



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL HAYDARPAŞA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

HEKİMLERİN KAFEİN KULLANIM BOZUKLUKLARI İLE
UYKU KALİTESİ VE MESLEKİ TÜKENMİŞLİKLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Büşra Sağlam

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL HAYDARPAŞA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

HEKİMLERİN KAFEİN KULLANIM BOZUKLUKLARI İLE
UYKU KALİTESİ VE MESLEKİ TÜKENMİŞLİKLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Büşra Sağlam

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Akın Dayan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren, her daim desteğini hissettiğim saygıdeğer hocamız Aile Hekimliği Klinik Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Memet Taşkın EĞİCİ'ye, uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, özveriyle akademik desteklerini sunan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Akın DAYAN'a

Uzmanlık eğitimimiz boyunca destek ve yardımlarıyla her zaman yanımızda olan, hekimlik adına ufkumuzu genişleten değerli hocalarımız Doç. Dr. Zeynep Tuzcular VURAL'a, Başasistan Uz. Dr. Işık GÖNENÇ'e ve Uz. Dr. Özge DOĞAN'a

Tez sürecimde katkıları ve yardımları olan kıymetli meslektaşlarım Dr. Büşra KOCATEPE, Dr. Egemen TURAL ve Dr. Gamze EKİNCİ'ye ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum tüm asistan hekim arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, sevgilerini her zaman hissettiğim canım aileme,

Gönülden sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Büşra Sağlam

İstanbul, 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	iv
KISALTMALAR.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. KAFEİN.....	2
2.1.1. Kafein ve Tarihçesi.....	2
2.1.2. Kafein kaynakları ve tüketimi.....	2
2.1.3. Kafeinin farmakokinetik özellikleri.....	3
2.1.4. Kafeinin merkezi sinir sistemi ve uyku üzerine etkileri.....	3
2.1.5. Kafein kullanım bozukluğu.....	4
2.2. UYKU.....	5
2.2.1. Uykunun tanımı ve evreleri.....	5
2.2.2. Uyku Kalitesi.....	7
2.2.3. Uyku Bozuklukları.....	8
2.3. TÜKENMİŞLİK.....	8
2.3.1. Tükenmişlik Tanımı.....	8
2.3.2. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	9
2.3.3. Tükenmişliğin Belirtileri.....	10
2.3.4. Tükenmişliğin Nedenleri.....	10
2.3.5. Tükenmişliğin önemi ve sonuçları.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. ARAŞTIRMA İZNİ.....	12
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	12
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	12
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ.....	12

3.5. ANKET FORMU ÖZELLİKLERİ	12
3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu.....	12
3.5.2. Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği	13
3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	13
3.5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	14
3.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE İSTATİKSEL ANALİZ.....	15
4. BULGULAR.....	18
4.1. KATILIMCI BİLGİ FORMUNA AİT VERİLER.....	18
4.2. KAFEİN KULLANIM BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN VERİLER.....	23
4.3. PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİNE İLİŞKİN VERİLER.....	28
4.4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN VERİLER.....	32
4.4.1. Maslach Duygusal Tükenme Alt Ölçeği	32
4.4.2. Maslach Duyarsızlaşma Alt Ölçeği.....	36
4.4.3. Maslach Kişisel Başarı Alt Ölçeği	40
4.5. ÖLÇEK PUANLARI İLE DİĞER PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ	45
4.6. ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	45
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ	57
7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	58
8. KAYNAKÇA.....	59

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tez danışmanım Doç. Dr. Akın DAYAN kontrolünde tarafımdan üretildiğini ve eğitimlerde aldığım Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Büşra SAğLAM

KISALTMALAR

KKB	: Kafein Kullanım Bozukluğu
KKBÖ	: Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
GLM	: Genelleştirilmiş Lineer Model
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
REM	: Rapid Eye Movement



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kafein içeren çeşitli içecekler ve kafein miktarı	2
Tablo 2: Uykunun evreleri (24).....	7
Tablo 3: Demografik özellikler	18
Tablo 4: Kafein tüketimi ile ilgili sorulara verilen yanıtların dağılımı	19
Tablo 5: Bireylerin Günlük Kafein Miktarları	21
Tablo 6: Bireylere ait Tanımlayıcı İstatistikler	21
Tablo 7: Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler	22
Tablo 8: PUKİ Ölçek skoru sınıflamasının dağılımı.....	22
Tablo 9: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı karşılaştırılması	24
Tablo 10: Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı İkili Karşılaştırmaları.....	27
Tablo 11: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin PUKİ Skorlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 12: PUKİ Skoru İkili Karşılaştırmaları	32
Tablo 13: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 14: Maslach-Duygusal Tükenme Puanı İkili Karşılaştırmaları	36
Tablo 15: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 16: Maslach-Duyarsızlaşma Puanı İkili Karşılaştırmaları	40
Tablo 17: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 18: Maslach-Kişisel Başarı Puanı İkili Karşılaştırmaları.....	44
Tablo 19: Ölçek puanları arasındaki ilişki katsayıları.....	46
Tablo 20: Ölçeklere ait iç tutarlılık katsayıları.....	47
Tablo 21: Genelleştirilmiş Lineer Model Sonuçları.....	48

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: PUKİ Sınıflaması Dağılımı	23
--	----



ÖZET

HEKİMLERİN KAFEİN KULLANIM BOZUKLUKLARI İLE UYKU KALİTESİ VE MESLEKİ TÜKENMİŞLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş ve amaç: Kafein kullanımının insan sağlığı üzerine olumlu etkileri olmakla birlikte sürekli ve fazla miktarda kullanımının fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı hekimlerde kafein kullanım bozukluğunun araştırılarak uyku kalitesi ve mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışma tek merkezli, prospektif kesitsel tipte bir araştırma olup, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan uzman ve asistan hekimler arasında dahil etme kriterlerine uygun 240 kişi çalışmaya alınmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınarak sosyodemografik veri formu, kafein kullanım bozukluğu ölçeği (KKBÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) web tabanlı anket formu gönderilmiştir. Çalışmada istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır ve anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 33.72 ± 9.13 yıl olarak elde edilmiştir. Katılımcıların %68.3'ü kadındır. Katılımcıların günlük ortalama kafein miktarı 370.44 ± 216.73 mg olduğu tespit edilmiştir. Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek puan ortalaması 16.65 ± 5.42 , PUKİ skoru ortalaması 6.48 ± 2.77 , Maslach Duygusal Tükenme puan ortalaması 18.82 ± 7.32 , Maslach Duyarsızlaşma puan ortalaması 7.75 ± 4.25 , Maslach Kişisel Başarı ortalaması ise 18.00 ± 4.95 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların % 60'nın kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile PUKİ skoru arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,148, p=0,022$). Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile Maslach Duygusal Tükenme Puanı, Maslach Duyarsızlaşma Puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r=0,205; p=0,001$, $r=0,233; p<0,001$). ve Maslach Kişisel

Başarı Puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,196$, $p=0,002$). Kafein kullanım bozukluğunu etkileyen faktörleri belirlemek üzere kurulan genelleştirilmiş lineer modelde (GLM), kadın cinsiyet, kafein tüketimi ve duyarsızlaşmanın kafein kullanımına yordayıcı etkisi olumsuz yöndedir.

Sonuç: Bu çalışmada, kafein kullanım bozukluğunun duyarsızlaşma durumundan etkilendiği bulunmuştur. Kadınlar kafein kullanım bozukluğu açısından daha fazla risk altındadır. KKBÖ puanı ile PUKİ skoru ve MTÖ puanı ilişkilidir. Hekimlerin mesleki duyarsızlaşmaları konusunda çalışmaların yapılması, kafein kullanım bozukluklarının düzelmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: kafein, uyku, tükenmişlik, mesleki

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CAFFEINE USE DISORDERS AND SLEEP QUALITY AND OCCUPATIONAL BURNOUT IN PHYSICIANS

Introduction and aim: Although caffeine use has positive effects on human health, sustained and excessive caffeine use is known to cause physical and mental health problems. The aim of this study was to investigate caffeine use disorder in physicians and to determine the relationship between sleep quality and occupational burnout.

Method: The study was a single-center, prospective cross-sectional study and 240 individuals who met the inclusion criteria among specialist and assistant physicians working at Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital were included in the study. Informed consent was obtained from the participants and a sociodemographic data form, Caffeine Use Disorder Questionnaire (CUDQ), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Maslach Burnout Index (MBI) web-based questionnaire were sent. IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Turkey) program was used for statistical analysis and significance was evaluated at $p<0.05$ level.

Results: The mean age of the individuals participating in the study was 33.72 ± 9.13 years. 68.3% of the participants were female. The mean daily caffeine intake of the participants was $370.44\pm 216\pm 73$ mg. The mean Caffeine Use Disorder Questionnaire score was 16.65 ± 5.42 , the mean PDQI score was 6.48 ± 2.77 , the mean Maslach Emotional Exhaustion score was 18.82 ± 7.32 , the mean Maslach Depersonalization score was 7.75 ± 4.25 , and the mean Maslach Personal Accomplishment score was 18.00 ± 4.95 . It was found that 60% of the participants had poor sleep quality. A significant positive correlation was found between Caffeine Use Disorder Scale Score and PDQI score ($r=0.148$, $p=0.022$). A significant positive correlation was found between Caffeine Use Disorder Scale Score and Maslach Emotional Exhaustion Score, Maslach Depersonalization Score ($r=0.205$; $p=0.001$,

$r=0.233; p<0.001$). and a significant negative correlation was found between Maslach Personal Achievement Score ($r=-0.196, p=0.002$). In the generalized linear model (GLM) established to determine the factors affecting caffeine use disorder, the predictive effect of female gender, caffeine consumption and depersonalization on caffeine use was negative.

Conclusion: In this study, caffeine use disorder was found to be affected by depersonalization. Women are more at risk for caffeine use disorder. The score of the CUDQ was associated with the score of the PDQI and the score of the MBI. Studies on occupational depersonalization of physicians may contribute to the improvement of caffeine use disorders.

Key words: caffeine, sleep, burnout, professional

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kafein, dünyada en çok tüketilen psikoaktif maddedir (1). Bir ksantin alkaloididir ve çikolata, kahve ve çay gibi çeşitli yiyecek ve içeceklerde bulunur. Yapılan çalışmalarda, yetişkinlerin yaklaşık %90 oranının düzenli olarak kafein tükettiği ve ortalama günlük kafein alım miktarının 227 mg olduğu incelenmiştir. Diğer psikoaktif maddeler gibi, kafeinin de bağımlılık yapma potansiyeli çalışmalarıyla gösterilmiştir (2,3). DSM-5'e tanı kategorisi olarak kafein yoksunluğu eklenmiştir. Bununla birlikte, kafein kullanım bozukluğu (KKB), KKB'nin klinik önemine ilişkin veri eksikliği nedeniyle DSM-5'in 3. Bölümüne ("İleri Çalışma Koşulları") dahil edilmiştir (4).

Kafein, özellikle günün ilerleyen saatlerinde veya yüksek dozlarda kullanıldığında ciddi uyku bozucu etkiler yaratmaktadır. 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 elde edilmiştir. Uyku bozuklukları; mesleki performansta bozulma, kazalar, kardiyovasküler, endokrin ve psikosomatik bozukluklara neden olabilmektedir (5). Yapılan çalışmalarda, Hipotalamik- hipofiz- adrenal eksenin sürekli aktivasyonundan ve artan vücut stresi seviyelerinden etkilenen enerji rezervlerinin kronik bir şekilde tükenmesi, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğüne ek olarak bir süre sonra tükenmişliğe neden olabileceği düşünülmektedir (6).

Kafein kullanım bozukluğu hakkında hekimler arasında bir çalışma yapmak, olası yan etkiler konusunda farkındalık sağlamak açısından yararlı olacaktır. Bu çalışmada hekimlerde kafein tüketimi ile uyku kalitesi ve mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkiyi saptamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KAFEİN

2.1.1. Kafein ve Tarihçesi

Kafein, dünyada en çok tüketilen psikoaktif maddedir. Üç merkezi sinir sisteminden (MSS) stimulan olarak oluşur; paraksantin (%84), teobromin (%12) ve teofilin (%4)(7). Bir psikostimulan olarak kafein, adenosin A2A ve A1 reseptörlerini bloke edebilir. Kokain ve amfetamin gibi diğer psikostimulanlardan farklı bir etkileşim olduğu düşünülen dopaminerjik iletimlerle de etkileşime girer (4).

Kafein, kahve, çay ve alkolsüz içecekler gibi yaygın içeceklerin yanı sıra kakao veya çikolata içeren ürünler ve çeşitli ilaçlar ve diyet takviyelerinde bulunur (8).

Tarihçiler, kafeinin MÖ 2737'de Çin İmparatoru Shen Nung'un ilk çayı demlediğini, kahvenin ise , yıllar sonra 9. yüzyılda Etiyopya'da bir çobanın (keçilerin onları yedikten sonra enerjilerinin arttığını gözlemlemiştir) yabani kahve meyveleri tüketmeye başlamasıyla ortaya çıktığını belirtmektedir (2).

2.1.2. Kafein Kaynakları ve Tüketimi

Kafein en çok kahve çekirdeğinde bulunmakla birlikte çay yaprakları, kakao çekirdeği, kola, enerji içecekleri ve çikolata gibi birçok gıdada bulunmaktadır (2,3,9).

Tablo 1: Kafein içeren çeşitli içecekler ve kafein miktarı

İçecek ve yiyecekler	Porsiyon miktarı	Kafein miktarı (mg)
Kahve (espresso, americano, latte, vb.)	1 kupa	135-200
Türk kahvesi	1 fincan	57
Çay (demlenmiş,siyah)	250 ml	42
Kola	330 ml	30-60
Enerji içeceği	250 ml	80
Bitter çikolata	100 g	43
Sütlü çikolata	100 g	20

Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesinin (EFSA) 2015'te yaptığı çalışmada yetişkinlerde 400 mg/gün ve çocuklarda ise günde 3 mg/kg'a kadar kafein tüketiminin

güvenli olduğu kabul edilmiştir. Hamile kadınlar için günlük maksimum kafein alım seviyeleri günde 200 mg olarak belirlenmiştir (3).

2.1.3. Kafeinin Farmakokinetik Özellikleri

Kafein, karaciğerde sitokrom P450 oksidaz enzim sistemi (özellikle CYP1A2 enzimi) tarafından metabolize edilir ve 3 metabolik (dimetilksantine paraksantin, teobromin ve teofilin) dönüşür. Bu metabolitler de ürik aside metabolize olur ve sonunda idrarla atılır. Kafein, oral olarak alındıktan sonra 45 dk. içinde gastrointestinal sistemden emilimi gerçekleşir. Kafein kan -beyin bariyerini de geçerek tüm vücut sıvılarında bulunabilir. Ayrıca perinatal dönemde alınan kafein umbilikal korda ve anne sütüne geçebilir (2).

Kafein adenosin A1, A2A ve A2B reseptörlerini bloke ederek etki gösterir. A3 reseptörleri için daha düşük bir afiniteye sahiptir. Adenosin reseptörleri; merkezi ve periferik sinir sistemlerinde, ayrıca kalp ve kan damarları gibi çeşitli organlarda bulunur. Adenosin, çoğunlukla enerji transferi (hücrelerin temel yakıtı olan adenosin trifosfat formunda) ve sinyal iletimi olmak üzere çok sayıda biyokimyasal yolda yer alan bir moleküldür (2,10). Adenosin uykuyu kolaylaştırabilen, hafızayı ve öğrenmeyi etkileyebilen, travmalardan sonra hücreleri koruyabilen bir nöromodulatördür.

Sigara içmek kafein yarılanma ömrünü %50'ye kadar düşürerek kafein metabolizmasını büyük ölçüde hızlandırırken önemli miktarda alkol alımı kafeinin yarılanma ömrünü uzatır ve klirensini azaltır.

Çeşitli sınıflardan ilaçlar (bazı kinolon grubu antibiyotikler, kardiyovasküler ilaçlar, bronkodilatörler ve antidepresan ajanlar dahil), genellikle aynı karaciğer enzimleri tarafından metabolize edildikleri için kafein klirensini yavaşlatabilir ve yarılanma ömrünü artırabilir (2).

