

Standartlaştırılmış Bruksizm Değerlendirme Aracı (STAB) Demografik Anket

Cinsiyet

- ☐ Erkek
- ☐ Kadın
- ☐ Belirtilmemiş/Diğer

Yaş: _____

Boy: _____

Kilo: _____

Şu anda medeni durumunuz nedir?

- ☐ Evli
- ☐ Partneriyle birlikte yaşayan
- ☐ Boşanmış
- ☐ Eşiyle ayrı yaşayan
- ☐ Dul
- ☐ Hiç evlenmemiş

Tamamladığınız en yüksek eğitim düzeyi nedir?

- ☐ Zorunlu eğitim (<16 yaş)
- ☐ Ortaöğretim (örneğin, lise) 18 yaşına kadar
- ☐ Üniversite eğitiminin bir kısmı (diplomasız)
- ☐ Üniversite mezunu
- ☐ Lisans-üstü

Öz Bildirime Dayalı Değerlendirme (ÖBDD)

Öz Bildirim

A1. Uyku Bruksizmi Raporu

A1.1 Uyku Bruksizmi Sorusu

Son bir ay içerisinde (elinizdeki herhangi bir bilgiye dayanarak) uyurken dişlerinizi ne sıklıkla sıktığınızı veya gıcırdattığınızı belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Ayda bir geceden az
- ☐ Ayda 1-3 gece
- ☐ Haftada 1-3 gece
- ☐ Haftada 4-7 gece
- ☐ Bilmiyorum

A1.1.1 Uyku Bruksizmi Anamnez Sorusu

Elinizdeki herhangi bir bilgiye dayanarak, daha önce uyurken dişlerinizi sıktığınız veya gıcırdattığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A2. Gün İçi Bruksizm Raporu

A2.1 Gün İçi Diş Gıcırdatma Sorusu

Son bir ay içerisinde gün içinde dişlerinizi ne sıklıkla gıcırdattığınızı belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.1.1 Gün İçi Diş Gıcırdatma Anamnez Sorusu

Geçmişte, gün içinde dişlerinizi gıcırdattığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A2.2 Gün İçi Diş Sıkma Sorusu

Son bir ay içerisinde, uyanıkken dişlerinizi ne sıklıkla sıktığınızı belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.2.1 Gün İçi Diş Sıkma Geçmiş Sorusu

Geçmişte, gün içinde dişlerinizi sıktığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A2.3 Gün İçi Diş Teması Sorusu

Son bir ay içerisinde , yemek yeme dışında dişlerinizi ne sıklıkla bastırdığınızı, dokundurduğunuzu veya birbirine temas ettirdiğinizi (alt ve üst dişlerin teması) belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.3.1 Gün İçi Diş Teması Anamnez Sorusu

Geçmişte, yemek yeme dışında dişlerinizi bastırdığınız, dokundurduğunuz veya birbirine temas ettirdiğiniz (yani üst ve alt dişlerin birbirine teması) oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A2.4 Gün İçi Alt Çene Kaslarının Gerginliği Sorusu

Son bir ay içerisinde, dişlerinizi sıkmadan veya birbirine temas ettirmeden kaslarınızı ne sıklıkla gerdiğinizi veya sıkıldığını belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.4.1 Gün İçi Alt Çene Kaslarının Gerginliği Anamnez Sorusu

Geçmişte, dişlerinizi sıkmadan veya birbirine temas ettirmeden kaslarınızı gerdiğiniz veya sıkıldığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A3. Hasta Şikayetleri

Temporomandibular Rahatsızlıklar (TMR)

A3.1 TMR Ağrısı

Son 30 gün içinde herhangi bir taraftaki çene veya şakak bölge ağrısı ne kadar sürdü?

