

Original language: English

Translation to: Turkish_____

Date of translation: 13.06.2025_____

Translation team

Project leader: Prof. Olcay Şakar, PhD_____

Team leader: Berk Bilgen, PhD_____

Study coordinator 1: Prof. Hanefi Kurt, PhD_____

Study coordinator 2: Berk Bilgen, PhD_____

Study coordinator 3: Assoc. Prof. Çağatay Dayan, PhD_____

Forward translator 1: Prof. Onur Geçkili, PhD_____

Forward translator 2: Enes Akpınar_____

Back- translator 1: Mehmet Berk Kaffaf, PhD_____

Back- translator 2: Prof. Canan Bural Alan, PhD_____

Collaborators

Expert panellist 1: Sina Saygılı, PhD_____

Expert panellist 2: Prof. Tonguç Sülün, PhD_____

Expert panellist 3: Pınar Şeşen, PhD_____

Expert panellist 4: Ayşenur Özcan Sezgin_____

Expert panellist 5: Afra Avar_____





Standardize Bruksizm Değerlendirme Formu (SBDF/STAB)

Demografik Anket

Cinsiyet

- ☐ Erkek
☐ Kadın
☐ Belirtilmemiş/Diğer

Yaş: _____

Boy: _____

Kilo: _____

Medeni durumunuz nedir?

- ☐ Evli
☐ Evli gibi birlikte yaşayan
☐ Boşanmış
☐ Ayrı yaşayan
☐ Dul
☐ Hiç evlenmemiş

Tamamladığınız en yüksek eğitim düzeyi nedir?

- ☐ Zorunlu eğitim (<14 yaş)
☐ Lise - 18 yaşına kadar
☐ Üniversite eğitiminin bir kısmı (diplomasız)
☐ Üniversite mezunu
☐ Lisansüstü düzey

Öz Bildirime Dayalı Değerlendirme (ÖBDD)

A1. Uyku Bruksizmi Raporu

A1.1 Uyku Bruksizmi Sorusu

Son bir ay içerisinde (sahip olduğunuz herhangi bir bilgiye dayanarak) uyurken dişlerinizi ne sıklıkta gıcırdattığınızı veya sıkıldığınızı 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

Geçmişte, (elinizdeki herhangi bir bilgiye dayanarak), uyurken dişlerinizi sıkıldığınız veya gıcırdattığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A2. Uyanıklık Bruksizm Raporu

A2.1 Uyanıklık Diş Gıcırdatma Sorusu

Son bir ayı baz alarak, uyanıkken dişlerinizi ne sıklıkla gıcırdattığınızı belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.1.1 Uyanıklık Diş Gıcırdatma Anamnez Sorusu

Geçmişte, uyanıkken dişlerinizi gıcırdattığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A2.2 Uyanıklık Diş Sıkma Sorusu

Son bir ayı baz alarak, uyanıkken dişlerinizi ne sıklıkla sıkıldığınızı belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre

- ☐ Belli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.2.1 Uyanıklık Diş Sıkma Anamnez Sorusu

Geçmişte, uyanırken dişlerinizi sıkıldığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A2.3 Uyanıklık Diş Teması Sorusu

Son bir ayı baz alarak, yemek yeme dışında dişlerinizi (üst ve alt dişlerin birbirine teması) ne sıklıkla bastırdığınızı, dokundurduğunuzu veya bir arada tuttuğunuzu belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.3.1 Uyanıklık 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 Uyanıklık Alt Çene Kenetlenmesi Sorusu

Son bir ayı baz alarak, dişlerinizi sıkmadan veya birbirine temas ettirmeden kaslarınızı ne sıklıkla gerdiğinizi, sıkıldığınızı veya gergin tuttuğunuzu belirtiniz:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

A2.4.1 Uyanıklık Alt Çene Kenetlenmesi Ananmez Sorusu

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

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bilmiyorum

A3. Hastanın Şikayetleri

Temporomandibular Rahatsızlıklar (TMR)

A3.1 TMR Ağrısı

Son 30 gün içinde çene veya şakak bölgenizde (her iki tarafta da olabilir) ağrınız ne kadar sürdü?