2.1.4. Kafeinin Merkezi Sinir Sistemi ve Uyku Üzerine Etkileri

Kafein genellikle yorgunluğa karşı önleyici olarak kullanılır. Adenosin reseptörleri üzerindeki etkisi nedeniyle kafein, uyanıklığı artırır (11). Deneysel olarak yapılan birkaç laboratuvar çalışması, kafeinin yatmadan bir ila üç saat önce alındığında uyku etkinliğini ve toplam uyku süresini azalttığını ayrıca uykuya dalma süresini artırdığını göstermiştir (12). Akut veya kısa süreli kontrollü kafein tüketiminin en sık

bildirilen etkisi, toplam uyku süresini azaltan ve uyku kalitesini bozabilen uyku gecikmesini uzatmasıdır (13).

Aslında, orta dozda kafeinin düzenli tüketimi, yaşam boyu daha iyi sağlık prognozu ve daha iyi bir hafıza ile ilişkilidir (14,15).

Toksik olmayan dozlarda, kafeinin etkisi öncelikle adenosin A1 ve A2A reseptörlerinin antagonizmasından kaynaklanır. Hayvan çalışmaları, bu adenosin reseptörlerinin, insanlarda farklı uyku düzenleri ve kafeinin neden olduğu uyanıklık, A2A reseptörü polimorfizmlerinin ilişkisi ile dikkate değer bir uyum içinde olan, uyku düzenlemesi ve enerji homeostazında kritik önemi olduğunu göstermektedir (16).

2.1.5. Kafein Kullanım Bozukluğu

Kafeinin, diğer psikoaktif maddeler gibi bağımlılık yapma potansiyeli çalışmalarla gösterilmiştir. Kafeinin sürekli ve önerilen dozdan (400 mg/gün) fazla tüketimi, uykusuzluk, anksiyete, taşikardi, gastrointestinal bozukluk ve üriner inkontinansa sebep olabilir (1). Bu semptomlar, klinik olarak fiziksel ve psikolojik sağlığı bozan duruma geldiğinde DSM-5 tarafından kafein yoksunluğu tansı kategorisinde değerlendirilir. Ayrıca, bazı kişiler, kafeini azaltmak için ısrarlı bir arzuya veya başarısız çabalara ve kafein tarafından kötüleştirilen tıbbi veya psikolojik soruna sahip olmalarına rağmen kafein kullanmaya devam ettiklerini bildirmektedir (17). Kafein yoksunluğu ve kafein yoksunluğundan kaçınmak için kafein kullanımı ile birleşen bu semptomlar yakın zamanda kafein kullanım bozukluğu başlığında DSM-5'in 3. bölümüne ("İleri Çalışma Koşulları") dahil edilmiştir (4).

DSM-5'e göre kafein kullanım bozukluğu; 12 aylık bir süre içinde meydana gelen, aşağıdaki kriterlerden en az ilk üçü ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan problematik bir kafein kullanım paterni olarak tanımlanmaktadır (18).

Kafein kullanım bozukluğu kriterleri:

1. Kafein kullanımını azaltmak veya kontrol etmek için sürekli bir istek veya başarısız çabalar
2. Kafeinin neden olduğu veya kötüleştirdiği kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik bir sorun olduğu bilgisine rağmen kafein kullanımına devam etmek
3. Aşağıdakilerden biri ile kendini gösteren yoksunluk:

- a. Kafein için karakteristik yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya önlemek için kafein (veya yakından ilişkili) bir madde alımı
4. Kafeinin sıklıkla daha çok miktarlarda veya amaçlanandan daha uzun bir süre boyunca alımı
5. İşte, okulda veya evde önemli rol yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayan kafein kullanımı (örneğin, kafein kullanımı veya yoksunluğu ile ilişkili olarak iş veya okulda tekrarlanan geç kalma veya devamsızlıklar)
6. Kafeinin etkilerinin neden olduğu veya şiddetlendirdiği kalıcı veya tekrarlayan sosyal veya kişiler arası sorunlara rağmen kafein kullanımına devam etmek (örneğin; kafein kullanımının sonuçları, tıbbi sorunlar, maliyet hakkında eş ile yapılan tartışmalar)
7. Aşağıdakilerden biri ile tanımlanan tolerans:
- a. İstenen etkiyi elde etmek için belirgin şekilde artan miktarlarda kafein ihtiyacı
 - b. Sürekli aynı miktarda kafein kullanımı ile belirgin şekilde azalmış etki
8. Kafein temin etmek, kullanmak veya kafeinin etkilerinden kurtulmak için gerekli olan aktivitelere önemli ölçüde zaman harcamak
9. Kafein kullanmak için güçlü bir istek veya dürtü

2.2. UYKU

2.2.1. Uykunun Tanımı ve Evreleri

Uyku, bilinç düzeyinin değiştiği, duyuusal aktivitenin ve neredeyse tüm istemli kasların baskılandığı doğal olarak kendini tekrar eden bir durumdur.

Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Reticular Aktivating System (RAS) ve medullada yer alan Bulbar Synchronizing Region (BSR) tarafından düzenlenmektedir (19).

Uykunun ve uyanıklığın gerçekleşmesinde birçok nörotransmitter görev alır. Bunlar başlıca: Dopamin, Asetilkolin, Serotonin, GABA, Adenozin, Noradrenalin ve Histamindir (20).

Uyku mimarisi, normal uykunun temel yapısal organizasyonunu ifade eder. Hızlı olmayan göz hareketi (NREM) uykusu ve hızlı göz hareketi (REM) uykusu olmak üzere iki tür uyku vardır. NREM uykusu, göreceli bir derinlik sürekliliğini temsil eden 1, 2, 3 ve 4. aşamalara ayrılır. Her birinin beyin dalga modellerindeki, göz hareketlerindeki ve kas tonusundaki varyasyonlar dahil olmak üzere benzersiz özellikleri vardır. Beyin aktivitesinin elektriksel modellerini izleyen elektroensefalografik (EEG) kayıtların kullanılmasıyla uyku döngüleri ve evreleri ortaya çıkarılmıştır (21).

Uyku, bilincin değiştiği ve duyuşsal aktivitenin belirli bir dereceye kadar engellendiği, zihinsel ve fiziksel aktivitenin azaldığı bir durumdur. Uyku sırasında kas aktivitesinde azalma olur ve çevre ile etkileşim önemli ölçüde azalır. Uyku, uyarılara tepki verme yeteneği açısından uyanıklıktan farklı olsa da, aktif beyin kalıplarını içerir ve bu da onu koma veya bilinç bozukluklarından daha reaktif hale getirir (22).

Uyku, temel olarak non-rapid eye movement (NREM) ve rapid eye movement (REM) olarak ikiye ayrılır. NREM uyku sessiz uyku, yavaş uyku olarak; hızlı göz hareketlerinin eşlik ettiğı uykunun diğevresi olan REM uykusu ise paradoksal, aktif, hızlı uyku olarak isimlendirilir. NREM 4 evreden oluşur. Evreler, uyku derinliğindeki dereceleri ve uyarılma güçlüğünü ifade eder; 1. evre en hafif ve 4. evre en derindir. Uyku başlangıcından 90 dk sonra ilk REM dönemi gerçekleşir. REM uykusu ise fazik ve tonik olmak üzere iki evreye ayrılır. Her 90 dakikada bir NREM-REM uyku döngüsü gerçekleşir ve gece boyunca yaklaşık 4-6 kez döngü tekrarlanır (23).

NREM uykusu dört farklı alt evreden oluşmaktadır (N1, N2, N3 ve N4). Bu evrelerden ilk ikisi, yani birinci (N1) ve ikinci evreler (N2) hafif uyku, diğevki evre (N3 ve N4) ise derin uyku, yavaş dalga uykusu ya da delta uykusu olarak adlandırılmaktadır (24).

Tablo 2: Uykunun evreleri (25)

Uykunun evreleri	
N1	Uykunun ilk ve en hafif evresidir. Kişi gürültü, dokunma ve diğer duyuşsal uyarılarla uyandırılabilir. Kalp atımı, vücut ısısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar.
N2	Bu evrede uykuya geçilmiştir. Kalp atımı ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır, beden ısısı düşer ve kas tonüsü azalmaya devam eder. 10-20 dakika sürer.
N3	Bu evrede, uykuda olan kişiyi uyandırmak için daha güçlü uyarın olması gerekmektedir. Parasempatik sinir sistemin etkisine bağılı olarak solunum düzenli, kalp atışları yavaş, kaslar gevşek ve vücut sıcaklığı düşüktür. 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10 ile %20'sini oluşturmaktadır.
N4	İnsan vücudunun fiziksel olarak dinlendiğı ve fizyolojik olayların geliştiğı derin uyku evresidir. Kalp atımı, solunum sayısı ve vücut ısısı azalmış, kaslar gevşemiş, metabolizma yavaşlamıştır. 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %20'sini kapsar.
REM	Kalp atımı, solunum, kan basıncı ve bazal metabolizma artar. Rüyaların % 80'i bu evrede görülür ve tüm uykunun %20-25'ni kapsar.

2.2.2. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, uykunun dinlendirici ve dinlendirici olup olmadığının ölçümüdür. Bireyin uyku deneyiminin tüm yönlerinden duyduğu memnuniyet olarak da tanımlanır. İyi uyku kalitesinin dinlenmiş hissetme, normal refleksler ve olumlu ilişkiler gibi etkileri vardır. Kötü uyku kalitesi sonuçları arasında yorgunluk, sinirlilik, gündüz işlev bozukluğu, yavaşlamış tepkiler ve artmış kafein/alkol alımı yer alır (26).

Uyku ihtiyacı bireyseldir ve kişiden kişiye farklılık gösterebilirken, yetişkinlerin her gece 7-9 saat uyuması önerilir. Uykunun birçok farklı bilişsel ve sağıık nedenlerinden dolayı önemli olduğu gösterilmiştir. Uykunun bu faydaları yalnızca toplam uyku süresine değil, aynı zamanda uyku verimliliğı ve uykuya başlama gecikmesi gibi değişkenlerle ölçülen uyku kalitesine de bağılıdır. Yetişkinlerde, kafein alımını ve bunun uyku üzerindeki etkisini araştıran bir dizi

deneysel çalışma vardır; daha önceki deneysel çalışmalarda, kafein tüketiminin uyku kalitesini etkileyebileceği saptanmıştır (8,11).

2.2.3. Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu başka bir bedensel ya da ruhsal hastalığın bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği gibi başlı başına bir hastalık olarak da görülebilir (27).

DSM 5'te "Uyku-Uyanıklık Bozuklukları" başlığı altında insomnia, hipersomnia, narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozuklukları (tıkayıcı uyku apne hipopnesi, santral uyku apnesi, uyku ile ilişkili hypoventilasyon), sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar (NREM uykusundan uyanma bozuklukları-uyurgezerlik, uyku terörü, karabasan, REM uykusu davranış bozukluğu), huzursuz bacak sendromu, madde/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu, tanımlanmış, diğer ve tanımlanmamış uyku bozukluğu ele alınmıştır (18).

2.3. TÜKENMİŞLİK

2.3.1. Tükenmişlik Tanımı

Tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberger tarafından 1974 yılında tanımlanmış olup ; özellikle insanlarla doğrudan iletişim kuran sağlık çalışanları, sosyal hizmet görevlileri ve eğitim çalışanlarında daha sık olduğu belirtilmiştir (10). Freudenberger tanımına göre tükenmişlik kavramı; düşük (azalmış) başarı, duyarsızlaşma ve iş ilgisinin azalması belirtilerinin eşlik ettiği fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk fenomenidir (10,28).

Maslach ve Jackson ise 1981 yılında Kaliforniya'da, insanlarla yüz yüze çalışan meslek grupları ile ilgili araştırmalar yapmış ve tükenmişliği; işi gereği sürekli diğer insanlarla etkileşim halinde çalışmak durumunda kalan ve duygusal taleplere maruz kalan bireylerde görülen uzun süreli yorgunluk ve bitkinlik, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve dolayısı ile diğer insanlara karşı olumsuz davranışlarla yansımaları ile ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlamıştır (29).

Tükenmişlik konusunda birçok tanım bulunsa da en yaygın kabul gören Maslach ve arkadaşlarının geliştirdiği ve kendi adını verdiği Maslach Tükenmişlik Envanteri – İnsan Hizmetleri Formu (Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey) ilk haliyle yalnızca belirli meslek gruplarına uygulanabilirken daha sonraki yıllarda tükenmişliğin sadece yüz yüze etkileşimin olduğu mesleklerde çalışan kişilerde ortaya çıkan bir fenomen olmadığı saptanmış, tüm meslek dalları için uygulanabilecek genel formu(Maslach Burnout Inventory-General Survey) geliştirilmiştir (30,31).

2.3.2. Maslach Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik konusunda en çok çalışması olan Christina Maslach tarafından geliştirilmiştir (30). Ölçeğin Türkiye “de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (32).

Model üç boyuttan oluşmaktadır: duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalisation) ve kişisel başarı azalması (personal accomplishment) (30,33). Bireyler, iş hayatlarında duygusal yıpranma ile başlayan süreçte etkileşime girdiği insanlara karşı duyarsızlaşır ve meslek hayatlarında başarıları ve yeterliliklerinde azalma yaşarlar. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda tükenmişlik derecesini belirleyebilmek için 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir (31,34).

1.Duygusal Tükenme: Kişinin yaptığı işte duygusal olarak aşırı derece yorulması ve bitkin olması olarak tanımlanır. Tükenmişlik durumunun temel belirleyicisi olarak kabul edilmiştir. Duygusal Tükenme alt ölçeği 9 maddeden oluşmaktadır (31).

2.Duyarsızlaşma: Kişinin işi gereği hizmet verdiği kişilere karşı duygusuz davranması, işini ve iş arkadaşlarını önemsememeye başlamasıdır. Duyarsızlaşma alt ölçeği 5 maddeden oluşmaktadır (31).

3.Kişisel Başarı: Çalışma alanında kişinin kendini yetersiz ve başarısız hissetmesidir. Kişinin öz değerlendirme durumunu yansıtır. Tükenmişliği olan kişilerin iş ortamındaki başarıları ve verimi düşer. Bu alt ölçek 8 maddeden oluşur (31).

2.3.3. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik belirtileri başlıca; yorgunluk, bitkinlik hissi, uyku bozuklukları mide-barsak rahatsızlıkları, baş ağrıları, hipertansiyon, sinirlilik, engellenmişlik ve başarısızlık hissi, işe olan ilginin ve bağlılığın azalması, özgüven azalması, suçluluk duygusu, işe geç kalmak/ işe gitmeme, işyerinde yapılan işi yavaşlatma, evlilik çatışmaları ve boşanma, konsantre olamama, unutkanlık, alaycı/suçlayıcı olma gibi fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtilerdir(34,35).

Yapılan çalışmalarda tükenmişlik sağlık çalışanlarında daha sık olup, sağlık çalışanları içinde ise doktorlarda daha fazla görülmektedir. Asistan hekimlerde tükenmişlik görülme sıklığı %3 ile %88 arasında değişmektedir (33,36).

2.3.4. Tükenmişliğin Nedenleri

Tükenmişliğin nedenleri, bireysel ve çevresel faktörler olarak iki ana başlıkta incelenebilir.

Bireysel nedenler: yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki tecrübe ve kıdem, cesaret düzeyi, içsel kontrole sahip olma durumu, özgüvenli olma durumu, sorumluluk bilinci, içe ya da dışa dönüklük (29,37)

Çevresel faktörler: iş ortamında adaletsizlik, eleştirilerin yıkıcı tarzda olması, ödüllendirme sistemi eksikliği, çalışanlara eşit davranılmaması, çalışanların iş güvencelerinin eksikliği, yaptıkları başarılı işlerle önlerrinin açık olmaması ve işte yükselme konusunda engelleme yapılması, çalışanların mesai saatleri ve dinlenme saatlerinin uygunsuzluğu, çalışanların ihtiyaçlarına yöneticiler tarafından önem verilmemesi, yoğun iş temposu ve koşulların zorluğu, yapılan işin monoton hale gelmesi, yani kendini tekrar etmesi, vb. olarak sıralanabilir (38,39).

2.3.5. Tükenmişliğin Önemi ve Sonuçları

Günümüzde tükenmişlik sendromu, çalışan nüfusun yaklaşık 1/3'ünü etkilemesi sebebiyle kritik bir önem arz etmektedir(31). Tükenmişliğin gerek bireysel gerekse iş yaşamında pek çok olumsuz sonuca neden olduğu tespit edilmiştir.