- ☐ Hiç ağrı duymadım
- ☐ Gelip geçen bir ağrı mevcut
- ☐ Sürekli ağrı mevcut

A3.2 Uyanma Sırasında Ağrı veya Sertlik Hissi

Son 30 gün içinde, uyandığınızda çenenizde ağrı veya sertlik hissettiniz mi?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

A3.3 Çene Kilitlenmesi

Son 30 gün içinde çeneniz kilitlendi mi veya kısa bir süre için tamamen açılmasını engelleyecek şekilde takıldı mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

A3.4 Aktivitelerle Ağrının Değişimi

Son 30 gün içinde aşağıdaki aktiviteler çene veya şakak bölgenizdeki ağrıyı değiştirdi mi? (yani ağrıyı iyileştirdi veya kötüleştirdi mi?)

- ☐ Sert veya çiğnemesi zor yiyecekleri çiğnemek
- ☐ Ağzınızı açmak veya çenenizi öne ya da yana hareket ettirmek

- ☐ Çene alışkanlıkları (örneğin, dişleri birbirine bastırmak, sıkmak, gıcırdatmak, sakız çiğnemek)
- ☐ Konuşmak, öpüşmek veya esnemek gibi diğer çene aktiviteleri

A3.5 Çene Eklemi Sesleri

Son 30 gün içinde çenenizi hareket ettirirken çene ekleminizden gelen herhangi bir ses/sesler duydunuz mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

A3.6 Gün İçi Kas Ağrısı

Son 30 gün içinde çene kaslarınızda aşağıdaki zaman aralığında herhangi bir ağrı yaşadınız mı?

- ☐ Uyanma ve kahvaltı arasında
- ☐ Kahvaltı ve öğle yemeği arasında
- ☐ Öğle yemeği ve akşam yemeği arasında
- ☐ Akşam yemeği ve uyuma arasında

A3.6.1 Gün İçi Kas Yorgunluğu veya Halsizliği

Son 30 gün içinde, çene kaslarınızda sertlik, yorgunluk hissi veya halsizlik yaşadınız mı? Eğer yaşadıysanız, bu hisler günün hangi zaman aralığında oldu?

- ☐ Uyanma ve kahvaltı arasında
- ☐ Kahvaltı ve öğle yemeği arasında
- ☐ Öğle yemeği ve akşam yemeği arasında
- ☐ Akşam yemeği ve yatma arasında

A3.7 Uyanma Sırasındaki Belirtiler Sorusu

Uyanma sırasında aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşadınız mı??

- ☐ Çenenizde yorgunluk, ağrı veya sıkılık hissi
- ☐ Dişlerinizin sıkıldığını veya ağzınızın hassas olduğunu hissetmek
- ☐ Şakak bölgenizde ağrı hissi
- ☐ Uyanma sırasında çene ekleminizde gerginlik hissi ve alt çenenizi hareket ettirmeniz gerektiğini hissetmek
- ☐ Uyanma sırasında ağzınızı geniş açmakta zorluk çekmek
- ☐ Uyanma sırasında çene ekleminizde bir tıklama sesi duymak veya hissetmek, ancak bunun sonradan kaybolması

Baş Ağrısı

A3.8 Baş Ağrısı

Son 30 gün içinde, şakak bölgenizi de içeren herhangi bir baş ağrınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

Eğer "Evet" ise, kaç gün boyunca? :_____

Diş Aşınması

A3.9 Diş Aşınması

- ☐ Mevcut diş aşınmanız nedeniyle aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşıyor musunuz?
- ☐ Hassasiyet ve/veya ağrı
- ☐ Fonksiyonel problemler (çığneme ve yemek yeme zorlukları)
- ☐ Estetik görünümün bozulması (diş çekiciliğinin azalması)
- ☐ Sert doku ve restorasyonlarda parçalanma
- ☐ Fonetik zorluklar

Kulakta Çınlama

A3.10 Kulakta Çınlama

Kulaklarınızda çınlama veya uğultu var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