- ☐ Hiç ağrı yok
- ☐ Ağrı gelip gidiyor
- ☐ Ağrı sürekli mevcut

A3.2 Uyanma Sırasında Ağrı veya Sertlik

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

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

A3.3 Çene Kilitlenmesi

Son 30 gün içinde kısa bir an için bile olsa, TAMAMEN açılmasını engelleyecek şekilde çeneniz kilitlendi mi veya takıldı mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

A3.4 Aktivitelerle Ağrının Değişimi

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

- ☐ Sert veya zorlu yiyecekleri çiğnemek
- ☐ Ağızınızı 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 Ekleminden Gelen Sesler

Son 30 gün içinde çenenizi hareket ettirirken veya kullanırken çene ekleminden herhangi bir ses duyduunuz mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

A3.6 Uyanık Zaman Kas Ağrısı

Son 30 gün içinde çene kaslarınızda aşağıdaki zaman dilimlerinde ağrı yaşadınız mı?

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

A3.6.1 Uyanık Zaman Kas Yorgunluğu veya Halsizlik

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

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

A3.7 Uyanma Esnasında Görülen Belirtiler Sorusu

Uyanma sırasında aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşıyor musunuz?

- ☐ Çenenizde yorgunluk, ağrı veya sıkılık hissi
- ☐ Dişlerinizi sıkığınızı veya ağzınızın hassas olduğunu hissetmek
- ☐ Şakak bölgenizde ağrı hissi
- ☐ Uyanma sırasında çene eklemınızde gerginlik hissi ve alt çenenizi hareket ettirmeniz erektiğini hissetmek
- ☐ Uyanma sırasında ağzınızı geniş açmakta zorluk çekmek
- ☐ Uyanma sırasında çene eklemınızde 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 (çiğneme ve yemek yeme zorlukları)
- ☐ Estetik görünümün bozulması (çekici görünümün azalması)
- ☐ Sert doku ve restorasyonlarda parçalanma/kırılma/ayrılma

☐ Fonetik(bazı sesleri çıkarmada) zorluklar

Kulak Çınlaması

A3.10 Kulak Çınlaması

Kulaklarınızda çınlama veya uğultu (tinnitus) var mı?

☐ Hayır

☐ Evet

Ağız Kuruluğu ve Salya Akıtma

A3.11 Ağız Kuruluğu (Kserestomi)

Ağzınızda kuruluk hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman

☐ Ara sıra

☐ Sık sık

A3.12 Salya Akıtma (Drooling)

Gece boyunca ağzınızdan salya akıtıyor musunuz?

☐ Gece boyunca hiç salya akıtmıyorum

☐ Bazı geceler yastığım salya ile ıslanıyor

☐ Yastığım sık sık gece boyunca ıslanıyor

☐ Yastığım her zaman gece boyunca ıslanıyor

☐ Her gece yastığım ve diğer yatak örtüleri ıslanıyor

Klinik Değerlendirme (KD)

Muayene Raporu (SADECE MUAYENE YAPAN KİŞİNİN 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 (TMD Ağrı Anketi)** maddesini olumlu yanıtladıysa doldurunuz.

- ☐ Miyalji
- ☐ Yayılma gösteren miyofasiyal ağrı
- ☐ Yansıyan miyofasiyal ağrı
- ☐ Sağ artralji
- ☐ Sol artralji
- ☐ TMR'ye bağlı baş ağrısı

A4.1.2 Sağ TME Bozuklukları*

*Lütfen tanının klinik veya radyografik değerlendirmesine dayalı olduğunu belirtiniz.

- ☐ Redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Aralıklı kilitlenme ile birlikte redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Kısıtlı ağız açıklığı ile birlikte redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Kısıtlı ağız açıklığı olmaksızın redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Dejeneratif eklem hastalığı
- ☐ Sublüksasyon

A4.1.3 Sol TMJ Bozuklukları*

*Lütfen tanının klinik veya görüntüleme değerlendirmesine dayalı olduğunu belirtiniz.