Tükenmiş hissine kapılan bireyler yorgun, bitkin ve halsizdirler, mesleklerini iyi yapamadıklarını hissettiklerinde yetersizlik ve değersizlik, motivasyon kaybına yol açar. Birey işini önemsemez ve ilgisiz davranır. Bunun sonucunda verilen hizmet

kalitesizleşir, iş performansı düşer, mesleki hatalar sık görülür ve işten ayrılmalar yaşanır. Bütün bu sürecin bir parçası olarak yaşanan personel döngüsünde artış işyeri için kötü bir durumdur (40).

Kronik sürecinde uyku bozuklukları, sindirim sistemi rahatsızlıkları, kardiyovasküler bozukluklar, enfeksiyonlara yatkınlık, cinsel problemler, alkol, sigara ve uyuşturucu madde kullanımına eğilim gibi tepkiler ortaya çıkmakta, son aşamada ise umutsuzluk sonucunda intihara varan sonuçlarla karşılaşmaktadır (41).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA İZNİ

06.03.2023 tarihli HNEAH-KAEK 2023/31- 4099 karar nolu HNEAH Tıbbi Etik Kurul izni alınmıştır. Kafein kullanım bozukluğu ölçeği için Türkçe geçerliliğini yapan Kaya ve ark.dan izin alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma; tek merkezli, prospektif ve kesitsel olup, SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan uzman ve asistan hekimlere web tabanlı anket yöntemi ile yapılmıştır. Anket, literatür incelemesi sonucu hazırlanan katılımcı bilgi formu, kafein kullanım bozukluğu ölçeği (KKBÖ), Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ) ve Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ) olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların yazılı onamı alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde aktif olarak çalışan ve son 12 ayda herhangi bir miktarda kafein içeren içecek ve gıda tüketimi olanlar dahil edilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Çalışmaya; gönüllü olmayanlar, anket ve ölçekleri eksik dolduranlar, uyku kalitesine etki eden hastalığı (metabolik hastalık, psikiyatrik hastalık, aktif malignite öyküsü) olanlar, uyku kalitesine etki eden ilaç (antikonvülzanlar, antidepresanlar, antipsikotikler, ksantinler, dopamin agonistleri) ve alkol bağımlılığı öyküsü olanlar(alkol tüketimi > 20 gr/gün) dahil edilmemiştir.

3.5. ANKET FORMU ÖZELLİKLERİ

3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu

Literatürden faydalanılarak hazırlanan katılımcı bilgi formu ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum), çalışma saatleri ve aylık

nöbet sayısı, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanım durumu, sigara ve alkol tüketimi, kafein tüketim özellikleri (kafein içeren içecek çeşidi ve tüketim sıklığı) sorgulanmıştır.

3.5.2. Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği

Orijinal adıyla Caffein Use Disorder Questionnaire (CUDQ), Csilla Ágoston ve ark. (2018) tarafından geliştirilmiş, Seda Kaya ve ark. (2021) tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır (42). KKBÖ, son 12 ayda tüketilen kafein kullanımını değerlendirmektedir. Ölçek kafein yoksunluk belirtileri ve kafein tüketimini içeren 10 sorudan oluşur. Sorular dört dereceli Likert tipidir. Ölçekten alınabilecek puan 10 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır "1= hiçbir zaman, 2= bazen, 3= sıklıkla, 4= çok sık " şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçek skoru arttıkça kafein kullanım bozukluğu artmaktadır şeklinde değerlendirilmektedir (42).

3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PUKİ, Buysse ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve ark. (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (43). PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. 24 sorudan oluşur, 19 soru öz bildirim sorusu, 5 soru eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu 7 bileşenden oluşur: Özel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında değişir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" gösterir.

Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi

1. Subjektif Uyku Kalitesi: 6.soru puanı (0-1-2-3)
2. Uyku Latansı: 2. Soru, <15 dk.: 0, (16-30) dk.: 1, (31-60) dk.:2, >60 dk.:3; hastanın 2. sorudan aldığı puanla 5. Soru a şikkından aldığı puan toplanır. Sonuç: 0:0, (1-2):1, (3-4):2, (5-6):3 olarak değerlendirilir.
3. Uyku Süresi: 4. Soru,> 7 saat:0, (6-6.9) saat:1, (5-5.9) saat:2, <5 saat :3
4. Uyku Etkinliği: Uykuda geçen süre /yatakta kalma süresi x100:> %85:0, (%75- 84):1, (%65-74): 2, <%65:3

5. Uyku bozukluğu: 5. Sorunun a-şikkından sonraki bütün şıklardan aldığı puanlar toplanır. 0:0, (1-9):1, (10-18):2, (19-27):3 olarak puanlandırılır.
6. İlaç kullanımı: 7. Soru puanı: (0-1-2-3)
7. Gündüz işlev bozukluğu: 7. ve 8.soru puanı toplanır: 0:0, (1-2): 1, (3-4): 2, (5-6): 3 olarak değerlendirilir.

Toplam skor: ölçek toplam puanı 0-21 arasındadır. Yukarıdaki 7 bileşenin puanları toplanır, >5 değerleri uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir.

3.5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik konusunda en çok çalışması olan Christina Maslach tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır. Üç alt ölçekten ve 22 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler “duygusal tükenme”, “duyarsızlaşma” ve “kişisel başarı” bölümleridir. Maddeler beş, dereceli Likert tipi cevaplanan sorulardan oluşmaktadır. Envanterin puanlama anahtarında duygusal tükenme boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36, kişisel başarı boyutundan 32, duyarsızlaşma boyutundan ise 20 puandır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puan alma tükenmişlik ve duyarsızlaşma göstergesi, buna karşın kişisel başarı ölçeğinden ise düşük puan alma başarıda düşüş göstergesidir. DT ve D arttıkça tükenmişlik artar ve KB arttıkça tükenmişlik azalır (31,44,45).

Duygusal Tükenme (DT): 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20 numaralı sorular olmak üzere 9 madde,

Duyarsızlaşma (DY): 5, 10, 11, 15 ve 22 numaralı sorular olmak üzere 5 madde,

Kişisel Başarı (KB): 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21 numaralı sorular olmak üzere 8 maddeden oluşmaktadır.

Duygusal tükenme; kişiye yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve kişinin tüketilmiş olma duyguları hissetmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Duygusal tükenme, tükenmişliğin başlangıcı olup, en önemli boyutu olarak görülmektedir. Bu durum, insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişki kurulan mesleklerde daha çok hissedilmektedir. Tükenmişliğin bireysel boyutunu yansıtan parametredir. Kişi oluşan duygusal yorgunlukla birlikte hayal kırıklığı ve gerginlik de hissedebilir (46).

Duyarsızlaşma; kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar içinde bulunması ile ilgili bir durumdur. Duyarsızlaşan birey, diğer insanların gereksinmelerine ve duygularına aldırış etmeyen bir tutum sergilemekte ve diğerleriyle kendi arasında duygusal bir tampon oluşturmaktadır.

Kişisel başarı ise, sorunun başarı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanır (47). Başarısızlık ve suçluluk hissinin yaşanmasıyla birlikte kişinin özsaygısı azalmaya başlar ve depresyona girmeye eğilim gösterebilir (46).

3.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında 580 kişi evren kabul edilmiştir;

$Nt2pq = d2(N-1) + t2pq$ Formülü ile güven düzeyi %95, sapma miktarı 0.05 alınarak gerekli değerler formülde yerine konulduğunda toplanması gereken minimum kişi sayısı 235 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışmanın verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra korelasyon analizlerinde Pearson veya Spearman analizi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. Demografik veriler, PUKİ ve Maslach tükenmişlik ölçek puanlarının kafein kullanım bozukluğu ölçeği üzerine etkisini değerlendirmek için genelleştirilmiş lineer modeller (GLM) analizi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Cinsiyet, medeni durum, ana branş, unvan, alkol-sigara kullanımı, kronik hastalık gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır.

Çalışmada yer alan yaş, meslekteki çalışma yılı, aylık nöbet sayısı, kafein kullanım bozukluğu ölçek Puanı, PUKİ skoru, Maslach duygusal tükenme puanı,

Maslach duyarsızlaşma puanı, Maslach kişisel başarı puanı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin Maslach duyarsızlaşma hariç normal dağılıma uymadıkları belirlenmiş bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde medyan (ÇAG–Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri alınmıştır. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma değerleri kullanılmıştır.

Medeni durum, unvan, sigara kullanım durumu alkol kullanım durumu gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre bireylerin Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı, PUKİ skoru, Maslach duygusal tükenme puanı, Maslach kişisel başarı puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine, Maslach duyarsızlaşma puanının karşılaştırılmasında ise one-way ANOVA yöntemine başvurulmuştur. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verilmiştir.

İki gruplu değişkenlerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puanı, PUKİ skoru, Maslach duygusal tükenme puanı, Maslach kişisel başarı puanlarının karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testi, Maslach duyarsızlaşma puanının karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t testi kullanılmıştır.

Yaş, meslekteki çalışma yılı, aylık nöbet sayısı ile kafein kullanım bozukluğu ölçek puanı, PUKİ skoru, Maslach duygusal tükenme puanı, Maslach duyarsızlaşma puanı, Maslach kişisel başarı puanı arasında yapılan korelasyon analizinde spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verilmiştir. Ayrıca ölçek puanlarının kendi aralarında yapılan korelasyon analizinde de spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verilmiştir.

Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek puanı ile parametreler arasında çoklu doğrusal regresyon analizi incelenmek istenmiş fakat Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek puanı normal dağılım göstermediği ve varsayımlar sağlanmadığı için yapılamamıştır. Bu nedenle bağımlı değişkenin sürekli olduğu (Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek puanı) fakat normal dağılım göstermediği durumlarda, bu tür verilerin analizine imkân sağlayan Genelleştirilmiş Lineer Modeller (GLM) yöntemi kullanılmıştır.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

4.1. KATILIMCI BİLGİ FORMUNA AİT VERİLER

Çalışmaya katılan bireylerin demografik verileri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %68.3'ü kadındır. Bireylerin %50.8'i evli, %45.8'i bekar, %3.4'ü dul-boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bireylerin ana branşlarına baktığımızda %84.6'sı dahili bilimler, %14.6'sı cerrahi bilimler, %0.8'i temel bilimlerdedir. Bireylerin %67.9'u asistan, %27.5'i uzman, %3.3'ü doçent, %1.3'ü profesör olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %78.3'ü günlük 9 saatten az çalışırken, %21.7'si 9 saatten fazla çalışmaktadır. Kronik hastalığı olan 55 birey (%22.9), düzenli ilaç kullanan 47 birey (%19.6) bulunmaktadır. Sigara kullanan 43 birey (%17.9), alkol kullanan 82 birey (%34.2) bulunurken, sigarayı bırakan 22 birey (%9.2), alkol kullanımını bırakan 5 birey (%2.1) olduğu saptanmıştır.

Tablo 3: Demografik özellikler

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	164 (68.3)
	Erkek	76 (31.7)
Medeni Durum	Evli	122 (50.8)
	Dul-Boşanmış	8 (3.4)
	Bekar	110 (45.8)
Ana Branş	Dahili Bilimler	203 (84.6)
	Cerrahi Bilimler	35 (14.6)
	Temel Bilimler	2 (0.8)
Unvan	Profesör	3 (1.3)
	Doçent	8 (3.3)
	Uzman	66 (27.5)
	Asistan	163 (67.9)
Günlük Çalışma Süresi	9 Saatten Az	188 (78.3)
	9 Saatten Fazla	52 (21.7)
Kronik Hastalık	Hayır	185 (77.1)

	Evet	55 (22.9)
Düzenli ilaç	Hayır	193 (80.4)
	Evet	47 (19.6)
Sigara Kullanımı	Evet	43 (17.9)
	Hayır	175 (72.9)
	Bıraktım	22 (9.2)
Alkol Kullanımı	Evet	82 (34.2)
	Hayır	153 (63.7)
	Bıraktım	5 (2.1)

Katılımcıların kahve, çay ve kola gibi kafein içeren içeceklerin tüketimine ilişkin özellikleri tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Kafein tüketimi ile ilgili sorulara verilen yanıtların dağılımı

		n (%)
Kahve (filtre, americano, latte vb.) tüketimi	Haftada bir veya daha az	32 (13.3)
	Haftada birkaç kez	41 (17.1)
	Günde bir kupa	63 (26.3)
	Günde 2 kupa	60 (25.0)
	Günde 3 kupa	26 (10.8)
	Günde 4 kupa	11 (4.6)
	Günde 5 kupa veya daha fazla	7 (2.9)
Türk kahvesi tüketimi	Haftada bir veya daha az	88 (36.7)
	Haftada birkaç kez	69 (28.7)
	Günde bir fincan	57 (23.8)
	Günde 2 fincan	20 (8.3)
	Günde 3 fincan	4 (1.7)
	Günde 4 fincan	0 (0.0)
	Günde 5 fincan veya daha fazla	2 (0.8)
Çay tüketimi	Haftada bir veya daha az	13 (5.4)
	Haftada birkaç kez	37 (15.4)

	Günde bir çay bardağı	23 (9.6)
	Günde 2 çay bardağı	55 (22.9)
	Günde 3 çay bardağı	37 (15.4)
	Günde 4 çay bardağı	33 (13.8)
	Günde 5 çay bardağı veya daha fazla	42 (17.5)
	Haftada bir veya daha az	183 (76.3)
	Haftada birkaç kez	42 (17.5)
	Günde bir porsiyon	11 (4.6)
Kola tüketimi	Günde 2 bir porsiyon	2 (0.8)
(1 porsiyon=330 ml)	Günde 3 bir porsiyon	2 (0.8)
	Günde 4 bir porsiyon	0 (0.0)
	Günde 5 bir porsiyon veya daha fazla	0 (0.0)
	Haftada bir veya daha az	233 (97.1)
	Haftada birkaç kez	4 (1.7)
	Günde bir porsiyon	1 (0.4)
Enerji içeceği tüketimi	Günde 2 bir porsiyon	1 (0.4)
(1 porsiyon=250 ml)	Günde 3 bir porsiyon	0 (0.0)
	Günde 4 bir porsiyon	0 (0.0)
	Günde 5 bir porsiyon veya daha fazla	1 (0.4)

Bireylerin kahveden aldıkları ortalama kafein miktarı 252.74 ± 202.62 mg, Türk kahvesinden 38.27 ± 41.92 mg, çaydan 52.87 ± 34.36 mg, koladan 12.22 ± 16.14 mg, enerji içeceğinden 14.33 ± 27.28 mg ve günlük ortalama kafein miktarı 370.44 ± 216.73 mg olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Bireylerin Günlük Kafein Miktarları

	Ort±SS	Medyan (ÇAG)
Günlük kahve için kafein miktarı (mg)	252.74±202.62	167.50 (263.22)
Günlük Türk kahve için kafein miktarı (mg)	38.27±41.92	24.43 (48.86)
Günlük çay için kafein miktarı (mg)	52.87±34.36	42.00 (63.00)
Günlük kola için kafein miktarı (mg)	12.22±16.14	6.43 (0.00)
Günlük enerji içeceği için kafein miktarı (mg)	14.33±27.28	11.43 (0.0)
Günlük Toplam kafein miktarı (mg)	370.44±216.73	310.07 (277.04)

Bireylerin yaş ortalaması 33.72±9.13 yıl olarak elde edilmiştir. Ayrıca bireylerin meslekteki çalışma yılı ortalaması 8.90±9.19, ortalama aylık nöbet sayısı 4.47±2.15’dir. Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek puan ortalaması 16.65±5.42, PUKİ skoru ortalaması 6.48±2.77, Maslach Duygusal Tükenme puan ortalaması 18.82±7.32, Maslach Duyarsızlaşma puan ortalaması 7.75±4.25, Maslach Kişisel Başarı ortalaması ise 18.00±4.95 olduğu tespit edilmiştir(tablo 6).

