

# Standaryzowane Narzędzie do Oceny Bruksizmu



WERSJA POLSKA

Kwiecień 2026



ŚLĄSKI  
UNIwersytet  
MEDYCZNY  
W KATOWICACH

Katedra Dysfunkcji Narządu Żucia,  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

**Original language: English**

**Translation to: Polish**

**Date of translation: 20/04/26**

**Translation team**

**Project leader: dr hab. n. med. Aleksandra Nitecka-Buchta**

Dentist, Specialty in Prosthodontics  
MSc in Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders, School of Dentistry, Siena Italy  
PhD in Dental Research  
Implantologist OSIS/EDI  
President of Polish Association of Temporomandibular Disorders  
Assistant Professor in the Department of Temporomandibular Disorders, Silesian Medical University, Katowice, Poland

**Team leader/ Study coordinator 1:** Assist Prof. Aleksandra Nitecka-Buchta

**Study coordinator 2:** Assist Prof. Małgorzata Gałczyńska-Rusin

**Study coordinator 3:** Assist Prof. Magdalena Osiewicz

**Forward translator 1:** Dr Zuzanna Szendera

**Forward translator 2:** Dominika Kaniewska

**Back- translator 1:** Dr Natalie Górna

**Back- translator 2:** Dr Jan Sobczak

**Expert panellist 1:** Prof. Agata Czajka-Jakubowska

**Expert panellist 2:** Prof. Mieszko Więckiewicz

**Expert panellist 3:** Prof. Małgorzata Kulesa-Mrowiecka

**Expert panellist 4:** Dr Sebastian Zbitowski

**Expert panellist 5:** Assist Prof. Maciej Wilski

## Indeks

|                                                                               |        |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
| Kwestionariusz demograficzny                                                  | Strona | 4         |
| <b>Oś A – Ocena statusu i konsekwencji bruksizmu</b>                          |        | <b>5</b>  |
| Ocena podmiotowa (SBA) – Raport Własny Pacjenta                               |        | 6         |
| A1. Raport dotyczący bruksizmu podczas snu                                    |        | 6         |
| A2. Raport dotyczący bruksizmu podczas czuwania                               |        | 6         |
| A3. Skargi Pacjenta                                                           |        | 8         |
| Ocena oparta na badaniu klinicznym (CBA) – Raport Badacza                     |        | 11        |
| A4. Stawy i mięśnie                                                           |        | 11        |
| A5. Tkanki wewnętrzne i zewnętrzne                                            |        | 12        |
| A6. Zęby i odbudowy                                                           |        | 13        |
| Ocena oparta na badaniu instrumentalnym (IBA) – Raport technologiczny         |        | 15        |
| A7. Bruksizm w czasie snu                                                     |        | 15        |
| A8. Bruksizm w czasie czuwania                                                |        | 15        |
| A9. Dodatkowe przyrządy                                                       |        | 16        |
| <b>Oś B – Czynniki ryzyka, czynniki etiologiczne, choroby współistniejące</b> |        | <b>17</b> |
| B1. Ocena psychologiczna                                                      |        | 18        |
| B2. Ocena schorzeń współistniejących związanych ze snem                       |        | 20        |
| B3. Ocena schorzeń współistniejących niezwiązanych ze snem                    |        | 21        |
| B4. Ocena leków recepturowych i stosowanych substancji                        |        | 25        |
| B5. Ocena czynników dodatkowych                                               |        | 26        |

## Standaryzowane Narzędzie do Oceny Bruksizmu (STAB)

### Kwestionariusz Demograficzny

#### Płeć

- ☐ Mężczyzna
- ☐ Kobieta
- ☐ Nieokreślone/Inne

Wiek

Wzrost

Waga

---

---

---

#### Jaki jest Pana/Pani stan cywilny?

- ☐ Żonaty/ta
- ☐ Konkubinat
- ☐ Rozwiedziony
- ☐ W separacji
- ☐ Wdowiec/Wdowa
- ☐ Inny

#### Jakie jest Twoje wykształcenie?

- ☐ Szkoła podstawowa (do 16 rż)
- ☐ Szkoła średnia (do 18 rż)
- ☐ Studia wyższe bez uzyskania dyplomu
- ☐ Studia wyższe z uzyskaniem dyplomu
- ☐ Studia podyplomowe

## **Oś A**

### **Ocena statusu i konsekwencji bruksizmu**

# Samoocena podmiotowa (ABS)

## Raport pacjenta

### A1. Raport dotyczący bruxsizmu podczas snu

#### A1.1 Pytanie dotyczące bruxsizmu podczas snu

Jak często zaciskasz lub zgrzytasz zębami podczas snu biorąc pod uwagę ostatni miesiąc (na podstawie informacji jakie posiadasz)?

