespit etmişler. Literatürde, çok aşırı dozda tüketilmediği zaman kafeinin bazen anksiyeteyi arttırdığı düşünülmektedir (Smith, 2002). Kafeinin özellikle stresör bir durum sırasında anksiyeteyi yükseltmiş olduğu da iddia edilmektedir (Shanahan ve Hughes, 1986). Yapmış olduğumuz çalışmada, kafein tüketim miktarı ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Çalışmamızda araştırılan değişkenlerin anne ve baba eğitim düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Elde edilen bulgulara göre anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların uykusuzluk şiddeti indeksi puanları, anne eğitim düzeyi lise olanların uykusuzluk şiddeti indeksi puanlarından yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların anksiyete puanları, anne eğitim düzeyi lise olanların anksiyete puanlarından yüksek olduğu istatistiksel olarak farklılık göstermiştir.

Üniversite öğrencilerinde kafein tüketim düzeylerinin maddi gelir düzeyi ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür. Ancak, araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketim miktarları, aynı zamanda uykusuzluk ve anksiyete düzeyi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ölçekleri puan ortalamalarının algılanan maddi gelir düzeyi ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bu araştırmayı yaparken yola çıkmış olduğum hipotezlerimden biri yetişkin bireylerde kafein tüketim miktarlarının artmasının kaygı düzeyinin yükselmesi üzerine bir etkisi olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Daha önce de belirtmiş olduğum gibi literatürde bu konuda çalışmalar yapılmış, fazla kafein tüketiminin anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk gibi belirtilerin artmasına yol açtığı belirtilmiştir (Dökmeçi, 2002). Fakat yapmış olduğum çalışmanın sonucunda bu hipotezim

istatistiksel olarak anlamlı çıkmamış, araştırmaya katılan öğrencilerin tüketmiş olduğu kafein miktarları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır.

Araştırmadaki diğer hipotezim üniversite öğrencilerinde kafein tüketim miktarlarının artması ile uyku kalitesinin bozulması arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmasını incelemektir. Yapılmış birçok çalışmada yetişkin bireylerin kafein tüketim miktarları ile uykusuzluk düzeyleri arasında ilişkiler saptanmıştır (Çalıyurt, 1998; Smith, 2002; Fernandez-Mendoza ve ark., 2009). Yaptığım araştırmada bu hipotez istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanmamış, katılımcıların kafein tüketim miktarları ile uykusuzluk düzeyi puan sonuçları arasındaki ilişki analizi istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir.

Çalışmamın bir diğer hipotezi ise katılımcı öğrencilerde aşırı kafein tüketimi sonucu dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin ortaya çıkması arasında anlamlı bir ilişkinin incelenmesidir. Bu konuda yapılmış araştırmalarda farklı sonuçlara saptanmıştır: Kenemans ve Verbaten (1998) tarafından yapılan araştırmada kafein alımının seçicilik ve dikkati artırdığı belirtilmiş; Campana (2013) çalışmasında ise toksik dozlarda kafein tüketiminin konsantrasyon sorunları, dikkatin bozulması, kıpır-kıpır olma gibi durumla neden olduğu gösterilmiştir. Araştırmamdaki bu hipotez istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanarak, istatistiksel farklılık göstermiştir. Yapılan çalışmaları ve kendi araştırmamın sonucu göz önünde bulundurularak öğrencilerin kafein tüketim miktarları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri arasındaki ilişki farklı bakış açıları ile yorumlanabilir. Kafein tüketiminin performans gerektiren durumlarda dikkat eksikliği belirtilerini azaltarak faydalanmak amaçlı kullanımı ve tam tersi tüketimi sonucunda dikkatin bozulmasına, konsantrasyon sorunlarına neden olması tartışılmaktadır.

BÖLÜM 6- SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma boyunca demografik bilgiler incelenmiş, demografik bilgilerle değişenler karşılaştırılmış ve bazı sonuçlara varılmıştır.

6.1. SONUÇ

- ✓ Katılımcı öğrencilerde, anksiyete düzeyinin artması durumunda uykusuzluk düzeyinde artma olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 5).
- ✓ Öğrencilerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile kafein tüketim miktarları, uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki görülmektedir. Bulgulardan elde edilen verilerde bu değişkenlerden birinde yükselme durumunda diğerinde de karşılıklı bir şekilde artma olacağı istatistiksel olarak gösterilmiştir (Tablo 5).
- ✓ Öğrencilerin kafein tüketim miktarlarının yüksek olmasıyla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin fazla olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 6).
- ✓ Öğrencilerin tüketmiş olduğu kafein miktarlarının uykusuzluk düzeylerini etkilemediği, bu iki faktör arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmadığı gösterilmiştir (Tablo 7).
- ✓ Katılımcıların kafein tüketim miktarlarının anksiyete düzeyleri üzerinde etkisi istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Tablo 8).
- ✓ Anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan öğrencilerin anksiyete düzeyleri, anne eğitim düzeyleri lise olanların anksiyete düzeyinden yüksek olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir (Tablo 9).