- ☐ Redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Aralıklı kilitlenme ile birlikte redüksiyonlu disk deplasmanı
- ☐ Kısıtlı ağız açıklığı ile birlikte redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Kısıtlı ağız açıklığı olmaksızın redüksiyonsuz disk deplasmanı
- ☐ Dejeneratif eklem hastalığı
- ☐ Sublüksasyon

A4.2 Masseter Kas Hipertrofisi

Masseter hipertrofisinin varlığını işaretleyiniz:

- ☐ Sol
- ☐ Sağ

A5. Ağız içi ve Ağızdışı Dokular

A5.1 Yumuşak ve Sert Dokular

Aşağıdaki bulguların varlığını işaretleyiniz:

- **Linea alba:**
 - ☐ Sol
 - ☐ Sağ
- **Dudak izi:**
 - ☐ Üst
 - ☐ Alt
- **Dil kenarında tırtıklanma:**
 - ☐ Sağ
 - ☐ Ön
 - ☐ Sol
- **Dil ülserasyonu***
 - ☐ Sağ
 - ☐ Ön
 - ☐ Sol
- **Alveolar kemik ekzositozu**
 - ☐ Alt çene (Bukkal/Lingual)
 - ☐ Üst çene (Bukkal/Lingual/Midpalatal)

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

A5.2 Modifiye Friedman Dil Pozisyonu

☐ Kategori I:

- Ses çıkarmadan / dil basacağı kullanılmıyor - Uvula ve palatal ark tamamen görülebilir.

☐ Kategori II:

- Ses çıkarırken - Uvula ve palatal ark görülebilir.

☐ Kategori III:

- Dil basacağı kullanılırken - Uvula ve palatal ark görülebilir.

☐ Kategori IV:

- Ses çıkarırken ve/veya dil basacağı kullanılırken - 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



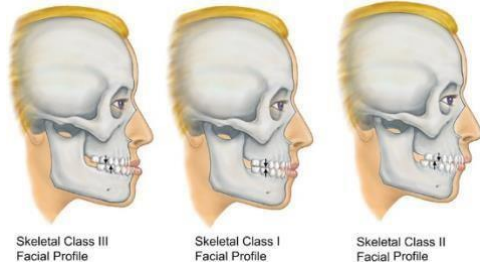
Category IV:

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

A5.3 İskeletsel Sınıf (İsteğe Bağlı Madde)

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

- ☐ Sınıf 1
- ☐ Sınıf 2
- ☐ Sınıf 3



A5.4 İskelet Profili (İsteğe Bağlı Madde)



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

A6. Dişler ve Restorasyonlar

A6.1 Diş Aşınması Taraması – Niceliksel Değerlendirme

(0); Görünür aşınma yok

(1): Mine sınırlarında görünür aşınma

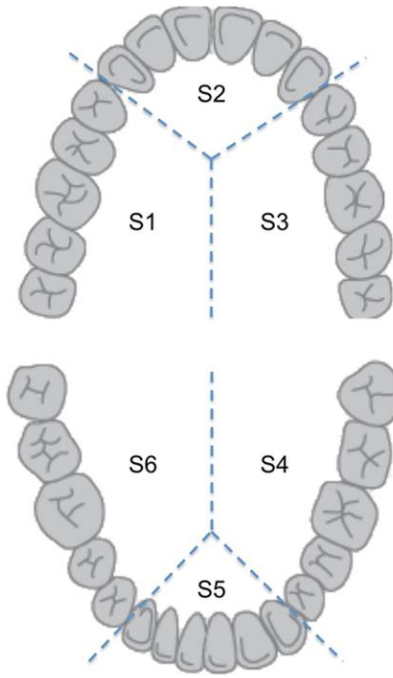
(2):Dentinin açığa çıkması ve klinik kuron boyu yüksekliğinin maksimum 1/3'ünün kaybı

(3): Kuron yüksekliği kaybı dişin 1/3'ünden fazla 2/3'ünden az

(4): Kuron yüksekliğinin minimum 2/3'ünün kaybı

Her sekstant (Şekil 1) için en yüksek diş aşınması skorunu belirtiniz.