- ☐ Ani razu
- ☐ Mniej niż jedna noc/miesiąc
- ☐ 1-3 nocy/miesiąc
- ☐ 1-3 nocy/tydzień
- ☐ 4-7 nocy/tydzień
- ☐ Nie wiem

#### A1.1.1 Pytanie dotyczące historii bruxsizmu podczas snu

Czy według Twojej wiedzy zaciskałeś lub zgrzytałeś zębami podczas snu w przeszłości?

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Nie wiem

### A2. Raport dotyczący bruxsizmu w czasie czuwania

#### A2.1 Pytanie dotyczące zgrzytania zębami w czasie czuwania

Jak często zgrzytasz zębami, kiedy nie śpisz, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

#### A2.1.1 Pytanie dotyczące historii zgrzytania zębami w czasie czuwania

Czy w przeszłości zgrzytałeś zębami, kiedy nie spałeś?

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Nie wiem

**A2.2 Pytanie dotyczące zaciskania zębów w czasie czuwania**

**Jak często zaciskasz zęby, kiedy nie śpisz, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**A2.2.1 Pytanie dotyczące historii zaciskania zębów w czasie czuwania**

**Czy w przeszłości zaciskałeś zęby, kiedy nie spałeś?**

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Nie wiem

**A2.3 Pytanie dotyczące kontaktów zębowych w czasie czuwania**

**Jak często naciskasz, dotykasz lub trzymasz zęby złączone, poza jedzeniem (tj. kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi zębami), biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**A2.3.1 Pytanie dotyczące historii kontaktów zębowych w czasie czuwania**

**Czy w przeszłości naciskałeś, dotykałeś lub trzymałeś razem zęby w inny sposób niż podczas jedzenia (tj. kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi zębami)?**

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Nie wiem

**A2.4 Pytanie dotyczące usztywniania żuchwy w czasie czuwania**

**Jak często napinasz, utrzymujesz napięcie swoich mięśni bez zaciskania lub łączenia zębów, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**A2.4.1 Pytanie dotyczące historii usztywniania żuchwy w czasie czuwania**

Czy w przeszłości napinałeś mięśnie, utrzymywałeś napięcie swoich mięśni bez zaciskania lub łączenia zębów?

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Nie wiem

## **A3. Skargi pacjenta**

### **Zaburzenia skroniowo-żuchwowe**

**A3.1 Ból TMD**

Jak długo – w okresie ostatnich 30 dni- odczuwał Pan/Pani ból żuchwy lub skroni po którejś ze stron?

- ☐ Brak bólu
- ☐ Ból pojawia się i ustaje
- ☐ Ból jest zawsze obecny

**A3.2 Ból lub sztywność po przebudzeniu**

Czy w okresie ostatnich 30 dni odczuwał Pan/Pani ból bądź uczucie sztywności żuchwy po przebudzeniu?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

**A3.3 Zablockowanie żuchwy w zamknięciu**

Czy w ciągu ostatnich 30 dni wystąpiła blokada żuchwy, nawet na moment, tak, że nie było możliwości pełnego otworzenia ust?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

**A3.4 Zmiana bólu związana z aktywnościami**

Czy w okresie ostatnich 30 dni któraś z poniższych czynności zmieniła jakkolwiek poziom odczuwanego bólu (zwiększyła go lub zmniejszyła) w żuchwie lub skroni, po którejś ze stron?

- ☐ Żucie twardego lub trudnego w żuciu jedzenia
- ☐ Otwieranie ust lub poruszanie żuchwą do przodu lub na boki
- ☐ Nawyki (takie jak: trzymanie zębów razem, zaciskanie zębów, zgrzytanie zębami bądź żucie gumy)
- ☐ Inne czynności żuchwy, takie jak mówienie, całowanie lub ziewanie

**A3.5 Dźwięki pochodzące ze stawu skroniowo-żuchwowego**

Czy w okresie ostatnich 30 dni pojawiały się dźwięki podczas poruszania żuchwą, pochodzące ze stawu skroniowo-żuchwowego?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

**A3.6 Ból mięśni żucia w czasie czuwania**

Czy w ciągu ostatnich 30 dni odczuwałeś ból mięśni szczęki o którejkolwiek z poniższych pór dnia?