Ağız Kuruluğu ve Salya Akıtma

A3.11 Ağız Kuruluğu

Ağzınızı kuru hissediyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Ara sıra
- ☐ Sık sık

A3.12 Salya Akıtma

Gece boyunca salya akıttığınızı hissediyor musunuz? ;

- ☐ Gece boyunca hiç salya akıtmıyorum
- ☐ Bazen yastığım gece boyunca ıslanıyor
- ☐ Yastığım düzenli olarak gece boyunca ıslanıyor
- ☐ Yastığım her zaman gece boyunca ıslanıyor
- ☐ Her gece yastığım ve diğer yatak örtüleri ıslanıyor

Klinik Temelli Değerlendirme (KTD)

Hekim Raporu (SADECE HEKİMİN KULLANIMI İÇİNDİR)

A4. Eklemler ve Kaslar

A4.1 TMR Tanıları (İsteğe Bağlı Madde)

Aşağıdaki tanıların varlığını işaretleyiniz:

A4.1.1 Ağrı Bozuklukları*

*Bu bölümü yalnızca hasta A3.3 (TMR Ağrı Anketi) maddesini olumlu yanıtladıysa doldurunuz.

- ☐ Miyalji
- ☐ Yayılım gösteren miyofasiyal ağrı
- ☐ Yansıyan miyofasiyal ağrı
- ☐ Sağ artralji
- ☐ Sol artralji
- ☐ TMR ile ilişkili baş ağrısı

A4.1.2 Sağ TME Bozuklukları*

*Lütfen tanının klinik veya yardımcı görüntüleme değerlendirmesine dayalı olduğunu belirtiniz.

- ☐ Redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Aralıklı kilitlenme görülen redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Sınırlı ağız açıklığı ile karakterize redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Sınırlı ağız açıklığı görülmeyen redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Dejeneratif eklem rahatsızlığı
- ☐ Sublüksasyon

A4.1.3 Sol TMJ Bozuklukları*

*Lütfen tanının klinik veya görüntüleme değerlendirmesine dayalı olduğunu belirtiniz.

- ☐ Redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Aralıklı kilitlenme görülen redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Sınırlı ağız açıklığı ile karakterize redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Sınırlı ağız açıklığı görülmeyen redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Dejeneratif eklem rahatsızlığı
- ☐ Sublüksasyon

A4.2 Masseter Kası Hipertrofisi

Masseter hipertrofisinin varlığını işaretleyiniz:

- ☐ Sol
- ☐ Sağ

A5. Intra-oral ve Ekstra-Oral Dokular

A5.1 Yumuşak ve Sert Dokular

Aşağıdaki bulguların varlığını işaretleyiniz:

- **Linea alba:**
 - ☐ Sol
 - ☐ Sağ
- **Dudak izi:**
 - ☐ Üst
 - ☐ Alt
- **Dil kenarında tırtıklar:**
 - ☐ Sağ
 - ☐ Ön
 - ☐ Sol
- **Dil ülserasyonu***
 - ☐ Sağ
 - ☐ Ön
 - ☐ Sol
- **Alveolar kemik eksostoza:**
 - ☐ Alt çene (Bukkal/Dil)
 - ☐ Üst çene (Bukkal/Dil/Orta palatal)

Not: Eğer dil ülserasyonu pozitif ve sertleşmiş, yuvarlanmış kenarlara sahipse, acil ileri tetkik gerektiren bir "kırmızı bayrak" olarak değerlendirilmelidir.

A5.2 Modifiye Friedman Dil Pozisyonu



Category I:

No phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category II:

With phonation –
uvula and palatal arch visible



Category III:

With tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category IV:

With phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch not visible

? Kategori I:

- Fonasyon yok / abeslang kullanılmıyor.
- Uvula ve palatal ark tamamen görülebilir.

? Kategori II:

- Fonasyon var.
- Uvula ve palatal ark görülebilir.

? Kategori III:

- Abeslang kullanılıyor.
- Uvula ve palatal ark görülebilir.