- ✓ Katılımcıların kafein tüketim miktarları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri anne eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Tablo 9).
- ✓ Anne ve baba eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan öğrencilerin uykusuzluk düzeyleri, anne ve baba eğitim düzeyleri lise olanların uykusuzluk düzeyinden yüksek olduğu gösterilmiştir (Tablo 9, Tablo 10).
- ✓ Baba eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan öğrencilerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri, baba eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanlara nazaran daha yüksek olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir (Tablo 10).
- ✓ Katılımcıların kafein tüketim miktarları ve anksiyete düzeyleri baba eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Tablo 10).
- ✓ Öğrencilerin kafein tüketim miktarları, uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ortalamaları eğitim aldıkları fakülte değişimine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Tablo 11).
- ✓ Katılımcı öğrencilerin kafein tüketim miktarları, uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve katılımcının aile veya akrabalarla, arkadaşlarla, yalnız yaşaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (Tablo 12).
- ✓ Kafein tüketimine ara verildiği zaman patolojik belirtilerin görüldüğü öğrencilerin, aşırı kafein tüketimi zamanı patolojik belirti gösterenlere nazaran günlük daha yüksek miktarda kafein aldıkları saptanmıştır (Tablo 13).
- ✓ Aynı zamanda, kafein tüketimine ara verildiği zaman patolojik belirtilerin görüldüğü öğrencilerin daha önce patolojik belirti yaşamamış olanlara nazaran günlük kafein alım miktarlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13).
- ✓ Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin 4.sınıf öğrencilerinde 1. sınıf, 2. sınıf ve 3. sınıflardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Tablo 14).
- ✓ Araştırmaya katılan öğrencilerin kafein tüketim miktarları, uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin ailede alkol madde

bağımlısı olma durumu ve bireyin kendisinin alkol madde kullanımı arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmamıştır (Tablo 15, Tablo 17).

- ✓ Öğrencilerin günlük kafein tüketim miktarları ile maddi gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmamıştır (Tablo 16).
- ✓ Katılımcıların günlük kafein tüketim miktarları ile cinsiyet dağılımı arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).
- ✓ Araştırmaya katılan öğrencilerin psikiyatrik ilaç öyküsü olanların anksiyete puanları psikiyatrik ilaç öyküsü olmayanların anksiyete puanlarından istatistiksel olarak yüksek olduğu gösterilmiştir (Tablo 19).
- ✓ Günlük kafein tüketim miktarları ile öğrencilerin tıbbi ve psikiyatrik hastalık durumu, stimulan ilaç kullanımı arasında ilişkiye saptanmamıştır (Tablo 20, Tablo 21).

6.2. ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerinde kafein tüketim miktarları ile dikkat eksikliği belirtilerinin, uykusuzluk ve anksiyete düzeylerinin ilişkisini ortaya koyabilmek adına yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar ışığında gelecekte yapılacak araştırmalara ilişkin şunlar önerilebilir:

- i. Bu araştırma, İstanbul ili Üsküdar Üniversitesinde eğitim alan öğrencilerden 18 – 26 yaş arası gönüllü 50 kadın, 50 erkek olmak üzere 100 öğrencili bir örnekleme yapılmıştır. Bu sayının artırılarak daha fazla örnekleme araştırma yapılmasıyla daha geniş ve kapsamlı sonuçlar elde edilebilir.
- ii. Araştırmada ele alınan değişkenler şunlardır; cinsiyet, yaş, sınıf düzeyi, anne ve babanın eğitim düzeyi, psikiyatrik ve stimulan ilaç kullanım öyküsü, tıbbi ve psikiyatrik hastalık durumu, alkol madde kullanım durumu, ailede alkol madde bağımlısı olup olmaması, maddi gelir düzeyi, kafeinli içecek ve

yiyecek tüketim düzeyi şeklindedir. Araştırmacılar tarafından farklı değişkenler ile benzer araştırmalar yapılabilir.

- iii. Kafein tüketiminin son dönemlerde üzerinde durulan bir kavram olduğu görülmektedir. Gerek üniversitelerde gerekse sağlık merkezlerinde aşırı kafein tüketiminin risk ve faktörleri, kafein içeren yiyecek ve içecekler hakkında bireylere bilgilendirilme seminerlerinin yapılması yararlı sonuçlar verebilir.
- iv. Çalışmamızda öğrencilerin kafein tüketim miktarlarının dikkat eksikliği belirtileri, uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmacılar tarafından öğrencilerin veya çalışan bireylerin kafein tüketim miktarlarının stres, depresyon, sigara alışkanlığı gibi faktörlerle ilişkisinin incelenmesi literatüre olumlu yönde katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Akan, H. (2011). Kahve ve Sağlık, İstanbul: Mikado Yayıncılık, Mikado Sağlık:3
- Aldridge A., Bailey J., Neims A. H. (1981). The disposition of caffeine during and after pregnancy. *Semin Perinatol*, 5, 310–4.
- Allen, R. P., Earley, C. J. (2001) Restless legs syndrome, a review of clinical and pathophysiologic features. *J Clin Neurophysiol*, 18, 128-147.
- Almeida Montes, L. G., Hernández García, A. O., Ricardo-Garcell, J. (2007). ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. *J Atten Disord.*, 11(2), 150-6.
- Amaresh, Nirmala, A. R., Mullaicharam and Mohammed Abdueghafour El-Khider. (2011) "Chemistry and pharmacology of caffeine in different types of tea leaves." *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, 1.2, 110.
- Antony, M. M., Roth, D., Swinson, R. P., Huta, V., & Devins, G. M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 311–315.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Ardış, S. (2011). *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları*. Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını.
- Aydın, H. (2007a). *Uyku ve Bozuklukları Kitabı*. In: AYDIN, H. (ed.) *Tarihçe*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydın, H. (2007b). *Uyku ve uyanıklığın temel mekanizmaları*. In: AYDIN, H. (ed.) *Uyku ve Bozuklukları Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Aydın, H. (2008). *Uyku:yapısı ve işlevi*. In: KARAKAŞ, S. (ed.) *Kognitif nörobilimler*. Ankara: MN Medikal & Nobel.
- Ayvaşık, H. B. (2000). Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15 (46), 43-57.