- ☐ Między przebudzeniem a śniadaniem
- ☐ Między śniadaniem a obiadem
- ☐ Między obiadem a kolacją
- ☐ Między kolacją a snem

**A3.6.1 Zmęczenie mięśni w czasie czuwania**

Czy w ciągu ostatnich 30 dni odczuwałeś sztywność mięśni szczęki, uczucie zmęczenia lub znużenia o którejkolwiek z poniższych pór dnia?

- ☐ Między przebudzeniem a śniadaniem
- ☐ Między śniadaniem a obiadem
- ☐ Między obiadem a kolacją
- ☐ Między kolacją a snem

**A3.7 Pytanie dotyczące objawów występujących po przebudzeniu**

Czy po przebudzeniu odczuwasz którykolwiek z poniższych objawów?

- ☐ Uczucie zmęczenia, bolesności lub napięcia szczęki
- ☐ Uczucie, że Twoje zęby są zaciśnięte lub że boli Cię jama ustna
- ☐ Ból skroni
- ☐ Uczucie napięcia w stawie po przebudzeniu i uczucie, że musisz poruszyć dolną szczęką, aby je rozluźnić
- ☐ Trudność z szerokim otwarciem ust po przebudzeniu
- ☐ Słyszenie lub odczuwanie kliknięcia w stawie po przebudzeniu, które później znika

**BÓL GŁOWY****A3.8. Ból głowy**

Czy w okresie ostatnich 30 dni występowały bóle głowy, które obejmowały obszar wokół skroni?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

Jeśli tak – przez ile dni?

## **STARCIE ZĘBÓW**

### **A3.9 Starcie zębów**

**Czy odczuwasz którykolwiek z poniższych objawów z powodu istniejącego starcia zębów?**

|                                                                    |     |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Wrażliwość i/lub ból                                               | Tak | Nie |
| Problemy czynnościowe (trudności z żuciem i jedzeniem)             | Tak | Nie |
| Pogorszenie wyglądu estetycznego (obniżona atrakcyjność uzębienia) | Tak | Nie |
| Kruszenie twardych tkanek zębów i uzupełnień protetycznych         | Tak | Nie |
| Zaburzenia fonetyki                                                | Tak | Nie |

## **SZUMY USZNE**

### **A3.10 Szumy uszne**

**Czy słyszysz hałas lub dzwonięcie w uszach (szumy uszne)?**

|     |     |
|-----|-----|
| Tak | Nie |
|-----|-----|

## **KSEROSTOMIA I ŚLINIENIE**

### **A3.11 KSEROSTOMIA**

**Czy odczuwasz suchość w ustach?**

- ☐ Nigdy
- ☐ Sporadycznie
- ☐ Często

### **A3.12 ŚLINIENIE SIĘ**

**Czy odczuwasz utratę śliny w nocy?**

- ☐ W ogóle nie odczuwam utraty śliny w nocy
- ☐ Czasem w nocy moja poduszka staje się mokra
- ☐ Często w nocy moja poduszka staje się mokra
- ☐ Zawsze w nocy moja poduszka staje się mokra
- ☐ Każdej nocy moja poduszka i inna pościel stają się mokre

# Ocena oparta na badaniu klinicznym (VBC)- Raport Badacza

## A.4 Stawy i mięśnie

### A4.1 DIAGNOSTYKA ZABURZEŃ SKRONIOWO-ŻUCHWOWYCH

(punkt opcjonalny)

#### A4.1.1. ZABURZENIA BÓLOWE\*

\*Proszę wypełnić tę sekcję tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pozycję A3.3 jest pozytywna (Przesiewowe badanie bólu TMD)

- ☐ Ból mięśniowy
- ☐ Ból mięśniowo-powięziowy z rozprzestrzenianiem się
- ☐ Ból mięśniowo-powięziowy z promieniowaniem
- ☐ Ból prawego stawu
- ☐ Ból lewego stawu
- ☐ Ból głowy przypisywany TMD

#### A4.1.2 ZABURZENIA PRAWEGO STAWU SKRONIOWO-ŻUCHWOWEGO\*

Proszę określić czy diagnoza opiera się na ocenie klinicznej (Klin) czy radiologicznej (Rx)

- |                                                                                             |                               |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka z repozycją                                 | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka z repozycją, z okresową blokadą             | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka bez repozycji z ograniczonym odwodzeniem    | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka bez repozycji, bez ograniczonego odwodzenia | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Choroba zwyrodnieniowa stawów                                      | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Subluksacja                                                        | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |

#### A4.1.3 ZABURZENIA LEWEGO STAWU SKRONIOWO-ŻUCHWOWEGO \*

\*Proszę określić czy diagnoza opiera się na ocenie klinicznej (Klin) czy radiologicznej (Rx)

- |                                                                                             |                               |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka z repozycją                                 | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka z repozycją, z okresową blokadą             | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka bez repozycji z ograniczonym odwodzeniem    | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Przemieszczenie krążka bez repozycji, bez ograniczonego odwodzenia | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Choroba zwyrodnieniowa stawów                                      | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |
| <input type="checkbox"/> Subluksacja                                                        | <input type="checkbox"/> Klin | <input type="checkbox"/> Rx |

### A4.2 HIPERTROFIA MIĘŚNIA ŻWACZA

Zaznacz występowanie przerostu mięśnia żwacza:

- ☐ Lewy
- ☐ Prawy

## A5. Tkanki zewnątrz i wewnątrzustne

### A5.1 Tkanki miękkie i tkanka kostna

Zaznacz obecność następujących objawów:

- |                                                            |                                                                                       |                                |                                |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Linea alba                        | <input type="checkbox"/> Lewa                                                         | <input type="checkbox"/> Prawa |                                |
| <input type="checkbox"/> Impresje na wargach               | <input type="checkbox"/> Górna                                                        | <input type="checkbox"/> Dolna |                                |
| <input type="checkbox"/> Impresje na języku                | <input type="checkbox"/> Lewa                                                         | <input type="checkbox"/> Przód | <input type="checkbox"/> Prawa |
| <input type="checkbox"/> Owrzodzenie na języku*            | <input type="checkbox"/> Lewa                                                         | <input type="checkbox"/> Przód | <input type="checkbox"/> Prawa |
| <input type="checkbox"/> Egzostozy na wyrostku zębodołowym | <input type="checkbox"/> Żuchwa (Przedsionkowa/Językowa)                              |                                |                                |
|                                                            | <input type="checkbox"/> Szczęka (Przedsionkowa/podniebienna /środkowo-podniebienna ) |                                |                                |

\* W przypadku występowania zbitych, stwardniałych i zwiniętych krawędzi – objaw alarmowy, wskazanie do pilnego zbadania

### A5.2 ZMODYFIKOWANA POZYCJA JĘZYKA WEDŁUG FRIEDMANA



**Category I:**

brak fonacji/szpatułki  
językowej – języczek i łuk  
podniebienny widoczny



**Category II:**

fonacja - języczek i łuk  
podniebienny widoczny



**Category III:**

szpatułka językowa - języczek i łuk  
podniebienny widoczny

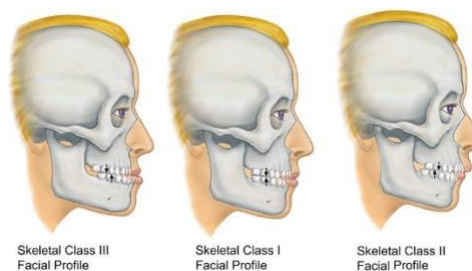


**Category IV:**

fonacja /szpatułka językową -  
języczek i łuk podniebienny  
niewidoczny

### A5.3 KLASA SZKIELETOWA (pozycja opcjonalna)

- ☐ Klasa 1  
☐ Klasa 2  
☐ Klasa 3



### A5.4 PROFIL SZKIELETOWY (pozycja opcjonalna)

- ☐ Profil normodywergentny (średni kąt gonialny)  
☐ Profil hipodywergentny (niski kąt gonialny)  
☐ Profil hiperdywergentny (wysoki kąt gonialny)



## **A6. Zęby i odbudowy**

### **A6.1 PRZESIEWOWE BADANIE STARCIA ZĘBÓW - OCENA ILOŚCIOWA**

**Wskaż najwyższy wynik starcia zębów na sextant**

|                        | Sekstant 1 | Sekstant 2 | Sekstant 3 | Sekstant 4 | Sekstant 5 | Sekstant 6 |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Okluzyjna /<br>Sieczna |            |            |            |            |            |            |
| Podniebienna           |            |            |            |            |            |            |

Punktacja oparta jest na pięciopunktowej skali porządkowej do oceny powierzchni zwarciovych i siecznych. Najwyższy wynik odnotowywany jest dla każdego sextantu: 0 = brak starcia (widoczne); 1 = widoczne starcie ograniczone do szkliwa; 2 = widoczne starcie z odsłoniętą zębiną i utratą wysokości korony klinicznej  $\leq 1/3$ ; 3 = utrata wysokości korony klinicznej  $> 1/3$ , ale  $< 2/3$ ; 4 = utrata wysokości korony klinicznej  $\geq 2/3$ . Do oceny powierzchni niezwarciowych/niesiecznych stosuje się trzypunktową skalę porządkową. Najwyższy wynik odnotowywany jest dla powierzchni podniebiennych drugiego sextantu: 0 = brak starcia (widoczne); 1 = starcie ograniczone do szkliwa; 2 = starcie z odsłoniętą zębiną.