Tablo 6: Bireylere ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Yaş	33.72±9.13	30.0 (9.0)	24.0; 62.0
Meslekteki çalışma yılı	8.90±9.19	5.0 (9.0)	1.0; 41.0
Aylık nöbet sayısı	4.47±2.15	4.0 (3.0)	1.0; 12.0
Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı	16.65±5.42	15.0 (8.0)	10.0; 32.0
PUKİ Skor	6.48±2.77	6.0 (3.7)	1.0; 15.0
Maslach Duygusal Tükenme Puanı	18.82±7.32	19.0 (10.0)	0.0; 36.0
Maslach Duyarsızlaşma Puanı	7.75±4.25	8.0 (7.0)	0.0; 20.0
Maslach Kişisel Başarı Puanı	18.00±4.95	18.0 (6.0)	1.0; 30.0

Bireylerin öznel uyku kalitesi skor ortalaması 1.36±0.61, uyku latansı skor ortalaması 1.08±0.89, uyku süresi skor ortalaması 1.19±0.82, alışılmış uyku etkinliği skor ortalaması 0.22±0.59, uyku bozukluğu skor ortalaması 1.24±0.55, uyku ilaç kullanım skor ortalaması 0.08±0.37, gündüz işlev bozukluğu skor ortalaması

1.31±0.96'dir. Ayrıca bireylerin toplam PUKİ skoru ortalaması 6.48±2.77'dir. Minimum PUKİ soru 1.0 iken, maksimum PUKİ skorunun 15.0 olduğu belirlenmiştir.

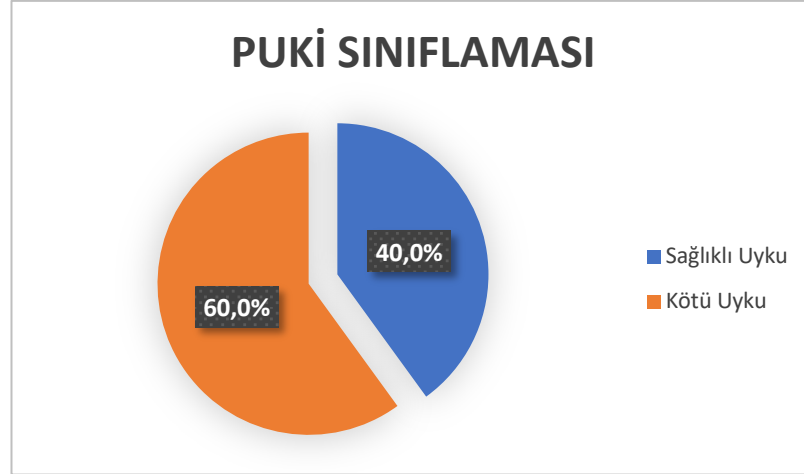
Tablo 7: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Öznel Uyku Kalitesi	1.36±0.61	1.0 (1.0)	0.0; 3.0
Uyku Latansı	1.08±0.89	1.0 (2.0)	0.0; 3.0
Uyku Süresi	1.19±0.82	1.0 (1.0)	0.0; 3.0
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.22±0.59	0.0 (0.0)	0.0; 3.0
Uyku Bozukluğu	1.24±0.55	1.0 (1.0)	0.0; 3.0
Uyku İlaç Kullanımı	0.08±0.37	0.0 (0.0)	0.0; 3.0
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.31±0.96	1.0 (1.0)	0.0; 3.0
Toplam PUKİ Skoru	6.48±2.77	6.0 (3.7)	1.0; 15.0

PUKİ skoru ≤5 olan bireyler sağlıklı uyku, >5 olan bireyler kötü uyku şeklinde sınıflandırılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin PUKİ ölçek puanı sınıflamasına göre %40.0'ı (n=96) sağlıklı uyku, %60.0'ı (n=144) kötü uyku sınıfındadır.

Tablo 8: PUKİ Ölçek skoru sınıflamasının dağılımı

	n (%)
PUKİ Sınıflaması	
Sağlıklı Uyku	96 (40.0)
Kötü Uyku	144 (60.0)



Şekil 1: PUKİ Sınıflaması Dağılımı

4.2. KAFEİN KULLANIM BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN VERİLER

Kadın bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puan ortalaması 17.36 ± 5.65 , erkek bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puan ortalaması 15.13 ± 4.58 'tür.

Cinsiyete göre bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2.915$, $p=0.004$).

Unvanlara göre bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2 = 12.439$, $p=0.006$). Profesörlerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puan ortalaması 12.00 ± 2.00 , doçent doktorların 13.00 ± 4.57 , uzman doktorların 15.59 ± 4.56 , asistan doktorların 17.35 ± 5.66 olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanım durumuna göre bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2 = 9.775$, $p=0.008$). Sigara kullanan bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puan ortalaması sigarayı bırakan ve sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksektir.

“Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre kafein kullanım bozukluğu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2 = 72.965$, $p<0.001$). Günde 4 kupa kahve içen bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puanı ortalaması 25.00 ± 4.17 ile en yüksek, haftada birkaç kez kahve içen bireylerin kafein kullanım bozukluğu ölçek puanı ortalaması ise 13.17 ± 3.29 ile en düşük olduğu belirlenmiştir.

Diğer değişkenlerin Kafein Kullanım Bozukluğu ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre Kafein Kullanım Bozukluğu ölçek ile “Cinsiyet”, “Ünvan” “Sigara Kullanımı”, “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?”, “Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz? hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 9: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı karşılaştırılması

		KAFEİN KULLANIM BOZUKLUĞU ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	17.36±5.65	16.0 (8.0)	z=2.915	0.004
	Erkek	15.13±4.58	14.0 (7.7)		
Medeni Durum	Evli	16.15±5.70	14.0 (7.0)	$\chi^2=4.758$	0.093
	Dul-Boşanmış	18.12±4.91	17.5 (9.7)		
	Bekar	17.11±5.11	16.0 (8.0)		
Ana Branş	Dahili Bilimler	16.89±5.55	16.0 (7.0)	$\chi^2=2.334$	0.311
	Cerrahi Bilimler	15.28±4.48	14.0 (7.0)		
	Temel Bilimler	16.00±7.07	16.0 (N/A)		
Unvan	Profesör	12.00±2.00	12.0 (N/A)	$\chi^2=12.439$	0.006
	Doçent	13.00±4.57	11.0 (2.0)		
	Uzman	15.59±4.56	14.0 (6.0)		
	Asistan	17.35±5.66	16.0 (8.0)		
Günlük Çalışma Süresi	9 Saatten Az	16.66±5.21	15.5 (7.0)	z=0.585	0.559
	9 Saatten Fazla	16.63±6.18	14.0 (8.7)		
Kronik Hastalık	Hayır	16.90±5.62	16.0 (8.5)	z=0.992	0.321
	Evet	15.82±4.65	15.0 (7.0)		

Düzenli İlaç	Hayır	16.72±5.50	15.0 (8.0)	z=0.202	0.840
	Evet	16.38±5.12	15.0 (8.0)		
Sigara Kullanımı	Evet	18.51±4.88	19.0 (6.0)	$\chi^2=9.775$	0.008
	Hayır	16.09±5.28	14.0 (7.0)		
	Bıraktım	17.45±6.78	14.5 (11.5)		
Alkol Kullanımı	Evet	17.28±5.08	17.0 (8.0)	$\chi^2=3.288$	0.193
	Hayır	16.31±5.58	14.0 (8.0)		
	Bıraktım	17.00±6.32	16.0 (10.5)		
Kahve (filtre, americano, latte vb.) tüketimi	Haftada bir veya daha az	13.56±4.24	12.5 (5.7)	$\chi^2=72.965$	<0.001
	Haftada birkaç kez	13.17±3.29	12.0 (3.0)		
	Günde bir kupa	15.89±4.19	15.0 (6.0)		
	Günde 2 kupa	17.83±5.21	17.5 (7.0)		
	Günde 3 kupa	20.31±4.96	21.0 (7.2)		
	Günde 4 kupa	25.00±4.17	24.0 (6.0)		
	Günde 5 kupa veya daha fazla	21.28±7.82	24.0 (15.0)		
Türk kahvesi tüketimi	Haftada bir veya daha az	15.20±4.98	14.0 (6.7)	$\chi^2=12.203$	0.032
	Haftada birkaç kez	17.29±5.29	16.0 (8.0)		
	Günde bir fincan	18.09±6.22	17.0 (10.0)		
	Günde 2 fincan	17.00±4.10	17.0 (6.5)		
	Günde 3 fincan	16.00±6.68	15.0 (12.5)		
	Günde 5 fincan veya daha fazla	15.50±3.53	15.5 (N/A)		
Çay tüketimi	Haftada bir veya daha az	17.31±5.88	15.0 (8.5)	$\chi^2=3.780$	0.706
	Haftada birkaç kez	17.35±5.62	16.0 (8.5)		
	Günde bir çay bardağı	18.00±6.49	17.0 (10.0)		
	Günde 2 çay bardağı	16.04±5.29	14.0 (9.0)		
	Günde 3 çay bardağı	16.73±5.95	14.0 (8.5)		

	Günde 4 çay bardağı	16.85±4.69	18.0 (6.5)		
	Günde 5 çay bardağı veya daha fazla	15.69±4.76	14.0 (8.0)		
	Haftada bir veya daha az	16.45±5.37	15.0 (8.0)		
	Haftada birkaç kez	16.48±5.08	15.0 (7.2)		
Kola tüketimi (1 porsiyon kola=330 ml)	Günde bir porsiyon	16.82±4.09	17.0 (8.0)	$\chi^2=8.507$	0.075
	Günde 2 bir porsiyon	29.00±1.41	29.0 (N/A)		
	Günde 3 bir porsiyon	25.50±9.19	25.5 (N/A)		
	Haftada bir veya daha az	16.72±5.46	15.0 (8.0)		
Enerji içeceği tüketimi (1 porsiyon enerji içeceği=250 ml)	Haftada birkaç kez	12.50±2.08	12.5 (4.0)	$z=1.619$	0.106

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

Kafein Kullanım Bozukluğu ölçek puanları bakımından ünvanların ikili karşılaştırmalarında Doçent—Asistan istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.009$). Kafein Kullanım Bozukluğu ölçek puanları bakımından sigara kullanım durumu ikili karşılaştırmalarda Hayır—Evet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.006$). Kafein Kullanım Bozukluğu ölçek puanları bakımından “Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Haftada bir veya daha az— Haftada birkaç kez, Haftada bir veya daha az— Günde bir fincan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.007$, $p=0.003$) (Tablo 10).

Tablo 10: Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı İkili Karşılaştırmaları

Unvan	p
Profesör—Doçent	1.000
Profesör—Uzman	1.000
Profesör—Asistan	0.390
Doçent—Uzman	0.464
Doçent—Asistan	0.009
Uzman—Asistan	0.291
Sigara Kullanımı	p
Hayır—Bıaktım	1.000
Hayır—Evet	0.006
Bıaktım—Evet	0.557
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?*	p
Haftada birkaç kez— Günde bir kupa	0.034
Haftada birkaç kez— Günde 2 kupa	<0.001
Haftada birkaç kez— Günde 5 kupa veya daha fazla	0.028
Haftada birkaç kez— Günde 3 kupa	<0.001
Haftada birkaç kez— Günde 4 kupa	<0.001
Haftada bir veya daha az— Günde 2 kupa	0.001
Haftada bir veya daha az— Günde 3 kupa	<0.001
Haftada bir veya daha az— Günde 4 kupa	<0.001
Günde bir kupa— Günde 3 kupa	0.017
Günde bir kupa— Günde 4 kupa	<0.001
Günde 2 kupa— Günde 4 kupa	0.028
Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?*	p
Haftada bir veya daha az— Haftada birkaç kez	0.007
Haftada bir veya daha az— Günde bir fincan	0.003

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir.

4.3. PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİNE İLİŞKİN VERİLER

Evli bireylerin PUKİ skoru ortalaması 7.37 ± 5.65 , dul-boşanmış bireylerin PUKİ skoru ortalaması 4.50 ± 1.85 , bekar bireylerin PUKİ skoru ortalaması 6.95 ± 2.74 'dir. Medeni duruma göre bireylerin PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2 = 9.469$, $p=0.009$).

Ünvanlara göre bireylerin PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2 = 11.397$, $p=0.010$). Profesörlerin PUKİ skoru ortalaması 2.67 ± 2.08 , doçent doktorların 5.50 ± 2.56 , uzman doktorların 6.06 ± 3.09 , asistan doktorların 6.77 ± 2.58 olduğu belirlenmiştir.

Günlük çalışma süresine göre bireylerin PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2.516$, $p=0.012$). 9 saatten fazla çalışan bireylerin PUKİ skor ortalaması 9 saatten az çalışanlara göre yüksektir.

Sigara kullanım durumuna göre bireylerin PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2 = 7.042$, $p=0.030$). Sigara kullanan bireylerin PUKİ skor ortalaması sigarayı bırakan ve sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksektir.

“Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2 = 15.117$, $p=0.019$). Günde 2 kupa kahve içen bireylerin PUKİ skor ortalaması 7.15 ± 2.72 ile en yüksek, günde 5 kupa veya daha fazla kahve içen bireylerin PUKİ skor ortalaması ise 4.43 ± 2.37 ile en düşük olduğu belirlenmiştir.

Diğer değişkenlerin Kafein Kullanım Bozukluğu ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 11’de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre PUKİ skorları ile “Medeni Durum”, “Ünvan” “Günlük Çalışma Süresi”, “Sigara Kullanımı” “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 11: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin PUKİ Skorlarının karşılaştırılması

		PUKİ SKORU		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ ²	p
Cinsiyet	Kadın	6.51±2.78	6.0 (3.0)	z=0.430	0.667
	Erkek	6.41±2.76	6.0 (4.0)		
Medeni Durum	Evli	6.18±2.76	6.0 (4.0)	χ ² =9.469	0.009
	Dul-Boşanmış	4.50±1.85	4.5 (3.5)		
	Bekar	6.95±2.74	6.5 (4.0)		
Ana Branş	Dahili Bilimler	6.41±2.68	6.0 (4.0)	χ ² =1.129	0.569
	Cerrahi Bilimler	6.88±3.24	7.0 (4.0)		
	Temel Bilimler	6.00±2.83	6.0 (N/A)		
Unvan	Profesör	2.67±2.08	2.0 (N/A)	χ ² =11.39 7	0.010
	Doçent	5.50±2.56	5.0 (5.0)		
	Uzman	6.06±3.09	5.0 (4.0)		
	Asistan	6.77±2.58	6.0 (4.0)		
Günlük Çalışma Süresi	9 Saatten Az	6.24±2.65	6.0 (4.0)	z=2.516	0.012
	9 Saatten Fazla	7.35±3.03	7.0 (4.0)		
Kronik Hastalık	Hayır	6.34±2.58	6.0 (3.0)	z=1.062	0.288
	Evet	6.94±3.30	7.0 (5.0)		
Düzenli İlaç	Hayır	6.31±2.69	6.0 (4.0)	z=1.654	0.098
	Evet	7.17±2.98	7.0 (4.0)		
Sigara Kullanımı	Evet	7.28±2.99	7.0 (4.0)	χ ² =7.042	0.030
	Hayır	6.42±2.71	6.0 (4.0)		
	Bıraktım	5.36±2.38	5.0 (3.2)		
	Evet	6.76±2.90	6.5 (4.0)		

Alkol	Hayır	6.39±2.70	6.0 (4.0)	$\chi^2=3.584$	
Kullanımı	Bıraktım	4.60±1.52	5.0 (3.0)		
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	7.12±3.05	7.0 (3.5)	$\chi^2=15.117$	0.019
	Haftada birkaç kez	5.93±2.42	5.0 (3.0)		
	Günde bir kupa	5.92±2.75	6.0 (4.0)		
	Günde 2 kupa	7.15±2.72	7.0 (4.0)		
	Günde 3 kupa	7.00±2.76	7.0 (4.0)		
	Günde 4 kupa	6.27±2.61	6.0 (3.0)		
	Günde 5 kupa veya daha fazla	4.43±2.37	5.0 (4.0)		
Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	6.57±2.49	6.0 (3.0)	$\chi^2=4.718$	0.451
	Haftada birkaç kez	6.77±2.82	6.0 (5.0)		
	Günde bir fincan	6.17±3.01	6.0 (4.0)		
	Günde 2 fincan	6.25±2.59	6.0 (4.0)		
	Günde 3 fincan	6.50±5.19	5.0 (9.0)		
	Günde 5 fincan veya daha fazla	3.50±0.71	3.5 (N/A)		
Ne kadar sıklıkla çay tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	6.23±3.92	5.0 (6.5)	$\chi^2=8.303$	0.217
	Haftada birkaç kez	5.92±2.57	6.0 (3.0)		
	Günde bir çay bardağı	6.39±2.44	6.0 (3.0)		
	Günde 2 çay bardağı	6.24±2.99	6.0 (4.0)		
	Günde 3 çay bardağı	6.78±2.82	7.0 (4.0)		
	Günde 4 çay bardağı	6.42±2.90	6.0 (4.5)		
	Günde 5 çay bardağı veya daha fazla	7.19±2.19	7.0 (2.5)		

Ne kadar sıklıkla kola tüketirsiniz? (1 porsiyon kola=330 ml)	Haftada bir veya daha az	6.39±2.89	6.0 (4.0)	$\chi^2=6.689$	0.153
	Haftada birkaç kez	6.74±2.22	6.0 (3.0)		
	Günde bir porsiyon	6.82±2.48	7.0 (3.0)		
	Günde 2 bir porsiyon	9.50±0.71	9.5 (N/A)		
	Günde 3 bir porsiyon	4.00±2.83	4.0 (N/A)		
Ne kadar sıklıkla enerji içeceği tüketirsiniz? (1 porsiyon enerji içeceği=250 ml)	Haftada bir veya daha az	6.51±2.77	6.0 (3.0)	$z=0.030$	0.976
	Haftada birkaç kez	6.50±3.11	6.5 (6.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

PUKİ skorları bakımından medeni durumu ikili karşılaştırmalarında Dul-Boşanmış—Bekar istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.032$). PUKİ skorları bakımından ünvanların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Uzman—Asistan istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.025$). PUKİ skorları bakımından sigara kullanım durumu ikili karşılaştırmalarda Hayır—Evet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.028$). PUKİ skorları bakımından “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Günde 5 kupa veya daha fazla— Günde 3 kupa, Günde 5 kupa veya daha fazla— Haftada bir veya daha az, Günde 5 kupa veya daha fazla— Günde 2 kupa, Haftada birkaç kez— Günde 3 kupa, Günde bir kupa— Günde 2 kupa arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.034$, $p=0.026$, $p=0.015$, $p=0.015$, $p=0.009$) (Tablo 12).