Barkley, R. A., Brown, T. E. (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr.*, 13(11), 977-84.

Barkley, R. A., Morphy, K. R., Fischer, M. (2008). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Science Says.* (1st Ed.). New York, London: The Guilford.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barone, J. J., Roberts, H. R. (1996). Caffeine Consumption, Food and Chemical Toxicology, 34(1), 119-129.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893-897.

Benowitz, N. L., Peng, M., Jacob, P. (2003). Effects of cigarette smoking and carbon monoxide on chlorzoxazone and caffeine metabolism. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 74(5), 468-474.

Bernstein, G. A., Carroll, M. E., Thuras, P. D., Cosgrove, K. P., Roth, M. E. (2002) Caffeine dependence in teenagers. *Drug Alcohol Depend*, 66, 1-6.

Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Kotov, R., Arrindell, W. A. (2006). Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1–22.

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*, 57(11), 1215-20.

Biederman, J., Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Lehman, B. K., Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity,

cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150(12), 1792-8.

Billiard, M., Sonka, K. (2015). Idiopathic hypersomnia. *Sleep Med Rev*, 29, 23-33.

Body, G. R., Reemtsma, H., Grimm, D. A., Mitra, S. (2003). Pharmaceuticals and Personal Care Products (PPCPs) in Surface and Treated Waters of Louisiana, USA and Ontario, Canada, *Science of the Total Environment*, 311(1-3), 135-149.

Bolinano, D., Cappolino, G., Barilla, A., et al. (2007). Caffeine and the Kidney: What evidence right now? *J Ren Nutr.*, 17, 225- 34.

Bolton, S., Null, G. (1981) Caffeine: Psychological Effects, Use and Abuse. *Orthomolecular Psychiatry*, 10(3), 202-211.

Bonnet, M., Tancer, M., Uhde, T., Yeragani, V. K. (2005). Effects of caffeine on heart rate and QT variability during sleep. *Depress Anxiety*, 22, 150–5.

Boysan, M, Güleç, M., Beşiroğlu, L., Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 11, 248-252.

Bryant Ludden, A., Wolfson, A. R. (2010). Understanding adolescent caffeine use: connecting use patterns with expectancies, reasons, and sleep. *Health Educ Behav.*, 37, 330-42.

Burke, L. M. (2008). Caffeine and sports performance. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 33, 1319-1334.

Campana, C., Griffin, P. L., Simon, E. L. (2013). Caffeine overdose resulting in severe rhabdomyolysis and acute renal failure. *Am J Emerg Med.*, 27(13), 554-8.

Canat, Ş. (1998). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: GÜLEÇ. C, (ed.) *Psikiyatri Temel Kitabı 1ed*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Carrillo, J. A., Benitez, J. (1996). CYP1A2 activity, gender and smoking, as variables influencing the toxicity of caffeine. *Br J Clin Pharmacol*, 41, 605-608.

Carskadon, M. A. (2011). Sleep in adolescents: the perfect storm. *Pediatr Clin North Am.*, 58, 637-47.

Cheyne, J. A., Girard T. A. (2009). The body unbound: vestibular-motor hallucinations and outof-body experiences. *Cortex*, 45(2), 201- 15.

Chen, Jiang-Fan, Holger, K., Eltzhig, Bertil, B. (2013). Fredholm. "Adenosine receptors as drug targets—what are the challenges?" *Nature reviews Drug discovery*, 12.4, 265-286.

Childs, E., de Wit, H. (2006) Subjective, behavioral, and physiological effects of acute caffeine in light, nondependent caffeine users. *Psychopharmacology (Berl)*, 185, 514-523.

Christopher, G., Sutherland, D., Smith, A. (2005). Effects of caffeine in non-withdrawn volunteers. *Hum Psychopharmacol*, 20, 47-53.

Collins, L. M., Graham, J. W., Rousculp, S. S., Hansen, W. B. (1998). Heavy caffeine use and the beginning of the substance use onset process: an illustration of latent transition analysis.

Copinschi, G. (2005). Metabolic and endocrine effects of sleep deprivation. *Essent Psychopharmacol*, 6 (6), 341-347.

Cyr, M., Brown, C. S. (2000). Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: PALMER, K. J. (ed.) *Topics in Pediatric Psychiatry*. 1 ed. Hong Kong: Adis Boks.

Çaliyurt, O. (1998). Sirkadiyen uyku uyanıklık düzenini etkileyen iş ve çalışma gruplarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. (Danışman Abay E).

Çoban, H., Altınkaya, M., Saruhan, S. (2018). Kafein <http://gida.mersin.edu.tr/gm324/Kafein.pdf> (E.T: 26 Mart 2018).

Dement, C. W. (2005). History of Sleep Physiology. In: Kryger, M., Roth, T., Dement, C. W., (ed.) *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4 ed. Philadelphia: WB Saunders Company.

Deniz, A., Taş, F., Tomur, A., Koç, A. (2015). Kafeinin Gebelikteki Toksik Etkileri, *Ibni Sina Journal of Medical Sciences*, 1(3), 59-63.

Dews, Peter, B. (2012). Caffeine: Perspectives from recent research. Springer Science & Business Media.