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



Şekil 1

A6.1.1 Diş Aşınması - Niteliksel Değerlendirme*

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

Mekanik faktörlerin etkisini gösteren klinik belirtiler:

- ☐ Parlak fasetler, düz ve camsı
- ☐ Mine ve dentinin aynı oranda aşınması
- ☐ Oklüzal yüzeylerde karşıt dişlerle uyumluluk gösteren aşınmalar
- ☐ Tüberküllerin veya restorasyonların kırılması.
- ☐ Yanak, dil ve/veya dudakta izler.
- ☐ Dişlerin servikal bölgelerinde bulunan, çürüksüz servikal lezyonlar (ÇSL).
- ☐ Bukkal/servikal lezyon genişliğinin derinliğinden fazla olması (ÇSL).
- ☐ Küçükazı dişleri (premolarlar) ve kanin dişlerinin servikal bölgelerinin etkilenmesi.
- ☐ Mine içerisinde çatlaklar.
- ☐ Mandibular torus

A6.2 Periodontal Muayene ve Diş Muayenesi

Aşağıdaki belirtilere sahip dişlerin sayısını, ilgili kadran (sextant) için belirtiniz:

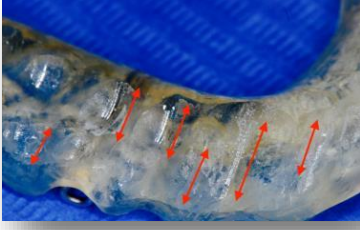
Belirti	Sekstant 1	Sekstant 2	Sekstant 3	Sekstant 4	Sekstant 5	Sekstant 6
Mobilite						
Isıya duyarlılık						
Çiğneme sırasında rahatsızlık/ağrı						
Kırık dişler						

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						
Yüzeyinde çizik bulunan restorasyonlar						
Seramik kırıkları						
Mobilite görülen implantlar						
İmplant kırıkları						
İmplant vida gevşemesi						

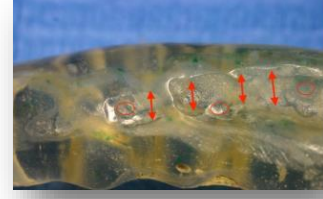
A6.4 Oral Aparey Değerlendirmesi (Eğer hasta sert akrilik reçineden yapılmış splint kullanıyorsa)



Example of grinding



Example of clenching



Example of combined

Aşağıdaki belirtilerin varlığını işaretleyiniz:

Gıcırdatma izlerinin yaygınlığı (örneğin, derin çizgiler/oluklar):

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

Diş sıkma izlerinin yaygınlığı (örneğin, dairesel noktalar):

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

Gıcırdatma ve diş sıkma izlerinin kombinasyonu:

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

Kırıklar veya delikler(perforasyonlar):

- ☐ Sağ
- ☐ Ön
- ☐ Sol

**Cihaza Dayalı (Enstrümantal) Değerlendirme
Teknoloji Raporu**

A7. Uyku Bruksizmi

A7.1 Elektromiyografi (EMG):

- Maksimum istemli kasılmanın %10'unu aşan masseter EMG aktivitelerinin sayısı _____
- Bruksizm zamanı indeksi (mümkünse): _____
- Bruksizm çalışma indeksi (mümkünse): _____

A7.2 Polisomnografi (İsteğe Bağlı):

- Uyarılma ile ilişkili uyku bruksizmi(UB) aktivite sayısı: _____
- Uyarılma ile ilişkisiz uyku bruksizmi(UB) aktivite sayısı: _____
- Bruksizm zamanı indeksi (mümkünse): _____
- Bruksizm çalışma indeksi (mümkünse): _____

A7.3 Diğer Yöntemler (İsteğe Bağlı):

- Akıllı telefon uygulaması ile gıcırdatma seslerine ilişkin skorlar.