#### **A6.1.1 KWALIFIKACJA STARCIA ZĘBÓW\***

**\* Jeżeli podczas oceny ilościowej zostanie wykryty stopień  $\geq 2$ , wymagana jest kwalifikacja.**

**Objawy kliniczne wskazujące na wpływ czynników mechanicznych:**

- ☐ Tarczki wyświechtania, płaskie i błyszczące
- ☐ Starcie szkliwa i zębiny w tym samym stopniu
- ☐ Dopasowane starcie powierzchni zgryzowych, zgodne cechy zębów antagonistycznych
- ☐ Złamanie guzków lub uzupełnień
- ☐ Impresje na policzku, języku i/lub wardze
- ☐ Zlokalizowane na powierzchniach przyszyjkowych zębów Ubytki Przyszyjkowe Niepróchnicowego Pochodzenia (NPNP)
- ☐ Zmiany policzkowe/przyszyjkowe szersze niż głębsze, Ubytki Przyszyjkowe Niepróchnicowego Pochodzenia (NPNP)
- ☐ Powierzchnie przyszyjkowe zębów przedtrzonowych i kłów są uszkodzone
- ☐ Pęknięcia w obrębie szkliwa
- ☐ Wały żuchwy

### **A6.2 BADANIE PERIODONTOLOGICZNE I STOMATOLOGICZNE**

**Wskaż liczbę zębów z następującymi objawami**

|                                       | Sekstant 1 | Sekstant 2 | Sekstant 3 | Sekstant 4 | Sekstant 5 | Sekstant 6 |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Ruchomość                             |            |            |            |            |            |            |
| Wrażliwość na<br>temperaturę          |            |            |            |            |            |            |
| Dyskomfort/ból w<br>trakcie gryzienia |            |            |            |            |            |            |
| Złamane zęby                          |            |            |            |            |            |            |

### A6.3 UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNE

Wskaż liczbę zębów/implantów z następującymi objawami:

|                                     | Sekstant 1 | Sekstant 2 | Sekstant 3 | Sekstant 4 | Sekstant 5 | Sekstant 6 |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Utracone/uszkodzone wypełnienie     |            |            |            |            |            |            |
| Zarysowane uzupełnienia             |            |            |            |            |            |            |
| Pęknięcia ceramiki                  |            |            |            |            |            |            |
| Ruchome implanty                    |            |            |            |            |            |            |
| Złamane implanty                    |            |            |            |            |            |            |
| Poluzowanie śruby implantologicznej |            |            |            |            |            |            |

### A6.4. OCENA SZYNY OKLUZYJNEJ (jeśli pacjent używa twardej szyny z żywicy)

Zaznacz występowanie następujących objawów:

Występowanie śladów zgrzytania (smugi, pasy)

Występowanie śladów zaciskania (miejsc w kształcie koła)

Połączenie śladów zgrzytania i zaciskania

Pęknięcia i perforacje

☐ Prawa ☐ Przód ☐ Lewa  
☐ Prawa ☐ Przód ☐ Lewa  
☐ Prawa ☐ Przód ☐ Lewa  
☐ Prawa ☐ Przód ☐ Lewa



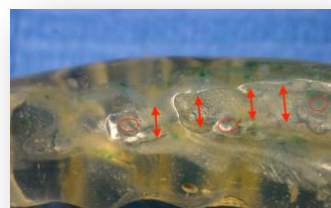
Example of grinding marks

Przykład oznak zgrzytania



Example of clenching marks.

Przykład oznak zaciskania



Example of combined marks.