Dikici, S., Yılmaz, L., Aydın, Kutlucan, A., Ercan, N. (2012). Enerji içecekleri hakkında neler biliyoruz? DicleTıp Dergisi, 39(4), 609-613.

Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G., Küçükgöncü, S. (2009). “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği”. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10, 77-87.

Doğangün, B., Yavuz, M. (2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Türk Pediatri Arşivi Dergisi. 25-8.

Donovan, J. L., DeVane, C. L. (2001). A primer on caffeine pharmacology and its drug interactions in clinical psychopharmacology. Psychopharmacol Bull.,35(3), 3040.

Dökmeci, İ. (2002). Farmakoloji-temel kavramlar. İstanbul: Nobel tıp kitabevi, 319-322.

Drapeau, C., Hamel-Hebert, I., Robillard, R., Selmaoui, B., Filipini, D., Carrier, J. (2006). Challenging sleep in aging: the effects of 200 mg of caffeine during the evening in young and middle-aged moderate caffeine consumers. J Sleep Res.,15, 133–41.

Duman, E. (2006). Atıksuların Fenton Oksidasyonu ile Arıtılabilirliğinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 182342.

Dunwiddie, Thomas, V., Susan, A. M. (2001). "The role and regulation of adenosine in the central nervous system." Annual review of neuroscience, 24(1), 31-55.

Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviors in pre-school children. Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 44, 945-960.

Ercan, E. (2015). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Doğan Egmont.

Estes, W. K., Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29(5), 390.

Evans, D. W., and Leckman, J. F. (2006). Origins of obsessive-compulsive disorder: Developmental and evolutionary perspectives. In D. Cicchetti and D. J. Cohen (Eds), *Developmental psychopathology* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Eyestone, L. L., Howell, R. J. (1994). An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bull Am Acad Psychiatry Law.*, 22(2), 181-93.

Faraone, S. V., Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord.*, 9(2), 384-91.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-13.

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190, 402-9.

Fernández-Mendoza, J., Vela-Bueno, A., Vgontzas, A. N., Olavarrieta-Bernardino, S., Ramos-Platón, M. J., Bixler, E. O., De la Cruz-Troca, J. J. (2009). Nighttime sleep and daytime functioning correlates of the insomnia complaint in young adults. *J Adolesc.*, 32(5), 1059-74.

Frary, Carol, D., Rachel, K., Johnson, Min Qi Wang. (2005). "Food sources and intakes of caffeine in the diets of persons in the United States." *Journal of the American Dietetic Association*, 105.1, 110-113.

Friedman, Mendel. (2007). "Overview of antibacterial, antitoxin, antiviral, and antifungal activities of tea flavonoids and teas." *Molecular nutrition & food research*, 51(1), 116-134.

Fulgoni, V. L., Keast, D. R., Lieberman, H. R. (2015). Trends in intake and sources of caffeine in the diets of US adults. *Am J Clin Nutr.*,101(5), 1081-7.

Garipağaoğlu, M., Kuyrukçu, N. (2009). Çocuk Sağlığı ve Kafein, *Çocuk Dergisi*, 9(3), 110-115.

Gaub, M., Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(8), 1036-45. Erratum in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(12), 1783.

Gerull, F. C., Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: The effects of maternal modeling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 279-287.

Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., Lindefors, N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 22(10), 112.

Goldstein, A., Kaizer, S., Whitby, O. (1969). Psychotropic effects of caffeine in man. IV. Quantitative and qualitative differences associated with habituation to coffee. *Clin Pharmacol Ther*, 10, 489-497.

Graham, Terry E. (2000). "Caffeine ingestion does not alter carbohydrate or fat metabolism in human skeletal muscle during exercise." *The Journal of Physiology*, 529(3), 837-847.

Greer, F., C. McLean, Graham, T. E. (1998). "Caffeine, performance, and metabolism during repeated Wingate exercise tests." *Journal of applied physiology*, 85(4), 1502-1508.

Guyton, A. (2001). *Tıbbi Fizyoloji: Beynin Etkinlik Durumları-Uyku*. Çavuşoğlu H.(çev). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 689-96.

Hancı, M., Bakırcı, S., Bayram, S., Karahan, S., Kaya, E. (2013). Türk Kahvesi ve Türkiye’de Satılan Bazı İçeceklerdeki Kafein Miktarları, *Düzce Tıp Dergisi*, 15(3), 34-38.

Harland, B. F. (2000). Caffeine and nutrition. *Nutrition*, 16(7-8), 522-6.

Heatherley, Susan, V. (2005). "Cognitive and psychomotor performance, mood, and pressor effects of caffeine after 4, 6 and 8 h caffeine abstinence." *Psychopharmacology*, 178(4), 461-470.

Heraghty, J. L., Hilliard, T. N., Henderson, A. J., Fleming, P. J. (2008). The physiology of sleep in infants. *Arch Dis Child*, 982-85, 93.

Hudson, J. L., Rapee, M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.

Hudson, J. L., Rapee, M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 548-555.

Hughes, J. R., Alison, H. O., Liguori, A., Joseph Carpenter, Howard, T. (1998). Endorsement of DSM-IV dependence criteria among caffeine users. *Drug Alcohol Depend*, 52, 99-107.

IGLOWSTEIN, I., OSKAR, G., (2003). Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics*, 111, 302-307.

Jodi, A. M., Lisa, J.M., (2008). Behavioural Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Ann Acad Med Singapore*, 37, 722-8.

JONES, E. B. (2005). Basics mechanisms of sleep-wake states. In: Kryger, M., Roth, T., Dement, C. W., (ed.) *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4 ed. Philadelphia: WB Saunders Company.