Tablo 12: PUKİ Skoru İkili Karşılaştırmaları

Medeni Durum	p
Dul-Boşanmış—Evli	0.224
Dul-Boşanmış—Bekar	0.032
Evli—Bekar	0.091
Unvan	p
Profesör—Doçent	0.927
Profesör—Uzman	0.358
Profesör—Asistan	0.081
Doçent—Uzman	1.000
Doçent—Asistan	1.000
Uzman—Asistan	0.025
Sigara Kullanımı	p
Hayır—Bıraktım	0.282
Hayır—Evet	0.028
Bıraktım—Evet	0.221
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?**	p
Günde 5 kupa veya daha fazla— Günde 3 kupa	0.034
Günde 5 kupa veya daha fazla— Haftada bir veya daha az	0.026
Günde 5 kupa veya daha fazla— Günde 2 kupa	0.015
Haftada birkaç kez— Günde 3 kupa	0.015
Günde bir kupa— Günde 2 kupa	0.009

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir.

4.4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN VERİLER

4.4.1. Maslach Duygusal Tükenme Alt Ölçeği

Evli bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puan ortalaması 17.84 ± 7.41 , dul-boşanmış bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puan ortalaması 15.37 ± 9.24 , bekar bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puan ortalaması 20.16 ± 6.89 'dır. Medeni duruma göre bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($F=3.910$, $p=0.021$).

Ünvanlara göre bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($F=5.180$, $p=0.002$).

Profesörlerin Maslach-Duygusal Tükenme puan ortalaması 12.00 ± 6.00 , doçent doktorların 14.12 ± 5.33 , uzman doktorların 16.85 ± 7.17 , asistan doktorların 19.98 ± 7.21 olduğu belirlenmiştir.

“Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre Maslach-Duygusal Tükenme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.244$, $p=0.004$). Günde 3 kupa kahve içen bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puan ortalaması 22.11 ± 5.96 ile en yüksek, günde 5 kupa veya daha fazla kahve içen bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puan ortalaması ise 12.14 ± 7.96 ile en düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca “Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre Maslach-Duygusal Tükenme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($F=3.373$, $p=0.006$).

Diğer değişkenlerin Maslach-Duygusal Tükenme puanlarının karşılaştırılması Tablo 13’te özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre Maslach-Duygusal Tükenme puanları ile “Medeni Durum”, “Ünvan”, “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?”, “Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?” hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 13: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Maslach-Duygusal Tükenme puanlarının karşılaştırılması

		MASLACH-DUYGUSAL		Test İstatistiği*	
		TÜKENME PUANI			
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	19.41±6.87	20.0 (9.0)	t=1.732	0.086
	Erkek	17.55±8.12	17.5 (11.0)		
Medeni Durum	Evli	17.84±7.41	18.0 (10.0)	F=3.910	0.021
	Dul-Boşanmış	15.37±9.24	18.5 (15.5)		
	Bekar	20.16±6.89	21.0 (9.2)		
Ana Branş	Dahili Bilimler	18.94±6.99	20.0 (10.0)	F=0.374	0.688
	Cerrahi Bilimler	18.34±9.17	16.0 (15.0)		
	Temel Bilimler	15.00±7.07	15.0 (N/A)		

Unvan	Profesör	12.00±6.00	12.0 (N/A)	F=5.180	0.002
	Doçent	14.12±5.33	13.5 (6.5)		
	Uzman	16.85±7.17	16.5 (11.0)		
	Asistan	19.98±7.21	21.0 (9.0)		
Günlük Çalışma Süresi	9 Saatten Az	18.65±6.97	19.0 (9.7)	t=0.630	0.531
	9 Saatten Fazla	19.46±8.54	19.5 (14.5)		
Kronik Hastalık	Hayır	19.07±7.33	19.0 (10.0)	t=0.972	0.332
	Evet	17.98±7.31	20.0 (10.0)		
Düzenli İlaç	Hayır	18.61±7.39	18.0 (11.0)	t=0.915	0.361
	Evet	19.70±7.07	21.0 (8.0)		
Sigara Kullanımı	Evet	20.30±7.53	21.0 (10.0)	F=1.529	0.219
	Hayır	18.32±7.13	18.0 (11.0)		
	Bıraktım	19.91±8.23	20.0 (11.7)		
Alkol Kullanımı	Evet	19.97±6.71	20.0 (8.0)	F=1.936	0.147
	Hayır	18.32±7.61	19.0 (11.0)		
	Bıraktım	15.40±6.62	16.0 (11.5)		
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	17.19±7.63	16.0 (9.0)	F=3.244	0.004
	Haftada birkaç kez	17.17±7.15	17.0 (10.5)		
	Günde bir kupa	18.35±7.12	20.0 (12.0)		
	Günde 2 kupa	20.53±7.18	20.0 (11.2)		
	Günde 3 kupa	22.11±5.96	21.0 (8.2)		
	Günde 4 kupa	19.64±7.24	21.0 (9.0)		
Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?	Günde 5 kupa veya daha fazla	12.14±7.96	10.0 (15.0)	F=3.373	0.006
	Haftada bir veya daha az	18.70±7.22	19.0 (9.0)		
	Haftada birkaç kez	20.88±7.07	22.0 (10.5)		
	Günde bir fincan	17.70±7.51	18.0 (13.5)		
	Günde 2 fincan	17.80±5.75	17.0 (8.2)		
	Günde 3 fincan	14.00±8.91	13.0 (16.5)		

	Günde 5 fincan veya daha fazla	5.00±1.41	5.0 (N/A)		
	Haftada bir veya daha az	16.54±6.79	18.0 (12.5)		
	Haftada birkaç kez	18.27±8.99	19.0 (13.5)		
	Günde bir çay bardağı	21.78±6.79	24.0 (8.0)		
Ne kadar sıklıkla çay tüketirsiniz?	Günde 2 çay bardağı	17.56±6.62	18.0 (10.0)	F=1.335	0.242
	Günde 3 çay bardağı	18.51±6.34	18.0 (9.5)		
	Günde 4 çay bardağı	19.82±7.20	20.0 (9.0)		
	Günde 5 çay bardağı veya daha fazla	19.55±7.72	19.5 (12.2)		
	Haftada bir veya daha az	18.58±7.38	18.0 (11.0)		
Ne kadar sıklıkla kola tüketirsiniz? (1 porsiyon kola=330 ml)	Haftada birkaç kez	20.43±7.66	21.5 (11.0)	F=0.800	0.526
	Günde bir porsiyon	16.82±5.84	17.0 (10.0)		
	Günde 2 bir porsiyon	17.00±1.41	17.0 (N/A)		
	Günde 3 bir porsiyon	20.00±1.41	20.0 (N/A)		
Ne kadar sıklıkla enerji içeceği tüketirsiniz? (1 porsiyon enerji içeceği=250 ml)	Haftada bir veya daha az	18.90±7.32	19.0 (10.0)	t=0.436	0.663
	Haftada birkaç kez	20.50±9.75	19.5 (18.5)		

t: Bağımsız Örneklem t Test İstatistiği, F=One-Way ANOVA Test İstatistiği, N/A: Not Available

Maslach-Duygusal Tükenme puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarında Evli—Bekar istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.047$). Maslach-Duygusal Tükenme puanları bakımından ünvanların ikili karşılaştırmalarında Uzman—Asistan istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.018$). Maslach-Duygusal Tükenme puanları bakımından “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Günde 3 kupa— Günde 5 kupa veya daha fazla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.025$). Maslach-Duygusal Tükenme puanları bakımından “Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi

tüketirsiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Haftada birkaç kez— Günde 5 fincan veya daha fazla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0.033) (Tablo 14).

Tablo 14: Maslach-Duygusal Tükenme Puanı İkili Karşılaştırmaları

Medeni Durum	p
Dul-Boşanmış—Evli	1.000
Dul-Boşanmış—Bekar	0.216
Evli—Bekar	0.047
Unvan	p
Profesör—Doçent	1.000
Profesör—Uzman	1.000
Profesör—Asistan	0.337
Doçent—Uzman	1.000
Doçent—Asistan	0.147
Uzman—Asistan	0.018
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?*	p
Günde 3 kupa— Günde 5 kupa veya daha fazla	0.025
Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?*	p
Haftada birkaç kez— Günde 5 fincan veya daha fazla	0.033

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir.

4.4.2. Maslach Duyarsızlaşma Alt Ölçeği

Evli bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puan ortalaması 7.22±4.27, dul-boşanmış bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puan ortalaması 5.50±3.50, bekar bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puan ortalaması 8.49±4.18'dur. Medeni duruma göre bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7.911$, p=0.019).

Ünvanlara göre bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=27.977$, p<0.001). Profesörlerin Maslach-Duyarsızlaşma puan ortalaması 2.67±1.53, doçent doktorların 4.75±3.10, uzman doktorların 5.97±3.81, asistan doktorların 8.70±4.16 olduğu belirlenmiştir.

“Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre Maslach-Duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=13.727$, $p=0.033$). Günde 4 kupa kahve içen bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puan ortalaması 9.45 ± 4.99 ile en yüksek, haftada bir veya daha az içen bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puan ortalaması ise 6.12 ± 3.81 ile en düşük olduğu belirlenmiştir.

Diğer değişkenlerin Maslach-Duyarsızlaşma puanlarının karşılaştırılması Tablo 15’te özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre Maslach-Duyarsızlaşma puanları ile “Medeni Durum”, “Ünvan”, “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 15: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Maslach-Duyarsızlaşma puanlarının karşılaştırılması

		MASLACH- DUYARSIZLAŞMA PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	7.85±4.26	8.0 (7.0)	z=0.703	0.482
	Erkek	7.53±4.27	7.0 (6.0)		
Medeni Durum	Evli	7.22±4.27	7.0 (8.0)	$\chi^2=7.911$	0.019
	Dul-Boşanmış	5.50±3.50	6.0 (6.0)		
	Bekar	8.49±4.18	9.0 (6.2)		
Ana Branş	Dahili Bilimler	7.93±4.26	8.0 (7.0)	$\chi^2=3.536$	0.171
	Cerrahi Bilimler	6.91±4.12	6.0 (6.0)		
	Temel Bilimler	3.50±3.53	3.5 (N/A)		
Unvan	Profesör	2.67±1.53	3.0 (N/A)	$\chi^2=27.977$	<0.001
	Doçent	4.75±3.10	4.0 (5.2)		
	Uzman	5.97±3.81	6.0 (6.0)		
	Asistan	8.70±4.16	9.0 (6.0)		
9 Saatten Az		7.78±4.24	8.0 (6.7)	z=0.042	0.967

Günlük Çalışma Süresi	9 Saatten Fazla	7.63±4.33	8.0 (7.0)		
Kronik Hastalık	Hayır	8.06±4.20	8.0 (6.0)	z=1.952	0.051
	Evet	6.69±4.29	7.0 (7.0)		
Düzenli İlaç	Hayır	7.77±4.23	8.0 (7.0)	z=0.047	0.963
	Evet	7.64±4.38	9.0 (7.0)		
Sigara Kullanımı	Evet	7.35±3.36	7.0 (5.0)	$\chi^2=0.431$	0.806
	Hayır	7.86±4.31	8.0 (7.0)		
	Bıraktım	7.64±5.38	8.0 (10.2)		
Alkol Kullanımı	Evet	8.12±4.06	9.0 (6.0)	$\chi^2=2.020$	0.364
	Hayır	7.61±4.31	7.0 (7.0)		
	Bıraktım	5.80±5.67	4.0 (10.5)		
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	6.12±3.81	7.0 (6.0)	$\chi^2=13.727$	0.033
	Haftada birkaç kez	6.71±4.27	7.0 (7.0)		
	Günde bir kupa	7.82±4.13	8.0 (6.0)		
	Günde 2 kupa	8.73±4.12	9.0 (6.5)		
	Günde 3 kupa	8.54±4.13	9.0 (5.5)		
	Günde 4 kupa	9.45±4.99	11.0 (10.0)		
	Günde 5 kupa veya daha fazla	6.43±5.29	5.0 (6.0)		
Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	8.03±4.02	9.0 (6.0)	$\chi^2=9.433$	0.093
	Haftada birkaç kez	8.46±4.20	9.0 (6.5)		
	Günde bir fincan	6.89±4.82	7.0 (7.0)		
	Günde 2 fincan	7.25±3.69	7.5 (4.7)		
	Günde 3 fincan	5.75±2.50	5.5 (4.7)		
	Günde 5 fincan veya daha fazla	3.50±0.71	3.5 (N/A)		
	Haftada bir veya daha az	7.00±4.26	6.0 (9.0)	$\chi^2=10.570$	0.103

Ne kadar sıklıkla çay tüketirsiniz?	Haftada birkaç kez	8.32±4.70	8.0 (7.0)		
	Günde bir çay bardağı	9.83±4.62	10.0 (6.0)		
	Günde 2 çay bardağı	6.56±4.09	7.0 (6.0)		
	Günde 3 çay bardağı	7.95±4.03	9.0 (6.5)		
	Günde 4 çay bardağı	8.06±4.14	9.0 (7.0)		
	Günde 5 çay bardağı veya daha fazla	7.45±3.83	7.5 (5.0)		
Ne kadar sıklıkla kola tüketirsiniz? (1 porsiyon kola=330 ml)	Haftada bir veya daha az	7.58±4.32	8.0 (7.0)		
	Haftada birkaç kez	8.71±4.31	9.0 (6.2)		
	Günde bir porsiyon	6.09±2.66	6.0 (4.0)	$\chi^2=5.524$	0.238
	Günde 2 bir porsiyon	8.50±3.53	8.5 (N/A)		
	Günde 3 bir porsiyon	10.50±0.71	10.5 (N/A)		
Ne kadar sıklıkla enerji içeceği tüketirsiniz? (1 porsiyon enerji içeceği=250 ml)	Haftada bir veya daha az	7.78±4.25	8.0 (7.0)		
	Haftada birkaç kez	8.25±4.99	8.5 (9.2)	$z=3.121$	0.538

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

Maslach-Duyarsızlaşma puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarında Evli—Bekar istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.018$). Maslach-Duyarsızlaşma puanları bakımından ünvanların ikili karşılaştırmalarında Uzman—Asistan istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit

edilmiştir ($p<0.001$). Maslach-Duyarsızlaşma puanları bakımından “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Haftada bir veya daha az— Günde 3 kupa, Haftada bir veya daha az— Günde 2 kupa, Haftada bir veya daha az— Günde 4 kupa, Haftada birkaç kez— Günde 2 kupa arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.036$, $p=0.007$, $p=0.028$, $p=0.020$) (Tablo 16).