? Kategori IV:

- Fonasyon var ve/veya abeslang kullanılıyor.
- Uvula ve palatal ark görünür değil.



Category I:

No phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category II:

With phonation –
uvula and palatal arch visible



Category III:

With tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category IV:

With phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch not visible

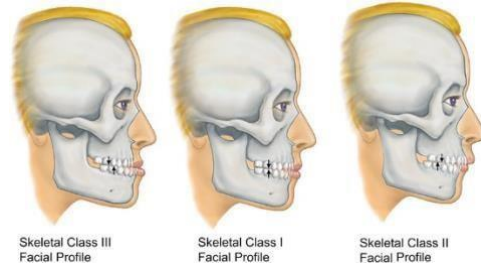
A5.3 İskeletsel Sınıfı (İsteğe Bağlı Madde)

İskeletsel sınıf değerlendirmesi, hastanın iskeletsel ilişkilerinin sınıflandırılmasını içerir ve şu şekilde kategorize edilir:

☐ Sınıf 1

☐ Sınıf 2

☐ Sınıf 3



Skeletal Class III
Facial Profile

Skeletal Class I
Facial Profile

Skeletal Class II
Facial Profile

A5.4 İskeletsel Profil (İsteğe Bağlı Madde)



- ☐ **Normodiverjan Profil:** Orta düzeyde gonial açı.
- ☐ **Hipodiverjan Profil:** Düşük gonial açı.
- ☐ **Hiperdiverjan Profil:** Yüksek gonial açı.

A6. Dişler ve Restorasyonlar

A6.1 Diş Aşınmalarının Taranması – Niceliksel Değerlendirme

Her sekstant için en yüksek diş aşınması skorunu belirtiniz.

	Kadran 1	Kadran 2	Kadran 3	Kadran 4	Kadran 5	Kadran 6
Oklüzal/İnsizal						
Palatinal						

A6.1.1 Diş Aşınması-Niteliksel Değerlendirme*

Niceliksel değerlendirme sırasında ≥ 2 derecesinde bir skor tespit edildiğinde, niteliksel değerlendirme gereklidir.

Mekanik faktörlerin etkisini gösteren klinik belirtiler:

- ☐ Parlak, düz ve parıldayan yüzeyler
- ☐ Mine ve dentinin aynı oranda aşındığı durumlar.
- ☐ Karşıt dişlerle uyumluluk gösteren, oklüzal aşınma.
- ☐ Tüberküllerin veya restorasyonların kırılması.
- ☐ Yanak, dil ve/veya dudakta izler.
- ☐ Dişlerin servikal bölgelerinde bulunan, çürüksüz servikal lezyonlar

- ☐ Bukkal/servikal lezyonların derinliklerinden daha geniş olması (çürüksüz servikal lezyonlar)
- ☐ Premolar ve kanin dişlerinin servikal bölgelerinin etkilenmesi.
- ☐ Mine çatlakları
- ☐ Torus mandibula (mandibular kemik çıkıntısı).

A6.2 Periodontal ve Dental Muayene

Aşağıdaki belirtilere sahip dişlerin sayısını, ilgili sextant için belirtiniz:

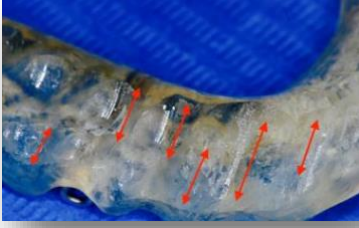
Belirti	Sekstant 1	Sekstant 2	Sekstant 3	Sekstant 4	Sekstant 5	Sekstant 6
Mobilite						
Termal hassasiyet						
Isırma sırasında rahatsızlık/ağrı						
Kırık dişler						

A6.3 Restorasyonlar

Aşağıdaki belirtilere sahip dişlerin/implantların sayısını belirtiniz:

Belirti	Sekstant 1	Sekstant 2	Sekstant 3	Sekstant 4	Sekstant 5	Sekstant 6
Düşmüş/kırılmış dolgular						
Çizilmiş restorasyonlar						
Porselen kırıkları						
Mobil implantlar						
İmplant kırıkları						
İmplant vida gevşemesi						

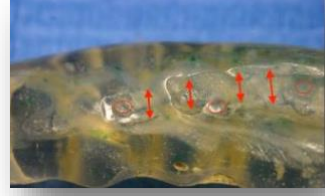
A6.4 Intra-oral Aparey Değerlendirmesi (Eğer hasta sert oklüzal splint kullanıyorsa)



Example of grinding marks



Example of clenching



Example of combined marks.

Aşağıdaki belirtilerin varlığını işaretleyiniz:

Diş gıcırdatma izlerinin yaygınlığı (örneğin, çizgiler):

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

Diş sıkma izlerinin yaygınlığı (örneğin, dairesel noktalar):

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

Diş gıcırdatma ve diş sıkma izlerinin kombinasyonu:

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

Kırıklar veya perforasyonlar:

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

Enstrümantal Değerlendirme (ED)

Teknoloji Raporu

A7. Uyku Bruksizmi

A7.1 Elektromiyografi (EMG):

- Masseter kası aktivitelerinin %10 MGS (Maksimum Gönüllü Sıkma) üzerindeki sayısı: _____
- Bruksizm zaman indeksi (mümkünse): _____
- Bruksizm çalışma indeksi (mümkünse): _____

A7.2 Polisomnografi (İsteğe Bağlı):

- Uyarılma ile ilişkili uyku bruksimi olaylarının sayısı: _____
- Uyarılma ile ilişkisiz uyku bruksizmi olaylarının sayısı: _____
- Bruksizm zaman indeksi (mümkünse): _____
- Bruksizm çalışma indeksi (mümkünse): _____

A7.3 Diğer Yöntemler (İsteğe Bağlı):

- Akıllı telefon uygulaması ile diş gıcırdatma seslerine ilişkin skorlar

A7.4 Sensörlü Apeyler (İsteğe Bağlı):

- Isırma basıncı olaylarının sayısı: _____

A8. Gün İçi Bruksizm

A8.1 Ekolojik Anlık Değerlendirme - Bir Haftalık Rapor

Durum	1. Hafta (%)	Ek Hafta(lar) (%)
İstirahat halinde çene kasları (diş teması yok)		
Alt çenenin gergin pozisyonu (diş teması yok)		
Diş Teması (hafif ve sabit temas)		
Diş Sıkma (güçlü ve sabit temas)		
Diş Gıcırdatma		

A8.2 Gün İçi Elektromiyografi (EMG)

- Masseter kası aktivitelerinin %10 MGS (%Maksimum Gönüllü Sıkma) üzerindeki sayısı: _____
- Bruksizm zaman indeksi: _____
- Bruksizm çalışma indeksi: _____

A8.3 Diğer Yöntemler: Henüz belirlenmedi.

A9. Ek Araçlar

A9.1 İntraoral Asidite (İsteğe Bağlı)

- İstirahat halindeki tükürük pH'ı: _____
- İstirahat halindeki tükürük akışı: _____
- Uyarılmış tükürük pH'ı (parafin ile): _____
- Uyarılmış tükürük akışı: _____

B1. Psikososyal Değerlendirme

Öz Bildirim

B1.1 Anksiyete ve Depresyon Anketi

Son iki hafta içinde aşağıdaki sorunlardan ne sıklıkla rahatsız oldunuz?