Kamimori, G. H., Johnson, D., Thorne, D., Belenky, G. (2005). Multiple caffeine doses maintain vigilance during early morning operations. *Aviat Space Environ Med*, 76, 1046–50.

Karabekiroğlu, K. (2008). Nikotinik Reseptörler, Nükleus Akumbens ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 18(2).

Karacan, I., Thornby, J. I., Anch, M., Booth, G. H., Williams, R. L., Salis, P. J. (1976). Dose-related sleep disturbances induced by coffee and caffeine. *Clin Pharmacol Ther*, 20, 682–9.

Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu, 62, 147-152.

Kelly, D. P. (1992). Attention deficits in school-aged children and adolescents. Current issues and practice. *Pediatr Clin North Am.*, 39, 487-512.

Kendall, P. C., Chu, B. C., Pimental, S. S., Choudhury, M. (2000). Treating anxiety disorders in youth. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford.

Kendrick, S. F., Day, C. P. (2007). A coffee with your brandy, sir? *J Hepatol*, 46, 980-2.

Kenemans, J. I., Verbaten, M. N. (1998). Caffeine and visuo- spatial attention. *Psychopharm*, 135, 353.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*, 35(2), 245-56.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(4), 716-23.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19.

Khorshid, L., Sarı, D. (2013). Üniversite Çalışanlarında Kafein Tüketimi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(1), 45-59

Klein, R. G., Pine, D. S. (2002). Anxiety Disorders. In: Rutter M, Taylor, E, ed. Child and Adolescent Psychiatry (4th ed.). Oxford: Blackwell Publications, 486-509.

Koelega, H. S. (1993). Stimulant drugs and vigilance performance: a review. *Psychopharm*, 111, 1.

Kotagal, S. (2009). Parasomnias in childhood. *Sleep medicine reviews*, 13(2), 157-168.

Köroğlu, E. (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Landolt, H. P., Werth, E., Borbely, A. A., Dijk, D. J. (1995). Caffeine intake (200 mg) in the morning affects human sleep and EEG power spectra at night. *Brain Res.*, 675, 67-74.

Lecos, C. (1988). Caffeine Jitters: Some Safety Questions Remain. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, P 4.

Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., Czeisler, C. A., Landrigan, C. P. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 33(11), 7-18.

Lorist, M. M., Snel, J. (1997). Caffeine effects on perceptual and motor processes. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 102, 401-413.

Loyacano, S. L. (1999). The relationship between caffeine consumption and study habits. *School Administrator*, 56(3), 6-12.

Manassis, K., Tannock, R., and Barbosa, J. (2000). Dichotic listening and response inhibition in children with comorbid anxiety disorders and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*.

Marcason, W. (2008). Is caffeine considered a diuretic and should my client increase their fluid intake to compensate for this effect? *J Am Diet Assoc*, 108-908.

Martin, A., Volkmar, F. R., Bloch, M. H. (2018). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Wolters Kluwer.

Martin, D. W., Mayes, P. A., Rodwell, V. W. (1986). *Harper'in Biyokimyaya Bakışı*. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Mazzotti, D. R., Diego, Robles. (2011). "Effects of the adenosine deaminase polymorphism and caffeine intake on sleep parameters in a large population sample." *Sleep*, 34(3), 399-402.

McCusker, R. R., Goldberger, B. A., Cone, E. J. (2003). Caffeine content of specialty coffees. *J Anal Toxicol*, 27, 520–2.

McKim, M. W. (2000). *Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology*. Forth Edition, PrenticeHall, Inc., New Jersey.

Medicine. (2014). *A.A.O.S.: International Classification of Sleep Disorders*. Darien, IL, American Academy of Sleep Medicine.

Meletis, Chris, D. (2006). "Coffee–functional food and medicinal herb." *Alternative & Complementary Therapies*, 12(1), 7-13.

Messerschmitt, P. (1985). The parasomnias. *Soins ve la revue de reference infirmiere*, 464, 19-22.

Morin, C. M., Bastien, C. H., Vallieres, A. (2001). Validation of the *Insomnia Severity Index* as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*, 2(4), 297-307.

Neglih, A. (1999). Are we dependent upon coffee and caffeine? A review on human and animal data. *Neurosci Biobehav Rev*, 23, 563-76.

Nigg, J. T., John, O. P., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Willcutt, E. G., Hinshaw, S. P., Pennington, B. (2002). Big five dimensions and ADHD symptoms: links between personality traits and clinical symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 83, 451-69.

Nordt, S. P., Vilke, G. M., Clark, R. F. (2012). Energy drink use and adverse effects among emergency department patients. *J Community Health*, 37, 976–81.

Ofluoğlu, F. E. (2007). Ratlarda Beyin L-Arginin Metabolizması Üzerine Kafeinin Etkileri, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 194218.

Orbeta, R. L., Overpeck, M. D., Ramcharran, D. (2006). High caffeine intake in adolescents: associations with difficulty sleeping and feeling tired in the morning. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 451-453.

Öncü, B., Şenol, S. (2002). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 5, 111-119.

Öner, P., Öner, Ö., Aysev, A. (2003). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD*, 3, 97.

Özen, Ş., Arı, M., Gören, S., Palancı, Y., Sır, A. (2005). Tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 92-98.

Öztürk, M. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 343-89.

Pelham, W. E., Foster, E. M., Robb, J. A. (2007). The economic impact of attentiondeficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Ambul Pediatr*, 7(1), 121-31.