A7.4 Sensörlü Aygıtlar (İsteğe Bağlı):

- Çiğneme basıncı/kuvveti aktivitelerinin sayısı: _____

A8. Uyanıklık Bruksizmi

A8.1 Ekolojik Anlık Değerlendirme - Bir Haftalık Rapor

Durum	1. Hafta (%)	İlave Hafta(lar) (%)
Rahatlamış çene kasları (diş teması yok)		
Alt çeneyi kenetlenmesi (diş teması yok)		
Diş Teması (hafif ve sabit temas)		
Diş Teması (güçlü ve sabit temas)		
Diş Gıcırdatma		

A8.2 Uyanık Zaman Elektromiyografi (EMG)

- Maksimum istemli kasılmanın %10'unu aşan masseter EMG aktivetelerinin sayısı: _____
- Bruksizm zamanı indeksi: _____
- Bruksizm çalışma indeksi: _____

A8.3 Diğer Yöntemler: Henüz belirlenmedi.

A9. Ek Araçlar

A9.1 Ağız içi Asidite (İsteğe Bağlı)

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

AXIS B – Risk ve Etiyolojik Faktörler ve Eşlik Eden Durumlar

B1. Psikososyal Değerlendirme

Öz Değerlendirme

B1.1 Anksiyete ve Depresyon Taraması

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. Keyifsiz, depresif veya umutsuz hissetmek**
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Birkaç gün
 - ☐ Günlerin yarısından fazlasında
 - ☐ Neredeyse her gün

B1.2 Başa Çıkma

Aşağıdaki ifadelerin davranışlarınızı ve eylemlerinizi ne kadar iyi tanımladığını belirtiniz:

- 1. Zor durumları değiştirmek için yaratıcı yollar ararım.**
 - ☐ Beni hiç tanımlamıyor
 - ☐ Beni tanımlamıyor
 - ☐ Ne tanımlıyor ne tanımlamıyor
 - ☐ Beni tanımlıyor
 - ☐ Beni çok iyi tanımlıyor
- 2. Başıma ne gelirse gelsin, buna tepkimi kontrol edebileceğime inanıyorum.**
 - ☐ Beni hiç tanımlamıyor
 - ☐ Beni tanımlamıyor
 - ☐ Ne tanımlıyor ne tanımlamıyor

- ☐ Beni tanımlıyor
- ☐ Beni çok iyi tanımlıyor

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

- ☐ Beni hiç tanımlamıyor
- ☐ Beni tanımlamıyor
- ☐ Ne tanımlıyor ne tanımlamıyor
- ☐ Beni tanımlıyor
- ☐ Beni çok iyi tanımlıyor

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

- ☐ Beni hiç tanımlamıyor
- ☐ Beni tanımlamıyor
- ☐ Ne tanımlıyor ne tanımlamıyor
- ☐ Beni tanımlıyor
- ☐ Beni çok iyi tanımlıyor

B2. Uyku ile ilişkili Eş Zamanlı Durumların Değerlendirilmesi

Öz Değerlendirme

B2.1 Uyku Apnesi Tarama Testi

Lütfen aşağıdaki sorulardan hangisine olumlu yanıt verdiğinizi işaretleyiniz.

- ☐ Yüksek sesle horluyor musunuz?
- ☐ Gündüz kendinizi sık sık yorgun, bitkin veya uykulu hissediyor musunuz?
- ☐ Uyku sırasında nefesinizin kesildiğini veya boğulduğunuzu/nefes almakta zorlandığınızı gözlemleyen 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(İnsomnia) 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 ve uyanıp 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 söyledi).
- ☐ Gece tekme attığım söylendi.
- ☐ Uyumaya çalışırken bacaklarımda ağrıyan veya sürünen bir his yaşıyorum ve 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 Ağız Davranışları - Uyku Pozisyonu

Son bir ayı baz alarak, çeneye baskı uygulayan bir pozisyonda ne sıklıkla uyuyorsunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