Przykład oznak zaciskania i zgrzytania

# Raport dotyczący technologii oceny opartej na instrumentach (IBA). Ocena instrumentalna

## A7. Bruksizm w czasie snu

### A7.1 ELEKTROMIOGRAFIA

Liczba skurczów zwacza powyżej 10% MaxVolContr

Wskaźnik czasu bruksizmu (jeśli dostępny)

Wskaźnik pracy bruksizmu (jeśli dostępny)

---

---

---

### A7.2 POLISOMNOGRAFIA(opcjonalnie)

Liczba zdarzeń SB związanych z przebudzeniem

Liczba zdarzeń SB nie związanych z przebudzeniem

Bruxism time index (jeśli dostępny)

Bruxism work index (jeśli dostępny)

---

---

---

---

### A7.3 INNE METODY (opcjonalnie) Aplikacja na

smartfony do oceny odgłosów zgrzytania

---

### A7.4 URZĄDZENIE Z SENSORAMI (opcjonalnie)

Liczba zdarzeń na nacisk zgryzowy

---

## A8. Bruksizm w czasie czuwania

### A8.1 ECOLOGICAL MOMENTARY ASSESSMENT – raport tygodniowy

| Stan                                                    | Tydzień 1 (w %) | Dodatkowe tygodnie (w %) |
|---------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Zrelaksowane mięśnie żucia<br>(brak kontaktów zębowych) |                 |                          |
| Usztywnienie żuchwy<br>(brak kontaktów zębowych)        |                 |                          |
| Kontakt zębowy<br>(delikatne, stałe dotykane)           |                 |                          |
| Zaciskanie zębów<br>(silne, stałe dotykane)             |                 |                          |
| Zgrzytanie zębami                                       |                 |                          |

**A8.2 ELEKTROMIOGRAFIA W CZASIE CZUWANIA**

Ilość skurczów żwacza w 10% MVC\*

Bruxism time index

Bruxism work index

---

---

---

Maximal Voluntary Contraction (maksymalny dobrowolny skurcz)

**A8.3 INNE METODY: do ustalenia****A9. Dodatkowe przyrządy****A9.1. Kwasowość wewnątrzustna (opcjonalnie)**

Spoczynkowe pH śliny

Spoczynkowy przepływ śliny

Stymulowane pH śliny(parafina)

Stymulowany przepływ śliny

---

---

---

---

## **OŚ B**

### **Czynniki ryzyka i czynniki ekologiczne oraz choroby współistniejące**

## **B1. Ocena psychospołeczna — Raport własny**

### **B1.1 BADANIE PRZESIEWOWE LĘKU I DEPRESJI**

**W ciągu ostatnich 2 tygodni – jak często występowały następujące dolegliwości?**

1. Uczucie zdenerwowania, strachu lub znajdowania się na krawędzi

- ☐ Nigdy
- ☐ Przez kilka dni
- ☐ Przez więcej niż połowę dni
- ☐ Prawie codziennie

2. Brak zdolności do zaprzestania lub kontroli zamartwiania się

- ☐ Nigdy
- ☐ Przez kilka dni
- ☐ Przez więcej niż połowę dni
- ☐ Prawie codziennie

3. Małe zainteresowanie bądź mała przyjemność podczas wykonywania czynności

- ☐ Nigdy
- ☐ Przez kilka dni
- ☐ Przez więcej niż połowę dni
- ☐ Prawie codziennie

4. Złe samopoczucie, przygnębienie bądź poczucie beznadziei

- ☐ Nigdy
- ☐ Przez kilka dni
- ☐ Przez więcej niż połowę dni
- ☐ Prawie codziennie

## B1.2 ZDOLNOŚĆ RADZENIA SOBIE

**Zastanów się, jak dobrze poniższe stwierdzenia opisują Twoje zachowania i działania**

1. Szukam twórczych sposobów, żeby zmienić trudne sytuacje

- ☐ Zdecydowanie mnie nie opisuje
- ☐ Nie opisuje mnie
- ☐ Nie mam zdania
- ☐ Opisuje mnie
- ☐ Zdecydowanie mnie opisuje

2. Bez względu na to co się dzieje, uważam, że jestem w stanie kontrolować swoją reakcję

- ☐ Zdecydowanie mnie nie opisuje
- ☐ Nie opisuje mnie
- ☐ Nie mam zdania
- ☐ Opisuje mnie
- ☐ Zdecydowanie mnie opisuje

3. Sądzę, że potrafię znajdować pozytywne sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach

- ☐ Zdecydowanie mnie nie opisuje
- ☐ Nie opisuje mnie
- ☐ Nie mam zdania
- ☐ Opisuje mnie
- ☐ Zdecydowanie mnie opisuje

4. Kiedy ponoszę w życiu straty, szukam sposobów ich zrehabilitowania

- ☐ Zdecydowanie mnie nie opisuje
- ☐ Nie opisuje mnie
- ☐ Nie mam zdania
- ☐ Opisuje mnie
- ☐ Zdecydowanie mnie opisuje

## **B2. Ocena współwystępujących schorzeń związanych ze snem —** **Raport własny**

### **B2.BADANIE PRZESIEWOWE BEZDECHU SENNEGO**

**Zaznacz, na które z poniższych pytań odpowiesz twierdząco**

Czy głośno chrapiesz?