Tablo 16: Maslach-Duyarsızlaşma Puanı İkili Karşılaştırmaları

Medeni Durum	p
Dul-Boşanmış—Evli	0.813
Dul-Boşanmış—Bekar	0.155
Evli—Bekar	0.018
Unvan	p
Profesör—Doçent	1.000
Profesör—Uzman	1.000
Profesör—Asistan	0.083
Doçent—Uzman	1.000
Doçent—Asistan	0.051
Uzman—Asistan	<0.001
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?*	p
Haftada bir veya daha az— Günde 3 kupa	0.036
Haftada bir veya daha az— Günde 2 kupa	0.007
Haftada bir veya daha az— Günde 4 kupa	0.028
Haftada birkaç kez— Günde 2 kupa	0.020

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir.

4.4.3. Maslach Kişisel Başarı Alt Ölçeği

Evli bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puan ortalaması 18.33 ± 5.29 , dul-boşanmış bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puan ortalaması 21.62 ± 4.78 , bekar bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puan ortalaması 17.37 ± 4.43 'dir. Medeni duruma göre bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6.743$, $p=0.034$).

Branşlara göre bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6.420$, $p=0.040$). Cerrahi bilimlerde

hekimlerin Maslach-Kişisel Başarı puan ortalaması dahili ve temel bilimlere göre daha yüksektir.

Ünvanlara göre bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=31.758$, $p<0.001$). Profesörlerin Maslach-Kişisel Başarı puan ortalaması 26.33 ± 1.53 , doçent doktorların 21.75 ± 1.98 , uzman doktorların 19.95 ± 4.82 , asistan doktorların 16.87 ± 4.67 olduğu belirlenmiştir.

“Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre Maslach-Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=12.699$, $p=0.048$). Günde 5 kupa veya daha fazla kahve içen bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puan ortalaması 21.43 ± 5.59 ile en yüksek, Günde 4 kupa kahve içen bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puan ortalaması ise 15.09 ± 6.47 ile en düşük olduğu belirlenmiştir.

Diğer değişkenlerin Maslach-Kişisel Başarı puanlarının karşılaştırılması Tablo 17’de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre Maslach-Kişisel Başarı puanları ile “Medeni Durum”, “Ana Branş”, “Unvan”, “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 17: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Maslach-Kişisel Başarı puanlarının karşılaştırılması

		MASLACH-KİŞİSEL BAŞARI PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	17.65±5.01	18.0 (6.7)	z=1.711	0.087
	Erkek	18.75±4.75	19.0 (5.0)		
Medeni Durum	Evli	18.33±5.29	18.0 (6.2)	$\chi^2=6.743$	0.034
	Dul-Boşanmış	21.62±4.78	23.0 (8.0)		
	Bekar	17.37±4.43	18.0 (5.2)		
Ana Branş	Dahili Bilimler	17.72±4.89	18.0 (6.0)	$\chi^2=6.420$	0.040
	Cerrahi Bilimler	19.77±4.88	20.0 (6.0)		

	Temel Bilimler	15.00±8.48	15.0 (N/A)		
Unvan	Profesör	26.33±1.53	26.0 (N/A)	$\chi^2=31.758$	<0.001
	Doçent	21.75±1.98	22.5 (2.7)		
	Uzman	19.95±4.82	20.5 (6.2)		
	Asistan	16.87±4.67	17.0 (6.0)		
Günlük	9 Saatten Az	17.81±4.77	18.0 (6.0)	z=0.951	0.341
Çalışma Süresi	9 Saatten Fazla	18.69±5.52	18.0 (8.0)		
Kronik	Hayır	17.72±4.78	18.0 (6.0)	z=1.062	0.288
Hastalık	Evet	18.93±5.41	18.0 (7.0)		
Düzenli ilaç	Hayır	17.96±4.84	18.0 (6.0)	z=0.128	0.898
	Evet	18.17±5.43	17.0 (8.0)		
Sigara Kullanımı	Evet	17.12±5.38	18.0 (7.0)	$\chi^2=0.967$	0.617
	Hayır	18.26±4.71	18.0 (6.0)		
	Bıraktım	17.68±5.87	19.0 (7.0)		
Alkol Kullanımı	Evet	18.38±4.75	18.0 (6.0)	$\chi^2=3.844$	0.146
	Hayır	17.69±5.07	18.0 (6.0)		
	Bıraktım	21.40±2.61	20.0 (3.5)		
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	19.28±4.80	19.0 (5.0)	$\chi^2=12.699$	0.048
	Haftada birkaç kez	19.27±3.96	20.0 (5.0)		
	Günde bir kupa	17.75±5.02	18.0 (6.0)		
	Günde 2 kupa	17.02±4.37	17.0 (5.7)		
	Günde 3 kupa	17.61±5.85	17.5 (10.0)		
	Günde 4 kupa	15.09±6.47	14.0 (11.0)		
	Günde 5 kupa veya daha fazla	21.43±5.59	22.0 (10.0)		
Ne kadar sıklıkla Türk kahvesi tüketirsiniz?	Haftada bir veya daha az	18.24±4.67	18.5 (5.0)	$\chi^2=10.652$	0.059
	Haftada birkaç kez	16.61±4.96	17.0 (7.0)		
	Günde bir fincan	18.46±5.01	18.0 (6.5)		
	Günde 2 fincan	19.10±4.80	20.0 (6.7)		

	Günde 3 fincan	21.00±5.35	21.5 (10.0)		
	Günde 5 fincan veya daha fazla	25.50±4.95	25.5 (N/A)		
	Haftada bir veya daha az	19.69±3.45	19.0 (5.0)		
	Haftada birkaç kez	17.81±5.61	18.0 (7.0)		
Ne kadar sıklıkla çay tüketirsiniz?	Günde bir çay bardağı	17.39±4.77	17.0 (9.0)		
	Günde 2 çay bardağı	17.84±5.17	17.0 (8.0)	$\chi^2=2.746$	0.840
	Günde 3 çay bardağı	18.03±4.86	19.0 (6.0)		
	Günde 4 çay bardağı	17.88±4.75	18.0 (3.0)		
	Günde 5 çay bardağı veya daha fazla	18.26±4.97	18.5 (4.5)		
Ne kadar sıklıkla kola tüketirsiniz? (1 porsiyon kola=330 ml)	Haftada bir veya daha az	18.10±4.89	18.0 (5.0)		
	Haftada birkaç kez	17.12±5.31	18.0 (6.2)	$\chi^2=3.456$	0.485
	Günde bir porsiyon	19.91±3.59	21.0 (7.0)		
	Günde 2 bir porsiyon	15.50±6.36	15.5 (N/A)		
	Günde 3 bir porsiyon	19.00±8.48	19.0 (N/A)		
Ne kadar sıklıkla enerji içeceği tüketirsiniz? (1 porsiyon enerji içeceği=250 ml)	Haftada bir veya daha az	17.97±4.93	18.0 (6.0)	$z=1.305$	0.192
	Haftada birkaç kez	15.50±2.64	16.0 (5.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

Maslach-Kişisel Başarı puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarında Dul-Boşanmış—Bekar istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.019$). Maslach-Kişisel Başarı puanları bakımından ana branş ikili karşılaştırmalarında Dahili bilimler — Cerrahi bilimler istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.041$). Maslach-Kişisel Başarı puanları bakımından ünvanların ikili karşılaştırmalarında Profesör—Asistan, Doçent—Asistan, Uzman—

Asistan istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.012$, $p=0.010$, $p<0.001$). Maslach-Kişisel Başarı puanları bakımından “Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Günde 4 kupa— Haftada birkaç kez, Günde 4 kupa— Günde 5 kupa veya daha fazla, Günde 2 kupa— Haftada bir veya daha az, Günde 2 kupa— Haftada birkaç kez, Günde 2 kupa— Günde 5 kupa veya daha fazla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.039$, $p=0.037$, $p=0.031$, $p=0.015$, $p=0.045$) (Tablo 18).

Tablo 18: Maslach-Kişisel Başarı Puanı İkili Karşılaştırmaları

Medeni Durum	p
Dul-Boşanmış—Evli	0.219
Dul-Boşanmış—Bekar	0.019
Evli—Bekar	0.367
Ana Branş	p
Temel bilimler—Dahili bilimler	1.000
Temel bilimler—Cerrahi bilimler	0.808
Dahili bilimler — Cerrahi bilimler	0.041
Unvan	p
Profesör—Doçent	1.000
Profesör—Uzman	0.248
Profesör—Asistan	0.012
Doçent—Uzman	0.880
Doçent—Asistan	0.010
Uzman—Asistan	<0.001
Ne kadar sıklıkla kahve (filtre, americano, latte...) tüketirsiniz?**	p
Günde 4 kupa— Haftada birkaç kez	0.039
Günde 4 kupa— Günde 5 kupa veya daha fazla	0.037
Günde 2 kupa— Haftada bir veya daha az	0.031
Günde 2 kupa— Haftada birkaç kez	0.015
Günde 2 kupa— Günde 5 kupa veya daha fazla	0.045

**Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir.*

4.5. ÖLÇEK PUANLARI İLE DİĞER PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile yaş arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.183$, $p=0.004$). Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile meslekte çalışma yılı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.204$, $p=0.001$). Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile günlük toplam kafein miktarı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.538$, $p<0.001$).

Maslach Duygusal Tükenme Puanı ile yaş, meslekte çalışma yılı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.257$; $p<0.001$, $r=-0.292$; $p<0.001$). Maslach Duygusal Tükenme Puanı ile günlük toplam kafein miktarı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.136$, $p=0.035$). Maslach Duyarsızlaşma Puanı ile yaş, meslekte çalışma yılı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.331$; $p<0.001$, $r=-0.332$; $p<0.001$). Maslach Duyarsızlaşma Puanı ile günlük toplam kafein miktarı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.139$, $p=0.031$). Maslach Kişisel Başarı Puanı ile yaş, meslekte çalışma yılı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.302$; $p<0.001$, $r=0.327$; $p<0.001$).

4.6. ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile PUKİ skoru arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.148$, $p=0.022$). Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile Maslach Duygusal Tükenme Puanı, Maslach Duyarsızlaşma Puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.205$; $p=0.001$, $r=0.233$; $p<0.001$). Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı ile Maslach Kişisel Başarı Puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.196$, $p=0.002$).

PUKİ skoru ile Maslach Duygusal Tükenme Puanı, Maslach Duyarsızlaşma Puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.249$; $p<0.001$, $r=0.212$; $p=0.001$). PUKİ skoru ile Maslach Kişisel Başarı Puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.189$, $p=0.003$).

Maslach Duygusal Tükenme Puanı ile Maslach Duyarsızlaşma Puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.731$, $p<0.001$). Maslach Duygusal Tükenme Puanı ile Maslach Kişisel Başarı Puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.521$, $p<0.001$). Maslach Duyarsızlaşma Puanı ile Maslach Kişisel Başarı Puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.512$, $p<0.001$) (Tablo 19).

Tablo 19: Ölçek puanları arasındaki ilişki katsayıları

Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı		PUKİ Skor	Maslach Duygusal Tükenme Puanı	Maslach Duyarsızlaşma Puanı	Maslach Kişisel Başarı Puanı
Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçek Puanı	r				
	p				
PUKİ Skor	r	0.148			
	p	0.022			
Maslach Duygusal Tükenme Puanı	r	0.205	0.249		
	p	0.001	<0.001		
Maslach Duyarsızlaşma Puanı	r	0.233	0.212	0.731	
	p	<0.001	0.001	<0.001	
Maslach Kişisel Başarı Puanı	r	-0.196	-0.189	-0.521	-0.512
	p	0.002	0.003	<0.001	<0.001

r: Spearman İlişki Katsayısı

Kafein Kullanım Bozukluğu ölçeğine ait iç tutarlılık 0.874 olduğu belirlenmiştir. Maslach duygusal tükenme boyutu için 0.899, duyarsızlaşma boyutu için 0.785 ve kişisel başarı boyutu için 0.818 olarak bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20: Ölçeklere ait iç tutarlılık katsayıları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Cronbach Alfa Katsayısı
Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği	10	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	0.874
Maslach Duygusal Tükenme	9	1,2,3,6,8,13,14,16,20	0.899
Maslach Duyarsızlaşma	5	5,10,11,15,22	0.785
Maslach Kişisel Başarı	8	4,7,9,12,17,18,19,21	0.818

Kafein Kullanım Bozukluğu ölçek puanı bağımlı değişken, cinsiyet, medeni durum, ana branş, unvan, günlük çalışma süresi, kronik hastalık, düzenli ilaç, sigara kullanımı, alkol kullanımı, yaş, meslekte çalışma yılı, günlük toplam kafein miktarı, PUKİ Skor, Maslach Duygusal Tükenme Puanı, Maslach Duyarsızlaşma Puanı, Maslach Kişisel Başarı Puanı bağımsız değişken olmak kurulan genelleştirilmiş lineer model (GLM) sonuçları Tablo 21’de gösterilmiştir. Parametrelerin katsayıları, standart hata değerleri ve p değerleri gösterilmektedir. Kurulan modelde, cinsiyet (kadın), günlük toplam kafein miktarı, Maslach Duyarsızlaşma Puanı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı katkıya sahiptir ($p=0.012$, $p<0.001$, 0.035).

Tablo 21: Genelleştirilmiş Lineer Model Sonuçları

	B	Std.Hata	p
Sabit	7.697	5.690	0.176
Cinsiyet (Kadın)	1.652	0.656	0.012
Medeni Durum			
Evli	0.218	0.663	0.742
Dul-Boşanmış	1.653	1.719	0.336
Ana Branş			
Dahili Bilimler	-0.333	3.186	0.917
Cerrahi Bilimler	-0.759	3.289	0.818
Unvan			
Profesör	-4.597	2.957	0.120
Doçent	-0.169	1.957	0.931
Uzman	0.095	0.952	0.920
Günlük Çalışma Süresi	0.552	0.738	0.454
Kronik Hastalık	0.663	0.853	0.437
Düzenli İlaç	0.659	0.902	0.465
Sigara Kullanımı			
Evet	0.696	1.166	0.551
Hayır	0.048	1.043	0.964
Alkol Kullanımı			
Evet	-1.329	2.049	0.517
Hayır	-1.181	2.058	0.566
Yaş	0.063	0.141	0.654
Meslekteki çalışma yılı	-0.099	0.149	0.507
Günlük toplam kafein miktarı	0.013	0.001	<0.001
PUKİ Skor	0.213	0.111	0.054
Maslach Duygusal Tükenme Puanı	-0.033	0.059	0.580
Maslach Duyarsızlaşma Puanı	0.217	0.103	0.035
Maslach Kişisel Başarı Puanı	-0.047	0.068	0.486

5. TARTIŞMA

Kafein tüketimi sosyal olarak kabul edilebilir bir aktivitedir ve genellikle çoğu insanın günlük yaşamının bir parçasıdır; ancak bazı kişiler için kafein kullanımı yükümlülüklerini yerine getirmeyi engelleyebilir veya kişilerarası sorunlara neden olabilir. Bu iki kriter önemli olduğundan klinik çalışmalarda olası sonuçlarının incelenmesi tavsiye edilmektedir. Kafein yoksunluğu DSM-5'te tanı kategorisi olarak yer almışken, kafein kullanım bozukluğu ise olası kritik tezahürler nedeniyle ileri araştırmalar bölümüne eklenmiştir.

Kronik aşırı kafein tüketimi; tolerans gelişimi, kafein tüketiminin olumsuz sonuçlarına rağmen sürekli kullanımı ve yoksunluk sendromu ile ilişkili kafein kullanım bozukluğunu temsil edebilir.

Hızla tüketilen 300 mg kafeinin yutulmasından sonra toksisite belirtileri ortaya çıkabilir; bununla birlikte, sağlıklı yetişkinlerde, toksisite belirtileri veya semptomları olmadan genellikle günde 400 mg'a kadar kafein tüketilebilir (48). Hamile hastalar için günde 300 mg'a kadar güvenli kabul edilir. Sınırlı veriler, ergenlerde ve çocuklarda günde 2,5 mg/kg vücut ağırlığı üst sınırını güvenli olarak desteklemektedir (3).