B3. Uyku Dışı Eşlik Eden Durumların Değerlendirilmesi

B3.1 Ağız Davranışları - Uyanık Saatlerde Yapılan Aktiviteler

Son bir ayı baz alarak, aşağıdaki aktiviteleri ne sıklıkla yaptığınızı belirtiniz:

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

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 8. Dili dişlere kuvvetli bir şekilde bastırmak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 9. Dili dişler arasında yerleştirmek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman

- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

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

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 11. Çeneyi sabit veya gergin bir pozisyonda tutmak örneğin desteklemek veya korumak amacıyla:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman

Son bir ayı baz alarak, aşağıdaki aktiviteleri ne sıklıkla yaptığınızı belirtiniz:

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

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 13. Sakız çiğnemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 14. Ağzı veya çene kullanmayı gerektiren bir müzik aleti çalmak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 15. Elinizi çenenize dayamak örneğin elinizle kavramak veya elinizi yaslamak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman

- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 16. Yiyecekleri yalnızca bir tarafta çiğnemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 17. Öğünler arasında yemek yemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 18. Sürekli konuşma (örneğin, öğretmenlik, satış, müşteri hizmetleri):

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 19. Şarkı söylemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 20. Esnemek:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Her zaman
- ☐ Bilmiyorum

Soru 21. Telefonu başınız ve omzunuz arasında tutmak:

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Az bir süre
- ☐ Belirli bir süre
- ☐ Çoğu zaman
- ☐ 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 bu durumlarla ilgili bir tanı aldınız mı?

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

B3.4 Gastroözofageal Reflü Hastalığı Tarama Testi

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 içeriğinin boğaza veya ağza yükselmesi (regürjitasyon):

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

C. Karnın ortasında 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 nedeniyle iyi bir gece uykusu alamama:

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

F. Mide yanması veya regürjitasyon için reçetesiz ilaç kullanma ihtiyacı:

- ☐ 0 Gün
- ☐ 1 Gün

☐ 2-3 Gün

☐ 4-7 Gün

B3.5 Otoimmün Hastalıkların veya Bağ Doku Hastalıklarının Tarama Testi

Aşağıdaki durumlardan biriyle ilgili bir tanı aldınız mı?

☐ Romatoid Artrit

☐ Lupus

☐ Diğer sistemik romatizmal hastalıklar (fibromiyalji dahil)

☐ Diğer sistemik durumlar (sistemik skleroz, romatizmal polimiyalji, karma bağ doku hastalığı dahil)

B3.6 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı aldınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet

B4. Reçeteli İlaçlar ve Madde Kullanımı Değerlendirmesi

Öz Değerlendirme

B4.1 Uyuşturucular

Eğlence amaçlı veya sokak uyuşturucuları kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

Evet ise, hangi uyuşturucuları kullandığınızı belirtiniz:

B4.2 İlaçlar

Aşağıdaki ilaçlardan birini şu anda kullanıyor musunuz?

☐ Antidepresanlar (örneğin, Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri - SSRI)

☐ Benzodiazepinler

☐ Nöroleptikler, Antipsikotikler, Antiemetikler (Dopamin antagonistleri)

☐ DEHB ilaçları

☐ Alerji karşıtı ilaçlar

☐ Tıbbi esrar CBD

☐ Tıbbi esrar THC

☐ Opioidler

☐ Diğerleri

Evet ise, lütfen kullandığınız tüm ilaçları ve dozajlarını 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): _____

B4.5 Meyveler ve Meyve Suları

Düzenli olarak meyve suyu içiyor musunuz veya asidik meyveler tüketiyor musunuz? (örneğin, Limon, portakal, greyfurt)

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bıraktım

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

B4.5 Kafein Tüketimi

Düzenli olarak kahve, çay veya başka kafein içeren içecek içiyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Bıraktım

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

B5. Ek Faktörlerin Değerlendirilmesi

B5.1 Ailede Bruksizm Taraması

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

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

B5.2 Ailede 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 Ailede 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 Ailede 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 Ailede Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GERD) Taraması

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

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