1. **Sinirli, endişeli veya gergin hissetmek**
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Birkaç gün
 - ☐ Günlerin yarısından fazlasında
 - ☐ Neredeyse her gün
2. **Endişeyi durduramamak veya kontrol edememek**
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Birkaç gün
 - ☐ Günlerin yarısından fazlasında
 - ☐ Neredeyse her gün
3. **Yapılan işlerden az zevk almak veya ilgi kaybı**
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Birkaç gün
 - ☐ Günlerin yarısından fazlasında
 - ☐ Neredeyse her gün
4. **Çökük, depresif veya umutsuz hissetmek**
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Birkaç gün
 - ☐ Günlerin yarısından fazlasında
 - ☐ Neredeyse her gün

B1.2 Baş Etme

Aşağıdaki ifadelerin davranışlarınızı ve eylemlerinizi ne kadar iyi tanımladığını belirtiniz:

1. **Zor durumları değiştirmek için yaratıcı yollar ararım.**
 - ☐ Beni hiç tanımlamıyor
 - ☐ Beni tanımlamıyor
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Beni tanımlıyor
 - ☐ Beni çok iyi tanımlıyor

2. **Başıma ne gelirse gelsin, buna tepkimi kontrol edebileceğime inanıyorum.**

- ☐ Beni hiç tanımlamıyor
- ☐ Beni tanımlamıyor
- ☐ Kararsızım
- ☐ Beni tanımlıyor
- ☐ Beni çok iyi tanımlıyor

3. **Zor durumlarla başa çıkarak olumlu yollarla büyüyebileceğime inanıyorum.**

- ☐ Beni hiç tanımlamıyor
- ☐ Beni tanımlamıyor
- ☐ Kararsızım
- ☐ Beni tanımlıyor
- ☐ Beni çok iyi tanımlıyor

4. **Hayatta karşılaştığım kayıpları telafi etmenin yollarını olarak ararım.**

- ☐ Beni hiç tanımlamıyor
- ☐ Beni tanımlamıyor
- ☐ Kararsızım
- ☐ Beni tanımlıyor
- ☐ Beni çok iyi tanımlıyor

B2. Uyku İle Eşlik Eden Durumların Değerlendirilmesi

Öz Bildirim

B2.1 Uyku Apnesi Taraması

Lütfen aşağıdaki sorulardan hangilerinin sizin için geçerli olduğunu işaretleyiniz.

- ☐ Yüksek sesle horluyor musunuz?
- ☐ Gün içinde kendinizi sık sık yorgun, bitkin veya uykulu hissediyor musunuz?
- ☐ Uyurken nefes almadığınız veya boğulduğunuz/nefes nefese kaldığınız bir anı gözlemleyen biri oldu mu?
- ☐ Yüksek tansiyonunuz var mı veya bunun için tedavi görüyor musunuz?
- ☐ Vücut Kitle İndeksiniz 35'in üzerinde mi?
- ☐ 50 yaşından büyük müsünüz?
- ☐ Boyun ölçünüz büyük mü? (Erkekler için 43 cm veya daha fazla, kadınlar için 41 cm veya daha fazla)
- ☐ Cinsiyetiniz erkek mi?

B2.2 Uykusuzluk Taraması

Lütfen aşağıdaki ifadelerden hangilerinin size uygun olduğunu belirtiniz:

- ☐ Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.
- ☐ Düşünceler zihnimde dolaşüyor ve uyumamı engelliyor.
- ☐ Haftada birkaç kez uyku problemi yaşayacağımı önceden tahmin ediyorum.
- ☐ Uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- ☐ Bir şeyler hakkında endişeleniyorum ve gevşeme konusunda zorluk yaşıyorum.
- ☐ Sabahları istediğimden daha erken uyanıyorum.
- ☐ Uykuya dalmadan önce yarım saat veya daha fazla yatakta uyanık kalıyorum.