☐Tak ☐Nie

Czy często czujesz się zmęczony, wyczerpany lub śpiący w trakcie dnia?

☐Tak ☐Nie

Czy ktoś zauważył, że przestałeś oddychać lub dusiłeś się/ z trudnością łapałeś powietrze we śnie?

☐Tak ☐Nie

Czy masz nadciśnienie lub jesteś leczony na nadciśnienie?

☐Tak ☐Nie

Wskaźnik masy ciała (BMI) powyżej 35?

☐Tak ☐Nie

Czy masz powyżej 50 lat?

☐Tak ☐Nie

Czy obwód Twojej szyi jest duży? (43 cm lub większy dla mężczyzn, 41 cm lub większy dla kobiet)?

☐Tak ☐Nie

Płeć = męska?

☐Tak ☐Nie

### **B2.2 BADANIE PRZESIEWOWE BEZSENNOŚCI**

**Wskaż, które z poniższych stwierdzeń są prawdziwe dla Ciebie:**

Mam trudności z zasypianiem

☐Tak ☐Nie

Mam gonitwę myśli w głowie, która nie pozwala mi zasnąć

☐Tak ☐Nie

Przewiduję, że problemy ze snem pojawiają się kilka razy w tygodniu

☐Tak ☐Nie

Budzę się i nie mogę już ponownie zasnąć

☐Tak ☐Nie

Martwię się o różne rzeczy i mam problemy ze zrelaksowaniem się

☐Tak ☐Nie

Budzę się rano wcześniej niż bym chciał

☐Tak ☐Nie

Leżę bezsenne przez pół godziny lub dłużej, zanim zasnę

☐Tak ☐Nie

### **B2.3 BADANIE PRZESIEWOWE OKRESOWEGO ZABURZENIA RUCHU KOŃCZYN I ZESPOŁU NIESPOKOJNYCH NÓG**

**Wskaż, które z poniższych stwierdzeń odnoszą się do Ciebie:**

Poza ćwiczeniami nadal odczuwam napięcie mięśni nóg

☐Tak ☐Nie

Zauważyłem (lub ktoś inny zauważył), że części mojego ciała drgają podczas snu

☐Tak ☐Nie

Powiedziano mi, że kopię w nocy

☐Tak ☐Nie

Kiedy próbuję zasnąć, odczuwam ból lub uczucie pełzania w nogach

☐Tak ☐Nie

W nocy odczuwam ból i skurcze nóg

☐Tak ☐Nie

Czasami w nocy nie mogę utrzymać nóg nieruchomo. Muszę nimi ruszać, żeby czuć się wygodnie

☐Tak ☐Nie

Mimo że śpię w nocy, w ciągu dnia czuję się senny

☐Tak ☐Nie

### **B2.4 ZACHOWANIA USTNE -POZYCJA W CZASIE SNU**

**Jak często w ciągu ostatniego miesiąca spałeś w pozycji, która powodowała nacisk na szczęki?**

☐ Ani razu

☐ Rzadko

☐ Czasami

☐ Większość czasu

☐ Cały czas

☐ Nie wiem

## **B3. Ocena współwystępujących schorzeń niezwiązanych ze snem —** **Raport własny**

### **B3.1 ZACHOWANIA USTNE- CZYNNOŚCI W CZASIE CZUWANIA**

**Jak często wykonywałeś każdą z poniższych czynności w ciągu ostatniego miesiąca?**

#### **Q7.Trzymanie szczęki wysuniętej do przodu lub na bok**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

#### **Q8. Silne wciskanie języka w zęby**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

#### **Q9. Wsuwanie języka między zęby**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

#### **Q10. Gryzienie, żucie języka, policzka lub warg albo zabawa nimi**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

#### **Q11. Trzymanie żuchwy w sztywnej lub napiętej pozycji, tak jak przy podpieraniu lub ochronie szczęki**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q12. Trzymanie między zębami lub gryzienie takich rzeczy, jak kosmyk włosów, rurka, ołówek, długopis, palec, paznokieć itp.**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q13. Żucie gumy**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q14. Granie na instrumentach muzycznych, które wymagają użycia ust lub żuchwy**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q15. Opieranie żuchwy na dłoni, na przykład podpieranie się pod brodą podczas odpoczynku**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q16. Żucie żywności tylko po jednej stronie**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q17. Jedzenie między posiłkami (żywność, która wymaga żucia)**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q18. Długotrwałe mówienie (na przykład uczenie, sprzedaż, obsługa klienta)**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem
- ☐