Pennay, A. E., Lubman, D. I. (2012). Energy drinks: health risks and toxicity. *Med J Aust*, 196(7), 442-7.

Pliszka, S. (2003). Non-stimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *C%S Spectr*, 8, 253-258.

Pollak, C. P., Bright, D. (2003). Caffeine Consumption and Weekly Sleep Patterns in US Seventh, Eighth and Ninth-Graders. *Pediatrics*, 111(1), 42-46.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. (1988). Anxiety sensitivity, injury sensitivity, and individual differences in fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 341-345.

- Reiss, S., Silverman, W. K., Weems, C. F. (2001). Anxiety sensitivity. In Vasey, M. W., Dadds, M. R. (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press, 92–111.
- Reissig, C. J., Strain, E. C., Griffiths, R. R. (2009). Caffeinated energy drinks--a growing problem. *Drug Alcohol Depend*, 99, 1–10.
- Roehrs, T., Roth, T. (2008). Caffeine: Sleep and daytime sleepiness. *Sleep Med Rev*, 12, 153-62.
- Rogers, P. J., Heatherley, S. V., Hayward, R. C., Seers, H. E., Hill, J., Kane, M. (2005). Effects of caffeine and caffeine withdrawal on mood and cognitive performance degraded by sleep restriction. *Psychopharmacology (Berl)*, 179, 742-752.
- Ruijter, J., De Ruiter, M. B., Snel, J. (2000). The effects of caffeine on visual selective attention to color: an ERP study. *Psychophysiology*, 37, 427-439.
- Saygılı, S., Akıncı, Ç. A., Arıkan, H., Dereli, H. (2011). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 88-94.
- Sadock, B., Sadock, V. 8. Baskı. Aydın, H., Bozkurt, A., tercüme editörleri. Ankara: Günefl Kitabevi, 2, 1201-1210.
- Semerci, B., Turgay, A. (2014). *Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. (6. Baskı). Alfa Yayıncılık, İstanbul: Alfa.
- Siegel, J. (1990). Mechanisms of sleep control. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 7(1), 49-66.
- Silverman, K., Evans, S. M., Strain, E. C., Griffiths, R. R. (1992). Withdrawal syndrome after the double-blind cessation of caffeine consumption. *NEJM*, 327(16), 1109-1114.
- Shanahan, M. P., Hughes, R. N. (1986). Potentiation of performance induced anxiety by caffeine in coffee. *Psychol Repor*, 59, 83-86.
- Smith, A. (2009). Effects of caffeine in chewing gum on mood and attention. *Hum Psychopharmacol*, 24, 239-247.

Smith, A. (2002). Effects of caffeine on human behavior. *Food and Chemical Toxicol*, 40, 1243-1255.

Smith, A., Kendrick, A., Maben, A., Salmon, J. (1994). Effects of breakfast and caffeine on cognitive performance, mood and cardiovascular functioning. *Appetite*, 22, 39-55.

Smith, A. P., Kendrick, A. M., Maben, A. L. (1992). Effects of breakfast and caffeine on performance and mood in the late morning and after lunch. *Neuropsychobiol*, 26, 198.

Spetie, L., Arnold, L. E. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Chapter 5.2.1., Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins. STAHL.

Strain, E. C., Griffiths, R. R. (2007). Kafeinle ilifkili bozukluklar. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Editörler: Sadock, B., Sadock, V8. Baskı. Aydın, H., Bozkurt, A., tercüme editörleri. Ankara: Günefl Kitabevi, 2, 1201-1210.

Streufert, S., Satish, U., Pogash, R., Gingrich, D., Landis, R., Roache, J., Severs, W. (1997). Excess coffee consumption in simulated complex work settings: detriment or facilitation of performance? *J Appl Psychol*, 82, 774-782.

Steriade, M. (2005). Brain electirical activity and sensory processing during waking and sleep states. In: Kryger, M., Roth, T., Dement, C. W., (ed.) *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4 ed. Philadelphia: WB Saunders Company.

Swanson, J. A., Lee, J. W., Hopp, J. W. (1994). Caffeine and nicotine: a review of their joint use and possible interactive effects in tobacco withdrawal. *Addict Behav*, 19, 225-226.

Şenol, S. (2008). Dikkat eksikligi hiperaktivite bozukluğu. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, ÇGRSDER yayımları*. 3.

Tahiroğlu, Y. A. (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak.*

- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 243-258.
- Thome, J., Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *Eur Psychiatry*, 19, 303–306.
- Thorpy, M. J. (2004). Approach to the patient with a sleep complaint. *Semin Neurol*, 24(3), 225-235.
- Toubro, S., Astrup, A. V., Breum, L. (1993). Safety and efficacy of long-term treatment with ephedrine, caffeine and an ephedrine/caffeine mixture. *International Journal Of Obesity*, 17, 69-72.
- Türkbay, T., Söhmen, T. (2001). Çocuk ve ergenlerde uyku bozuklukları. *T. Klin. Psikiyatri*, 2.
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.
- Uzbay, T. (2015). Madde bağımlılığı: Tüm boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı.
- Warburton, D. M. (1995). Effects of caffeine on cognition and mood without caffeine abstinence. *Psychopharm*, 119, 66.
- Weis, M., Weis, G. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. In: LEWIS, M. (ed.) *Child and Adolescent Psychiatry* 3ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1992). International statistical classification of diseases and related health problems. 10. Revizyon (ICD10), Geneva, World Health Organization.
- Yapıcıoğlu, B., Kavakcı, Ö., Güler, A. S., Semiz, M., Doğan, O. (2011). Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 177-84.
- Yüksel, N.(2006). *Ruhsal Hastalıklar*. (3. Baskı). Ankara: Medikal & Nobel.

EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI:

18 – 26 yaş arası üniversite öğrencilerinde kafein tüketim miktarları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, uykusuzluk ve anksiyete düzeylerinin ilişkisinin araştırılması

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. / Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Üniversite öğrencilerinin ana uyarıcı kaynağı, dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de kafeinli içeceklerdir. Kafeinin yüksek miktarda kullanımı insanda hem mental, hem de fiziki durum üzerine etkilerine göre ciddi ve yaygın bir durumdur. Bu kapsamda, bu durumda bulunan genç erişkinlerde tarama yapılması ve uygun davranış yöntemleri ile fazla kafein kullanımının azaltılması ideal sonuçtur. Tezimin, toplumumuzda ve dünyada sıkça görülmeye başlayan, bu nedenle psikolojik ve fizyolojik olarak büyük önem taşıyan bu durumun araştırılmasında küçük bir referans olmasını ve literatüre katkısı olmasını amaçlıyorum.

Bu çalışmanın temelinde iki amaç yatmaktadır. Bu amaçlardan birincisi, 18 – 26 yaş arası üniversite öğrencilerinde kafein tüketim miktarlarının sıklığını araştırmaktır. İkincisi ise kafein tüketim miktarlarının uykusuzluk ve anksiyete düzeyleri, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu gibi komorbid psikiyatrik semptomlar ile olan ilişkisini incelemektir.

CALIşMA İşLEMLERİ:

Gönüllü katılımcılara Sosyodemografik veri formu ve içerisinde kafein tüketimi ile ilgili anket, Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği uygulanacaktır. Her bir ölçek için yaklaşık 15 dakikalık süre ayrılması öngörülmektedir.

ÇALIşMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Cevaplarınızın katkıda bulunacağı analizlerle oluşturulacak bu araştırmanın, toplumumuzda ve dünyada yaygın bir şekilde görülmeye başlayan, bu nedenle psikolojik ve fizyolojik olarak büyük önem taşıyan bu durumun araştırılmasında küçük bir referans olmasını ve literatüre katkısı olmasını amaçlıyorum.

KİşSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmada isimsiz olarak verdiğiniz cevaplar kullanılacaktır. şahsınıza özel bilgilere bu çalışma kapsamında ihtiyaç duymamaktayız. Ölçekler için verdiğiniz cevaplar araştırmanın veri analizinde kullanılacak ve araştırma ekibi tarafından gizli tutulacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAşVURULACAK KİşİLER :

1. Aytan Javadzade – Üsküdar üniversitesi öğrencisi / +905537043021

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
-----------------------------------	--	-----------------------

Telefon:	
----------	--

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-2 Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- Cinsiyetiniz:**
 Kadın Erkek
- Yaşınız:**
- Eğitim durumunuz:**
 Önlisans Lisans Yüksek lisans+
- Okuduğunuz Bölüm:**
- Sınıfınız:**
- Kiminle Yaşıyorsunuz:**
 Ailenizle Akrabalarınızla Arkadaşlarınızla Yalnız
- Anne-Babanızın durumu nedir?**
 İkisi de sağ ve birlikte Anne sağ, baba yaşamıyor Baba sağ, anne yaşamıyor
 İkisi de yaşamıyor Anne ve baba ayrı yaşamakta
- Annenizin eğitim durumunu belirtiniz:**
 Okur-Yazar değil Okur-Yazar İlköğretim Lise
 Üniversite Üniversite ve üstü
- Annenizin mesleki durumunu belirtiniz:**
 Çalışıyor Çalışmıyor
- Babanızın eğitim durumunu belirtiniz:**
 Okur-Yazar değil Okur-Yazar İlköğretim Lise
 Üniversite Üniversite ve üstü
- Babanızın mesleki durumunu belirtiniz:**

Çalışıyor Çalışmıyor

12. Ailenizin maddi gelir düzeyi aşağıdakilerden hangisidir?

Düşük gelir düzeyi Orta gelir düzeyi Yüksek gelir düzeyi

13. Kaç kardeşiniz?

Tek çocuğum İki Kardeşiz Üç kardeşiz Dört kardeşiz
 Beş kardeşiz Altı ve yukarı kardeşiz

14. Şu anda veya geçmişte kullandığınız herhangi psikiyatrik ilaç var mı?

evet ; (cevabınız evet ise en son kullanım tarihi:.....)
 hayır

15. Herhangi tıbbi/psikiyatrik hastalığınız mevcut mudur?

evet ; (cevabınız evet ise hastalığın ismini belirtiniz:.....)
 hayır

16. Soygeçmişinizde/ ailenizde herhangi tıbbi/psikiyatrik hastalık mevcut mudur?

evet ; (cevabınız evet ise hastalığın ismini belirtiniz:.....)
 hayır

17. Şu anda veya geçmişte stimulan ilaç (metilfenidat: RİTALİN, CONCERTA, MEDİKİNET) kullanımınız oldu mu?

evet ; (cevabınız evet ise en son kullanım tarihi:.....)
 hayır

18. Şu anda veya geçmişte alkol/madde kullanımınız mevcut mudur?