B2.3 Periyodik Uzun Hareket Bozukluğu ve Huzursuz Bacak Sendromu Taraması

Lütfen aşağıdaki ifadelerden hangilerinin size uygun olduğunu belirtiniz:

- ☐ Egzersiz yapmadığım zamanlarda bile bacaklarımda kas gerginliği hissediyorum.
- ☐ Vücudumun bazı bölgelerinin uyku sırasında seğirdiğini fark ettim (veya başkaları bu durumu belirtti).
- ☐ Gece tekme attığım söylendi.
- ☐ Uyumaya çalışırken bacaklarımda ağrı ve farklı bir his yaşıyorum.
- ☐ Gece bacaklarımda ağrı ve kramplar hissediyorum.
- ☐ Bazen geceleri bacaklarımı sabit tutamıyorum. Rahat hissetmek için hareket ettirmem gerekiyor.
- ☐ Gece boyunca uyusam bile, gündüzleri kendimi uykulu hissediyorum.

B2.4 Oral Davranışlar - Uyku Pozisyonu

Son bir ay içerisinde çenenize baskı uygulayacak bir pozisyonda ne sıklıkla uyudunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

B3. Uyku Harici Eşlik Eden Durumların Değerlendirilmesi

B3.1 Oral Davranışlar – Gün İçinde Yapılan Aktiviteler

Son bir ay içerisinde, aşağıdaki aktiviteleri ne sıklıkla yaptığınızı belirtiniz:

Soru 7. Çeneyi önde veya yana doğru tutmak ya da itmek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 8. Dili dişlere kuvvetli bir şekilde bastırmak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 9. Dili dişler arasında yerleştirmek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 10. Dil, yanak veya dudakları ısırarak, çiğnemek veya oynamak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 11. Çeneyi desteklemek veya korumak amacıyla sert ya da gergin bir pozisyonda tutmak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 12. Saç, pipo, kalem, parmaklar, tırnak gibi nesneleri dişler arasında tutmak veya ısırarak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 13. Sakız çiğnemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 14. Ağzınızı veya çenenizi kullanmayı gerektiren bir müzik aleti çalmak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 15. Çenenizi elinize yaslamak, desteklemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 16. Yiyecekleri yalnızca bir tarafta çiğnemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 17. Öğünler arasında yemek yemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 18. Sürekli konuşmak (örneğin, öğretmenlik, satış, müşteri hizmetleri gibi meslekler):

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 19. Şarkı söylemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 20. Esnemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 21. Telefonu başınız ile omzunuz arasında tutmak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

B3.2 Akıllı Telefon Kullanımı (İsteğe Bağlı Madde)

Günde ortalama akıllı telefon kullanım sürenizi belirtiniz.

B3.3 Orofasiyal Motor Bozukluklar

Aşağıdaki durumların belirtilerini yaşıyor musunuz veya size bu durumlarla ilgili bir tanı konuldu mu?

- ☐ Orofasiyal Diskinezi
- ☐ Oromandibular Distoni
- ☐ Parkinson Hastalığı
- ☐ Huntington Hastalığı
- ☐ Tourette Sendromu
- ☐ Hemifasiyal Spazm
- ☐ Tardif Diskinezi

B3.4 Gastroözofageal Reflü Hastalığı Taraması

Aşağıdaki belirtiler haftada kaç gün meydana geliyor?

A. Göğüs kemiğinin arkasında yanma hissi (mide yanması):

- ☐ 0 Gün
- ☐ 1 Gün
- ☐ 2-3 Gün
- ☐ 4-7 Gün

B. Mide asidininin boğaza veya ağza yükselmesi (regürjitasyon):

- ☐ 0 Gün
- ☐ 1 Gün
- ☐ 2-3 Gün
- ☐ 4-7 Gün

C. Karnın orta veya üst bölgesinde ağrı:

- ☐ 0 Gün
- ☐ 1 Gün
- ☐ 2-3 Gün
- ☐ 4-7 Gün

D. Bulantı:

- ☐ 0 Gün

- ☐ 1 Gün
- ☐ 2-3 Gün
- ☐ 4-7 Gün

E. Mide yanması veya regürjitasyon (mide asidininin yükselmesi) nedeniyle iyi uyku alamama:

- ☐ 0 Gün
- ☐ 1 Gün
- ☐ 2-3 Gün
- ☐ 4-7 Gün

F. Mide yanması veya regürjitasyon (mide asidininin yükselmesi) nedeniyle reçetesiz ilaç kullanma ihtiyacı:

- ☐ 0 Gün
- ☐ 1 Gün
- ☐ 2-3 Gün
- ☐ 4-7 Gün

B3.5 Otoimmün veya Bağ Dokusu Rahatsızlıkların Taranması

Aşağıdaki durumlardan herhangi biriyle ilgili bir tanı konuldu mu?