Günlük 400 mg dan fazla kafein tüketimi yüksek, 200-400 mg arası orta düzey ve 200 mg dan az kafein tüketimi düşük düzey olarak kabul edilir.

Hekimlerde kafein tüketim özelliklerini ve kafein kullanım bozukluğu ile uyku kalitesi ve mesleki tükenmişlik başta olmak üzere çeşitli faktörlerle ilişkisini incelemeyi amaçladığımız çalışmamıza 164 kadın, 76 erkek birey katılmıştır. Katılımcıların %17.9' u (n=43) sigara kullanmakta, % 9.2'si (n=22) eski kullanıcı idi. Bireylerin günlük ortalama kafein miktarı 370.44 ± 216.73 mg tespit edilmiştir. Bunun % 68.2 si ortalama 252 mg ile kahveden (filtre, americano, latte, vb.) gelmektedir. Demlenmiş siyah çay ise 38.27 mg günlük tüketim ile ikinci sırada yer almaktadır. Çalışmamızda KKBÖ puan ortalaması 16.65 olarak saptanmış ve kafein kullanım bozukluğu orta düzey olarak değerlendirilmiştir. Günlük kafein tüketimi arttıkça KKBÖ puanı da artmaktadır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kahve ve Türk kahvesi tüketenlerde KKBÖ puanı daha yüksek saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum kahvenin içeriğindeki kafein

miktarının çay, kola ve enerji içeceklerine göre oransal olarak daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda toplam kafein miktarı arttıkça KKBÖ puanı artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Agoston ve ark., Budapeşte’de 2259 yetişkin ile kafein kullanım bozukluğunu değerlendirmek üzere yaptığı, katılımcılarının % 70.5’ i erkek bireylerden oluşan ve ortalama yaş 33.97 olan çalışmada günlük ortalama kafein tüketimi 246.2 mg olarak bulunmuştur(4). Watson ve ark. kafein tüketimi ve uyku arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere yaptığı çalışmada ise katılımcıların 54’ü kadın 26’sı erkek olmak üzere yaş ortalaması 19.3 ve günlük ortalama kafein tüketimi 164.9 mg olarak saptanmıştır (11). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaş ortalaması 33.72±9.13 yıl olarak elde edilmiştir ve bireylerin % 68.3’ünü kadınlar oluşturmaktadır ve günlük ortalama kafein miktarı 370.44±216.73 mg saptanmıştır. Çalışmamızda kafein tüketimi daha fazla saptanmıştır bu fark örneklemin stresli ve uzun çalışma saatlerine sahip olan hekimlerden oluşmasından olduğu söylenebilir.

Freedman ve ark.nın, NIH-AARP Diyet ve Sağlık Çalışmasının verilerine dayanarak; 50 ila 71 yaş aralığında 229.119 erkek ve 173.141 kadın arasında kahve içmeye müteakip toplam ve nedene özgü ölüm oranı ile ilişkisini analiz ettiği çalışmada , kahve tüketenlerin sigara içme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (14). Kafein kullanım bozukluğu üzerine olan çalışmamızda, sigara içenlerin KKBÖ puanı içmeyenlere göre daha yüksek saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları da bu verilerle uyumaktadır.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar sağlık alanında çalışan insanların kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermiştir (6,49,50). Ülkemizde de yapılan birçok çalışma vardiyalı çalışanlar, gece mesaisi yapanlar ve sağlık çalışanlarında uyku bozuklukları olabileceği gösterilmiştir (51–53). Karakaş ve ark.nın 100 kişilik hemşirelerden oluşan çalışmasında, Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin (8.64±4.19) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin uyku kalitesinin cinsiyet, mesai değişimi, gece nöbetinde zorluk yaşama ve çalışma süresi gibi değişkenlerden etkilendiği tespit edilmiştir (53). Khan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %57’sinin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (49). Çalışmamızda ise katılımcıların PUKİ skoru ortalaması 6.48±2.77 olup, %60.0’ının (n=144) kötü uyku sınıfında olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular benzer örneklemdaki çalışmalarla uyum göstermektedir.

Watson ve ark.nın yaptığı çalışmada, uyku kalitesi kötü olan bireylerde kafein alımının daha fazla olduğu görülmüş ve kafein tüketimi ile kısa uykunun ilişkili olduğu belirtilmiştir (11). Chaudary ve ark.nın kafein tüketimi ve insomnia ilişkisini araştırdığı çalışmada, katılımcıların günlük ortalama 176.6 ± 201.0 mg kafein tükettiği ve alışılmış uyku saatlerinin 6.8 ± 1.4 saat olduğu tespit edilmiş olup katılımcıların $19.1-28.4\%$ ' nun uyku probleminin olduğu gösterilmiştir (54). Bizim çalışmamızda da KKBÖ puanı arttıkça PUKİ skorunun arttığı görülmüştür.

Uyku ve kafein tüketiminin ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra, kafein tüketiminin uyku kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalar da vardır (13,55–57).

Clark ve ark.nın , kahve, kafein ve uyku ilişkisinde yaptığı derlemede alışılmış kafein alımının, bireysel duyarlılığın potansiyel bir indeksini temsil ettiği ve uygun şekilde kontrol edilmediğinde kafa karıştırıcı bir değişken olabileceği belirtilmiştir. Bireysel farklılıklardan kaynaklanan değişkenliği en aza indirmek için orta düzeyde alım dahil edilme kriteri olarak kabul edilebilir. Bir çalışmada daha yüksek alışılmış tüketimin daha az uyku bölünmesiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (13,58). Katılımcıların stresle ilişkili uyku bozukluğuna karşı hassasiyet ölçüsünde yüksek veya düşük puana göre gruplandırıldığı bir çalışmada, yalnızca yüksek hassasiyet grubundakilerin uykusu kafeinden etkilenmiştir (59).

Çalışmamızda kafein kullanım bozukluğu ölçek puanı arttıkça PUKİ skoru arttığı görülmüştür. Yapılan genelleştirilmiş lineer modelde ise uyku kalitesi ile kafein kullanım bozukluğu arasındaki ilişki sınırdadır ($p=0.051$). Günde 3 kupa kahve tüketenlerin uyku kalitesi haftada birkaç kez tüketenlere göre daha kötü, günde 5 kupa tüketenlerin ise daha iyi saptanmıştır. Bu farkın, katılımcıların kafein tüketimindeki farklılık ve uyku kalitesinin hassasiyetinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Literatüre bakıldığında birçok çalışmada kronik hastalık durumunun uyku kalitesini etkilediği ve çeşitli uyku problemlerine sebep olabileceği belirtilmiştir (50,60). Çalışmamızda ise kronik hastalık hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olanların PUKİ skoru olmayan bireylere göre yüksek saptanmıştır fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun örneklimin %80'nin kronik hastalığının olmaması yani nispeten sağlıklı bireylerden oluşması, her iki grubun kötü uyku

kalitesine (PUKİ skoru > 5) sahip olması ve diğer çalışmalardan farklı olarak örneklemenin doktorlardan oluşması ile açıklanabilir.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda hekimlerde ve diğer sağlık çalışanlarında tükenmişliğin yaygın olduğu gösterilmiştir (33,36,38,61). Kadınlarda ve daha genç hekimlerde tükenmişlik oranının daha yüksek olması ile bireysel faktörlerin de etkisi olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (62,63).

Schaufeli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tükenmişlik sendromunun duygusal tükenmişlik boyutu puanı 25.88 ± 9.46 , duyarsızlaşma boyutu puanı 9.24 ± 4.89 , kişisel başarı boyutu puanı 24.47 ± 5.12 olarak bulunmuştur. Sayıl ve ark.nın 109'u hemşire 56'sı doktor olan ve %84.8'ini kadın bireylerin oluşturduğu araştırmasında Maslach-duygusal tükenme puanı 18.01, duyarsızlaşma puanı 5.48 ve kişisel başarı puanı 20.30 olarak belirlenmiş ve duyarsızlaşma ve kişisel başarı yönünden kişilerin ciddi bir tükenmişlik içinde olmadığı fakat duygusal tükenmişliklerinin görece fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Dabak ve ark.nın asistan doktorlarla yaptığı çalışmada ise duygusal tükenmişlik alt ölçeğinde doktorların %67.3'ün yüksek grubunda, %32.69 orta grupta olduğu, duyarsızlaşma alt ölçeğinde doktorların %51.92'nin yüksek grubunda, %48.08' in orta grubunda oldukları, Bireysel başarı alt ölçeğinde ise doktorların %63.46'nın yüksek grubunda, %17.3'nin orta grubunda, %19.23'ün düşük grubunda oldukları görülmüş. Çalışmamızda Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ) puanları ise; Duygusal Tükenme Puanı 18.82 ± 7.32 , Duyarsızlaşma Puanı 7.75 ± 4.25 , Kişisel Başarı Puanı 18.00 ± 4.95 saptanmış olup diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. MTÖ'nün cut-off değeri bulunmamaktadır. Literatürdeki çalışmalarla kıyasladığımızda çalışmamızdaki katılımcıların tükenmişlik dereceleri her alt ölçekte orta düzey olarak değerlendirilebilir. Kadın cinsiyette tükenmişliğin daha fazla olduğu bilinmektedir (64). Çalışmamızdaki kadın katılımcı oranı Sayıl ve ark.nın çalışmasına göre daha düşük olmasına rağmen tükenmişlik düzeylerinin fazla bulunması çalışmamızdaki erkek katılımcıların tükenmişliğinin de sonuca etki etmesiyle açıklanabilir.

Maslach ve Jackson evli olanların kişiler arası ilişki kurabilme kapasitesinin, sorunlarla baş etme ve çözme becerilerinin daha gelişmiş olduğunu belirtmektedir. Bu durumun evliler için tükenmişliği azaltan bir etken olduğunu, bekar kişilerin aile ortamından uzak olmaları ve yalnızlık yaşamalarının bekarların daha tükenmiş olarak

görölmelerinde bir etken olabileceğini, evli olanlarda sorumlulukların artması, stres ve iş yükü iş hayatına yansiyarak verimliliği azaltabileceğini ve başarıyı düşebileceğini bildirmişlerdir (31). Çalışmamızda Medeni duruma göre bireylerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Duygusal tükenme puanı bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarında bekar bireylerin evli bireylere göre tükenmişlikleri daha fazla olduğu saptanmıştır. Duyarsızlaşma puanı ikili karşılaştırmalarında ise bekarların puanı evli bireylere daha yüksek saptanmıştır ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişisel başarı alt ölçeğine baktığımızda ise, evli bireylerin kişisel başarı puan ortalaması 18.33 ± 5.29 , dul-boşanmış bireylerin 21.62 ± 4.78 , bekar bireylerin 17.37 ± 4.43 olarak bulunmuştur. İkili karşılaştırmalarında dul-boşanmış olanların kişisel başarı puanları bekar gruba göre daha yüksek saptanmış ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Castelo-Branco ve ark.nın kadın hastalıkları ve doğum asistanlarıyla yaptığı çalışmada bekar bireylerin tükenmişlikleri evli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (65). Sosyal desteğin tükenmişliğe karşı bir tampon görevi gördüğü düşünülmektedir. Yakın, devamlı, ulaşılabilir bir aile ve dost çevresine sahip olmanın, bireye güven veren ve destekleyen nitelik taşıdığı için tükenmişlik riskini azalttığı bilinmektedir (66). Örneklemimizde bekar grubun çoğunluğunu asistan hekimler oluşturması ve asistanların; uzman, doçent ve profesörlere göre tükenmişliğinin fazla olması bu farkı oluşturabilir. Evli bireylerin, meslek hayatında karşılaşılan problemlerine karşı, eş ve çocukların sosyal destek sağlaması ile stres ve tükenmişlikle daha iyi baş edilmesine katkı sağladığı düşünülebilir.

Kaya ve ark.nın birinci basamak sağlık hizmetleri doktor ve hemşirelerde yaptığı çalışmasında ise , medeni durum ile MTÖ alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (47).

Sağlam ve ark.nın Harran Üniversitesi 2008-2009 yılı akademik personelleri ile yaptığı çalışmada, akademik unvana göre yapılan karşılaştırma sonucunda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarında, profesör, doçent, yardımcı doçent, araştırma görevlisi ve okutmanların tükenmişlik düzeyleri istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık göstermediği ve anlamlı bir farklılık bulunmamış olmakla birlikte aritmetik ortalamalara bakıldığında araştırma görevlilerinin diğer gruplara nazaran daha yüksek bir tükenmişlik yaşadıkları

sonucuna varılmıştır (67). Ardic ve ark.nın, Gaziosmanpaşa üniversitesi akademik personeliyle yaptığı çalışmada ise unvan ile tükenmişlik arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, araştırma görevlilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının en yüksek olduğu ve kişisel başarı alt boyutunda ise yardımcı doçentlere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (68).

Çalışmamızda duygusal tükenmenin asistan doktorlarda en yüksek, profesörlerde ise en düşük olduğu belirlenmiş ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı şekilde duyarsızlaşma ile unvan arasında anlamlı fark saptanmış ve bunun uzman-asistan grupları arasında olduğu görülmüştür. Asistanlar uzmanlara göre daha çok duyarsızlaşmıştır. Çalışmamızda kişisel başarı puanı ile unvan arasındaki ilişkide ise fark; profesör-asistan, doçent-asistan, uzman-asistan ikili gruplarından doğmaktadır. Asistan hekimlerin kişisel başarı puanı diğer tüm gruplara göre daha düşük saptanmıştır. Asistan hekimlerin meslek hayatlarının henüz başında olmaları ve eğitim süreçlerinin devam etmesinden dolayı kendilerini daha az başarılı hissettikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda diğer iki alt ölçekten farklı olarak kişisel başarı alt ölçeği ile ana branş arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Cerrahi bilimlerdeki hekimlerin kişisel başarı puan ortalaması dahili ve temel bilimlere göre daha yüksek saptanmış ve kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Cerrahi bilimlerde hastaya yapılan invaziv girişimler ve kısa süreçte alınan ölçülebilir somut sonuçlar ile mesleki tatminin daha kolay olduğu söylenebilir.

Altay ve ark.nın yaptığı çalışmada daha fazla nöbet tutan, günlük çalışma saatleri daha uzun olan ve uykuya daha az zaman ayırabilen hekimlerde duygusal tükenme ve depersonalizasyon oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (66). Çalışmamızda da günlük çalışma saati daha fazla olan hekimlerde duygusal tükenme puanı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bireylerin yaşı ve meslekteki çalışma süreleri arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının azaldığı, kişisel başarı puanının ise arttığı saptanmıştır. Altay ve ark.nın araştırmasında da benzer şekilde hemşirelerin yaşları ilerledikçe ve meslekteki çalışma süreleri arttıkça, duygusal tükenme ve duyarsızlığın azaldığı, kişisel başarı hislerinin de arttığını belirtmiştir (66). Kaya ve ark.nın çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (47). İletişim, başa çıkma ve yönetme

becerileri konusunda yeterli olmamanın tükenmişliği arttırdığı bilinmektedir (63). Hekimlerin bilgi ve tecrübeleri arttıkça iş hayatındaki zor koşullara karşı direnci arttığı ve artan statüleri ile kendilerini daha başarılı hissettikleri söylenebilir.

“Ne kadar sıklıkla kahve tüketirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiş, günde 4 kupa kahve içenlerin haftada bir veya daha az içenlere göre duyarsızlaşma puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde günde 2 ve 3 kupa içenlerde de haftada bir veya daha az kahve içenlere göre duyarsızlaşma puanı yüksek bulunmuştur. Türk kahvesi, çay, kola ve enerji içeceği tüketiminde ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Bireylerin kahve dışındaki diğer içeceklerden aldıkları ortalama günlük kafein miktarının (Türk kahve 38.27 ± 41.92 mg, çay 52.87 ± 34.36 mg, kola 12.22 ± 16.14 mg, enerji içeceği 14.33 ± 27.28 mg) belirgin miktarda kahveye (252.74 ± 202.62 mg) göre az olması bu farkı oluşturabilir. Bu fark, kafein tüketimindeki bireysel farklılıkla uyku kalitesinin hassasiyeti arasındaki ilişkiyle benzer olabilir.