evet ; (cevabınız evet ise en son kullanım tarihi:.....)
 hayır

19. Ailenizde şu anda veya geçmişte alkol/madde bağımlısı olan birey var mıdır?

evet
 hayır

I. Lütfen örneklerdeki şekilde kullandığınız içecek ve yiyeceğin porsiyon miktarını belirtiniz .

İçecek ve yiyecek listesi

Bir gün içerisinde kullanılan porsiyon miktarı

filtre kahve →	(örn.: 1 fincan)
Espresso kahve →	(örn.: 1 fincan)
Neskafe →	(örn.: 1 fincan)
Türk kahvesi →	(örn.: 1 fincan)
demli çay →	(örn.:1 çay bardağı)
enerji içeceği →	(örn.: 330 ml/1 şişe)
Ice Tea →	(örn. 1 kutu)
Kola →	(örn.: 1 kutu)
diyet kola →	(örn.: 1 kutu)
çikolata →	(örn.: 50 g/orta boy)

II. Aşırı kahve, çay veya enerji içeceği (hangisinden, kaç porsiyon:.....) tükettiğiniz herhangi bir günde aşağıdaki belirtilerden hangileriyle karşılaştınız?

**(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Huzursuzluk | <input type="checkbox"/> Mide – bağırsak rahatsızlığı |
| <input type="checkbox"/> Sinirlilik | <input type="checkbox"/> Kas seğirmesi |
| <input type="checkbox"/> Heyecan | <input type="checkbox"/> Düşünce ve konuşma dağınıklığı |
| <input type="checkbox"/> Uykusuzluk | <input type="checkbox"/> Aritmi (kalp ritim bozukluğu) |
| <input type="checkbox"/> Yüz kızarması | <input type="checkbox"/> İçsel gücün tükenmemesi |
| <input type="checkbox"/> Diürez (sık idrara çıkma) | <input type="checkbox"/> Psikomotor ajitasyon
(tutarsız aşırı davranış) |

- Bu belirtiler belirgin sıkıntıya, toplumsal ve diğer önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden oldu mu? (Örn.: aile ve insan ilişkilerinde sorunlar yaşanması, okul ve iş hayatınızda konsantrasyonun bozukluğu, performan düşüklüğü, akademik işlerinizde aksamaların olması)

-Evet

- Hayır

III. Uzun bir süredir her gün kahve, çay veya enerji içeceği tüketiyorsanız, ara verdiğiniz herhangi bir gün aşağıdaki belirtilerden hangileriyle karşılaştınız?

**(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

- Baş ağrısı
- Belirgin bir yorgunluk ya da uyuşukluk
- Çökkün duygudurum ya da kolay kızma
- Odaklanmakta güçlük çekme
- Grip benzeri belirtiler (bulantı, kusma ya da kaslarda ağrı/sertlik)

EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-4 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)

İsim: _____

Tarih _____

1. Lütfen şu andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	<u>Hiç</u>	<u>Hafif</u>	<u>Orta</u>	<u>Şiddetli</u>	<u>Çok şiddetli</u>
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

<u>Çok Memnun</u>	<u>Memnun</u>	<u>Nötr</u>	<u>Memnun Değil</u>	<u>Hiç Memnun Değil</u>
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

<u>Kesinlikle Engelle-yici Değil</u>	<u>Biraz Engelle-yici</u>	<u>Oldukça Engelle-yici</u>	<u>Çok Engelle-yici</u>	<u>Çok Fazla Engelle-yici</u>
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

<u>Kesinlikle Fark Edilemez</u>	<u>Biraz Fark Edilebilir</u>	<u>Oldukça Fark Edilebilir</u>	<u>Çok Fark Edilebilir</u>	<u>Çok Fazla Fark Edilebilir</u>
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

<u>Kesinlikle Endişelendirmiyor</u>	<u>Biraz Endişelendiriyor</u>	<u>Oldukça Endişelendiriyor</u>	<u>Çok Endişelendiriyor</u>	<u>Çok Fazla Endişelendiriyor</u>
0	1	2	3	4

EK-5 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda size en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

İsim:	Tarih:				
	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

EK-6 Kurum İzni



T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

REKTÖRLÜK

Sayı : 60560713-044/
Konu : Anket İzni hk.

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19/02/2018 tarihli, 28267806-044/1382 tarihli yazınız.

Enstitünüz Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aytan Javazade'nin "18-26 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde Kafein Tüketim Miktarları ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Uykusuzluk ve Anksiyete Düzeylerinin İlişkisinin Araştırılması" konulu tezi kapsamındaki anket çalışmasını Üniversitemiz öğrencilerine uygulama talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Nevzat TARHAN
Rektör

EK-7 Etik Kurul Raporu



info@uskudar.edu.tr

Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/402

23/02/2018

Yrd.Doç.Dr. Başak AYIK
(Ayten JAVADZADE)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/02/2018 tarihinde yapılan 02 No.lu toplantısında “18-26 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde Kafein Tüketim Miktarları İle Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Uykusuzluk Ve Anksiyete Düzeylerinin İlişkisinin Araştırılması” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler:

Doğum Tarihi/ Yeri: 11.07.1994 / Baku, Azerbaycan

Yaşadığı Yer: İstanbul

Eğitim Bilgileri:

Mezun olduğu Üniversite / Mezuniyet yılı: Khazar Üniversitesi / 2015

Mezun olduğu bölüm: Psikoloji

Yabancı Dil (ler) ve düzeyi:

Azerbaycanca- Ana dili

Türkçe- İleri

İngilizce- Orta

Rusca- Başlangıç

İs Deneyimi:

Stajlar:

Balıklı Rum Hastanesi

NP İstanbul Beyin Hastanesi