- ☐ Romatoid Artrit
- ☐ Lupus
- ☐ Diğer sistemik romatizmal hastalıklar (fibromiyalji dahil)
- ☐ Diğer sistemik durumlar (sistemik skleroz, romatizmal polimyalji, mikst bağ doku hastalığı dahil)

B3.6 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı aldınız mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

B4. Reçeteli İlaçlar ve Madde Kullanımının Değerlendirmesi

Öz Bildirim

B4.1 Uyuşturucu Maddeler

Eğlence amaçlı uyuşturucu kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Evet ise, hangi uyuşturucu maddeleri kullandığınızı belirtiniz:

B4.2 İlaçlar

Aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini şu anda kullanıyor musunuz?

- ☐ Antidepresanlar (örneğin, Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri - SSRI)
- ☐ Benzodiazepinler
- ☐ Nöroleptikler, Antipsikotikler, Antiemetikler (Dopamin antagonistleri)
- ☐ DEHB ilaçları
- ☐ Anti-alerjenik ilaçlar
- ☐ Tıbbi esrar CBD
- ☐ Tıbbi esrar THC
- ☐ Opioidler
- ☐ Diğerleri

Evet ise, lütfen kullandığınız tüm ilaçları ve dozlarını listeleyiniz:

B4.3 Tütün

Sigara içiyor musunuz veya herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bıraktım

Evet ise, günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

Adet: _____

B4.4 Alkol

Alkollü içecek (bira, şarap, sert içkiler) tüketiyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bıraktım

Evet ise, bu alkollü içeceklerin yaklaşık tüketim miktarını belirtiniz (bardak/gün): _____

B4.5 Gazlı İçecekler

Düzenli olarak gazlı içecekler (örneğin, Kola, RedBull, Sprite, Fanta) içiyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bıraktım

Evet ise, yaklaşık tüketim miktarını belirtiniz (bardak/gün): _____

B5. Ek Faktörlerin Değerlendirilmesi

B5.1 Tanıdık Bruksizm Taraması

Ailenizde (örneğin, baba, anne, çocuklar) bruksizm öyküsü olan birini tanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Baba/Anne/Oğul/Kız/Dede/Nine)
- ☐ Bilmiyorum

B5.2 Tanıdık Diş Aşınması Taraması

Ailenizde (örneğin, baba, anne, çocuklar) diş aşınması olan birini tanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Baba/Anne/Oğul/Kız/Dede/Nine)
- ☐ Bilmiyorum

B5.3 Tanıdık Uyku Apnesi Taraması

Ailenizde (örneğin, baba, anne, çocuklar) uyku apnesi olan birini tanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Baba/Anne/Oğul/Kız/Dede/Nine)
- ☐ Bilmiyorum

B5.4 Tanıdık Orofasiyal Ağrı Taraması

Ailenizde (örneğin, baba, anne, çocuklar) diş kaynaklı olmayan yüz ağrısı yaşayan birini tanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Baba/Anne/Oğul/Kız/Dede/Nine)
- ☐ Bilmiyorum

B5.5 Tanıdık Gastroözofageal Reflü Hastalığı Taraması

Ailenizde (örneğin, baba, anne, çocuklar) gastroözofageal reflü hastalığı olan birini tanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Baba/Anne/Oğul/Kız/Dede/Nine)
- ☐ Bilmiyorum