Kaya ve ark.nın %76,6’sı kadın olan, birinci basamak sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmaya göre kadınların duygusal tükenmişlik puanının erkeklerle göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Maslach ve Burke’ un çalışmaları cinsiyetin tükenmişlikte önemli bir faktör olmadığını, araştırmalarda kadın ve erkeklerin tükenmişlik düzeyleri arasında çok az bir fark bulunduğunu bunun üzerinde önemli yorumlara gidilmemesi gerektiğini belirtmiştir (30). Dabak ve ark.nın, İstanbul Haydarpaşa Numune ve Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nde yaptığı çalışmada da cinsiyet ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamız da benzer şekilde cinsiyet ve tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızın Kaya ve ark.nın sonuçlarıyla farklı olması, katılımcılarımızın eğitim ve araştırma hastanesinde çalışıyor olması ve statülerinin daha fazla olması, Kaya’nın örnekleminde ise birinci basamak sağlık çalışanlarının olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda kurulan genelleştirilmiş lineer regresyon analizinde duyarsızlaşma arttıkça kafein kullanım bozukluğunun arttığı bulunmuştur ve bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır. Bae ve ark.nın, Cheonan Üniversitesi öğrencilerinde

yaptığı % 54.3'ünün kadın bireylerden oluştuğu 511 kişilik bir çalışmada, katılımcıların % 18'inin yüksek miktarda kafein tükettiği ve bu grubun tükenmişliğinin daha fazla olduğu bulunmuştur (69).



6. SONUÇ

Çalışmamızda kafein kullanım bozukluğu ve tükenmişlik durumu orta düzeyde değerlendirilmiştir. Katılımcıların % 60'nın kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Sigara kullananlarda, daha fazla kafein tüketenlerde ve kadınlarda kafein kullanım bozukluğu düzeyi daha yüksek saptanmıştır.

KKBÖ puanı arttıkça PUKİ skorunun arttığı görülmüştür. Hekimlerin kafein tüketim özelliklerinin sorgulanması uyku kalitesinin iyileştirilmesi açısından faydalı olabilir, hekimlere kafein kullanım bozukluğu hakkında bilgilendirilme yapılabilir ve risk altındaki kişilerin kafein kullanımını sınırlandırması konusunda önlemler alınabilir.

Kafein kullanım bozukluğunu etkileyen faktörleri belirlemek üzere kurulan genelleştirilmiş lineer modelde (GLM), kadın cinsiyet, kafein tüketimi ve duyarsızlaşmanın artması kafein kullanım bozukluğunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Kafein kullanım bozukluğu açısından kadınlar erkeklere göre daha yüksek risk altındadır ayrıca çalışmamızda kadın bireylerin erkeklere göre Maslach tükenmişlik puanları daha yüksektir. Kadın hekimlerin kafein kullanım bozuklukları daha dikkatle sorgulanmalıdır. Bu sayede tükenmişlikle ilgili sorunlarda azalma sağlanabilir.

Çalışmamızda duyarsızlaşma arttıkça kafein kullanım bozukluğunun arttığı görülmüştür. Duyarsızlaşma puanının bekarlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca asistanlarda uzmanlara göre daha fazla duyarsızlaşma olduğu belirlenmiştir. Hastaların gereksinimlerine karşı duyarsızlaşma görülen hekimlerde ek olarak kafein tüketim özellikleri de araştırılabilir.

Sonuç olarak; kafein kullanım bozukluğunun duyarsızlaşma durumundan etkilendiği bulunmuştur. Kadınlar kafein kullanım bozukluğu açısından daha fazla risk altındadır. KKBÖ puanı ile PUKİ skoru ve MTÖ puanı ilişkilidir. Hekimlerin mesleki duyarsızlaşmaları konusunda çalışmaların yapılması, kafein kullanım bozukluklarının düzelmesine katkı sağlayabilir.

7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamız tek bir eğitim ve araştırma hastanesi verilerini kullandığından toplumun küçük bir kesimini yansıtmaktadır. Dolayısı ile daha fazla sayıda hasta ile yapılan daha geniş çaplı çalışmalar daha doğru sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Çalışmamızda çıkar çatışması yoktur.



8. KAYNAKÇA

1. Soós R, Gyebrovski Á, Tóth Á, Jeges S, Wilhelm M. Effects of Caffeine and Caffeinated Beverages in Children, Adolescents and Young Adults: Short Review. *Int J Environ Res Public Health*. 25 Kasım 2021;18(23):12389.
2. Heckman MA, Weil J, de Mejia EG. Caffeine (1, 3, 7-trimethylxanthine) in Foods: A Comprehensive Review on Consumption, Functionality, Safety, and Regulatory Matters. *J Food Sci*. Nisan 2010;75(3):R77-87.
3. Verster JC, Koenig J. Caffeine intake and its sources: A review of national representative studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 24 Mayıs 2018;58(8):1250-9.
4. Ágoston C, Urbán R, Richman MJ, Demetrovics Z. Caffeine use disorder: An item-response theory analysis of proposed DSM-5 criteria. *Addict Behav*. Haziran 2018;81:109-16.
5. Copinschi G. Metabolic and endocrine effects of sleep deprivation. *Essent Psychopharmacol*. 2005;6(6):341-7.
6. Stewart NH, Arora VM. The Impact of Sleep and Circadian Disorders on Physician Burnout. *Chest*. Kasım 2019;156(5):1022-30.
7. Vasilis L. Georgalas. The Effects of Caffeine on Voice: A Systematic Review [DOI: 10.1016/j.jvoice.2021.02.025. [a.yer 03 Nisan 2023]; Erişim adresi: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0892199721000849?token=62E2BE6FA7A365C6809D3766FCB70350A9778A9EBD317770AB8633165C17005D265ADDF2F026F537BE89200EB36BBF88&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230403083745>
8. Barone JJ, Roberts HR. Caffeine consumption. *Food Chem Toxicol*. Ocak 1996;34(1):119-29.
9. FoodData Central [İnternet]. [a.yer 03 Temmuz 2023]. Erişim adresi: <https://fdc.nal.usda.gov/index.html>
10. Rikitake, Mitsuki MR. Effects of chronic caffeine intake and withdrawal on neural activity assessed via resting-state functional magnetic resonance imaging in mice | Elsevier Enhanced Reader. [a.yer 03 Nisan 2023]; Erişim adresi: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S240584402203002X?token=63AFC2D95DDE4449180444022BE50320F3EB623A87EAC6844E0C9CB0A850B612FDAEF5E55499EE7AC39F65A3555C3460&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230403083626>
11. Watson E, Coates A, Kohler M, Banks S. Caffeine Consumption and Sleep Quality in Australian Adults. *Nutrients*. 04 Ağustos 2016;8(8):479.
12. Shilo L, Sabbah H, Hadari R, Kovatz S, Weinberg U, Dolev S, vd. The effects of coffee consumption on sleep and melatonin secretion. *Sleep Med*. Mayıs 2002;3(3):271-3.
13. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. Şubat 2017;31:70-8.
14. Freedman ND, Park Y, Abnet CC, Hollenbeck AR, Sinha R. Association of Coffee Drinking with Total and Cause-Specific Mortality. *N Engl J Med*. 17 Mayıs 2012;366(20):1891-904.

15. Santos C, Costa J, Santos J, Vaz-Carneiro A, Lunet N. Caffeine intake and dementia: systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis JAD*. 2010;20 Suppl 1:S187-204.
16. Frozi J, de Carvalho HW, Ottoni GL, Cunha RA, Lara DR. Distinct sensitivity to caffeine-induced insomnia related to age. *J Psychopharmacol (Oxf)*. Ocak 2018;32(1):89-95.
17. Sweeney MM, Meredith SE, Juliano LM, Evatt DP, Griffiths RR. A randomized controlled trial of a manual-only treatment for reduction and cessation of problematic caffeine use. *Drug Alcohol Depend*. 01 Şubat 2019;195:45-51.
18. DSM Library [Internet]. [a.yer 06 Nisan 2023]. Psychiatry Online. Erişim adresi: <https://dsm.psychiatryonline.org/>
19. Vandekerckhove M, Weiss R, Schotte C, Exadaktylos V, Haex B, Verbraecken J, vd. The role of presleep negative emotion in sleep physiology: Presleep negative emotion in sleep physiology. *Psychophysiology*. Aralık 2011;48(12):1738-44.
20. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Derg*. 2012;(2).
21. Colten HR, Altevogt BM, Research I of M (US) C on SM and. Sleep Physiology [Internet]. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. National Academies Press (US); 2006 [a.yer 10 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19956/>
22. National Institute of Neurological Disorders and Stroke [Internet]. [a.yer 10 Nisan 2023]. Brain Basics: Understanding Sleep. Erişim adresi: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-understanding-sleep>
23. Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract*. 2004;18(2):65-71.
24. Kocaaslan, S., Öñiz, A., Özgören, M. (2010). Uykuda işitsel uyarılma potansiyelleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 49-56.
25. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep Patterns and Predictors of Disturbed Sleep in a Large Population of College Students. *J Adolesc Health*. Şubat 2010;46(2):124-32.
26. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nurs Forum (Auckl)*. Ocak 2022;57(1):144-51.
27. Keskin N, Tamam L. Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi [Sleep Disorders: Classification and Treatment]. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*. 21 Mart 2018;27:241-60.
28. Weisberg J, Sagie A. Teachers' Physical, Mental, and Emotional Burnout: Impact on Intention to Quit. *J Psychol*. Mayıs 1999;133(3):333-9.
29. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 19 Haziran 2009;14(3):204-20.
30. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. İçinde: *Evaluating Stress: A Book of Resources*. 1997. s. 191-218.
31. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. Nisan 1981;2(2):99-113.

32. Çapır B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2006;
33. Dabak R, Özçınar M, Sargın M, Tamer İ, Orbay E. Asistan Doktorlarda Tükenme (Burnout) Sendromu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2007;11(2):67-71.
34. Maslach C, Leiter MP. Burnout. İçinde: Encyclopedia of Mental Health [Internet]. Elsevier; 2016 [a.yer 02 Mayıs 2023]. s. 222-7. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978012397045900149X>
35. Lewandowski, C. A. (2003). Organizational factors contributing to worker frustration: The precursor to burnout. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 30, 175.
36. Shahi S, Paudel DR, Bhandari TR. Burnout among resident doctors: An observational study. *Ann Med Surg*. 12 Mart 2022;76:103437.
37. Tüfekçi, B. Fabrika Çalışanlarında Yalnızlık, Depresyon ve Tükenmişliğin İncelenmesi, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi » Submission ». [a.yer 02 Mayıs 2023]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/otjhs/article/882828>
38. Elbarazi I, Loney T, Yousef S, Elias A. Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. Aralık 2017;17(1):491.
39. Özdemir Y, The Role of Classroom Management Efficacy in Predicting Teacher Burnout. [a.yer 02 Mayıs 2023]; Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/242571151_The_Role_of_Classroom_Management_Efficacy_in_Predicting_Teacher_Burnout
40. Ferial-Clement, Frances Lynn, "Use of the CAMEO II Acuity Tool to Decrease Burnout for Nurses Working in a Pediatric Intensive Care Unit" (2020). Digital Commons @ ACU, *Electronic Theses and Dissertations*. Paper291. <https://digitalcommons.acu.edu/etd/291>
41. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? *Occup Med*. 01 Eylül 2000;50(7):512-7.
42. Kaya S, Bodur M, Eşgin Mİ, Çakıroğlu FP, Özçelik AO. Validation of the Turkish Version of the Caffeine Use Disorder Questionnaire in an Adult Population. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 01 Kasım 2021 [a.yer 26 Mart 2023]; Erişim adresi: <https://link.springer.com/10.1007/s11469-021-00688-8>
43. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. Mayıs 1989;28(2):193-213.
44. Topak OZ, Karan CB, Toktaş SN, Gündoğmuş SZ, Özdel O. Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Öğrenim Sürecinde Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması: Tıp Eğitim Süreci Tükenmişlik Düzeylerini Değiştiriyor mu?, (Klinik Psikiyatri Dergisi 2022;25:404-415) DOI: 10.5505/kpd.2022.47587
45. Tunali D. Çalışanların Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Eskişehir Örneği. 2012;(33).
46. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Acad Manage Rev*. Ekim 1993;18(4):621.

47. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(5): 357 - 363.
48. Wikoff D, Welsh BT, Henderson R, Brorby GP, Britt J, Myers E, vd. Systematic review of the potential adverse effects of caffeine consumption in healthy adults, pregnant women, adolescents, and children. Food Chem Toxicol. 01 Kasım 2017;109:585-648.
49. Khan HR, Ashraf F, Ullah I, Tahir MJ, Dominari A, Shoib S, vd. Cross-cultural prevalence of sleep quality and psychological distress in healthcare workers during COVID-19 pandemic. Brain Behav. 17 Ekim 2021;11(11):e2383.
50. James B, Omoaregba J, Igberase O. Prevalence and correlates of poor sleep quality among medical students at a Nigerian university. Ann Niger Med. 2011;5(1):1.
51. Gülser N. Vardiyalı Çalışanlarda Huzursuz Bacaklar Sendromu ve Subjektif Uyku Kalitesi. Nöro Psikiyatri Arş. 15 Aralık 2012;49(4):281-5.
52. Çoban S, Yılmaz H, Ok G, Erbüyük K, Aydın D. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozukluklarının Araştırılması. Türk Yoğun Bakım Derneği Derg. 15 Ağustos 2011;9(2):59-63.
53. Asi Karakaş S. , Gönültaş N. , Okanlı A. Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 4(1): 17-26.
54. Chaudhary NS, Grandner MA, Jackson NJ, Chakravorty S. Caffeine consumption, insomnia, and sleep duration: Results from a nationally representative sample. Nutrition. Kasım 2016;32(11-12):1193-9.
55. Zunhammer M, Eichhammer P, Busch V. Sleep Quality during Exam Stress: The Role of Alcohol, Caffeine and Nicotine. Uchino BN, editör. PLoS ONE. 03 Ekim 2014;9(10):e109490.
56. Landolt HP, Werth E, Borbély AA, Dijk DJ. Caffeine intake (200 mg) in the morning affects human sleep and EEG power spectra at night. Brain Res. Mart 1995;675(1-2):67-74.
57. Del Brutto OH, Mera RM, Zambrano M, Castillo PR. Caffeine intake has no effect on sleep quality in community dwellers living in a rural Ecuadorian village (The Atahualpa Project). Sleep Sci. 2016;9(1):35-9.
58. Hindmarch I, Rigney U, Stanley N, Quinlan P, Rycroft J, Lane J. A naturalistic investigation of the effects of day-long consumption of tea, coffee and water on alertness, sleep onset and sleep quality. Psychopharmacology (Berl). 25 Nisan 2000;149(3):203-16.
59. Drake CL, Jefferson C, Roehrs T, Roth T. Stress-related sleep disturbance and polysomnographic response to caffeine. Sleep Med. Ekim 2006;7(7):567-72.
60. Alghwiri AA, Almomani F, Alghwiri AA, Whitney SL. Predictors of sleep quality among university students: the use of advanced machine learning techniques. Sleep Breath. Haziran 2021;25(2):1119-26.
61. Constable JF, Russell DW. The Effect of Social Support and the Work Environment upon Burnout among Nurses. J Human Stress. Mart 1986;12(1):20-6.
62. Bagheri Hosseinabadi M, Ebrahimi MH, Khanjani N, Biganeh J, Mohammadi S, Abdollahfard M. The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses. J Clin Nurs. 2019;28(9-

- 10):1868-78.
63. Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch Jr. TJ. Burnout: Caring for the Caregivers. *The Oncologist*. 2000;5(5):425-34.
 64. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Äärimala M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Mart 1990;25(2):81-6.
 65. Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo M, González S, vd. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 04 Aralık 2006;114(1):94-8.
 66. Altay B. , Gönener D. , Demirkıran C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010; 15(1): 10-16.
 67. Sağlam A. S. Akademik Personelin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle İlişkisi/Relationship Of Socio-Demographic Characteristics Of Academicians With Their Burnout Levels. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2011; 8(15): 407-420.
 68. Ardıç K. , Polatçı S. TÜKENMİŞLİK SENDROMU AKADEMİSYENLER ÜZERİNDE BİR UYGULAMA (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008; 10(2): 69-96.
 69. Bae EJ, Kim EB, Choi BR, Won SH, Kim JH, Kim SM, vd. The Relationships between Addiction to Highly Caffeinated Drinks, Burnout, and Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry*. 01 Ekim 2019;30(4):153-60.