**Q19. Śpiewanie**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q20. Ziewanie**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**Q21. Trzymanie telefonu między głową a ramieniem**

- ☐ Ani razu
- ☐ Rzadko
- ☐ Czasami
- ☐ Większość czasu
- ☐ Cały czas
- ☐ Nie wiem

**B3.2 KORZYSTANIE ZE SMARTPHONA (pozycja opcjonalna)**

Podaj średni czas/dzień korzystania ze smartfona.....

**B3.3 ZABURZENIA MOTORYCZNE JAMY USTNEJ I TWARZY**

**Czy zdiagnozowano u Ciebie lub odczuwasz objawy któregoś z poniższych schorzeń?**

- ☐ Dyskinezy ustno-twarzowe
- ☐ Dystonia ustno-twarzowa
- ☐ Choroba Parkinsona
- ☐ Choroba Huntingtona
- ☐ Zespół Tourette'a
- ☐ Połowiczy kurcz twarzy
- ☐ Dyskinezy późne

### **B3.4 BADANIE PRZESIEWOWE W KIERUNKU REFLUKSU ŻOŁĄDKOWO-PRZELYKOWEGO**

**Ile razy w tygodniu występują poniższe objawy?**

**A. Uczucie pieczenia za mostkiem (zgaga)**

- ☐ 0 Dni
- ☐ 1 Dzień
- ☐ 2-3 Dni
- ☐ 4-7 Dni

**B. Treść żołądkowa przemieszcza się do gardła lub jamy ustnej (zarzucanie treści żołądkowej)**

- ☐ 0 Dni
- ☐ 1 Dzień
- ☐ 2-3 Dni
- ☐ 4-7 Dni

**C. Ból w środkowej lub górnej części brzucha**

- ☐ 0 Dni
- ☐ 1 Dzień
- ☐ 2-3 Dni
- ☐ 4-7 Dni

**D. Nudności**

- ☐ 0 Dni
- ☐ 1 Dzień
- ☐ 2-3 Dni
- ☐ 4-7 Dni

**E. Problemy z wysypianiem się z powodu zgagi lub zarzucania treści pokarmowej**

- ☐ 0 Dni
- ☐ 1 Dzień
- ☐ 2-3 Dni
- ☐ 4-7 Dni

**F. Konieczność stosowania leków dostępnych bez recepty na zgagę lub zarzucanie treści pokarmowej**

- ☐ 0 Dni
- ☐ 1 Dzień
- ☐ 2-3 Dni
- ☐ 4-7 Dni

### **B3.5 BADANIE PRZESIEWOWE W KIERUNKU CHOROÓB AUTOIMMUNOLOGICZNYCH I CHOROÓB TKANKI ŁĄCZNEJ**

**Czy zdiagnozowano u Ciebie jedno z poniższych schorzeń?**

- ☐ Reumatoidalne zapalenie stawów
- ☐ Toczeń
- ☐ Inne ogólnoustrojowe choroby reumatyczne, w tym fibromialgia
- ☐ Inne schorzenia ogólnoustrojowe, w tym twardzina układowa, polimialgia reumatyczna, mieszana choroba tkanki łącznej

### **B3.6 ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z DEFICYTEM UWAGI**

**Czy zdiagnozowano u Ciebie zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi ADHD?**

- ☐ Nie
- ☐ Tak

## **B.4 Ocena leków na receptę i zażywanych substancji – Raport własny**

### **B4.1 NARKOTYKI**

**Zaznacz, jeśli używałeś rekreacyjnych lub ulicznych narkotyków**

**Tak      Nie**

Jeśli tak, proszę podać, jakich narkotyków używałeś w celach rekreacyjnych .....

### **B4.2 LEKI**

**Czy obecnie zażywasz któryś z poniższych leków?**

- ☐ Leki przeciwdepresyjne (np. selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny)
- ☐ Benzodiazepiny
- ☐ Neuroleptyki, leki przeciwpsychotyczne, leki przeciwwymiotne (antagoniści dopaminy)
- ☐ Leki na ADHD
- ☐ Leki przeciwalergiczne
- ☐ Marijuana medyczna CBD
- ☐ Marijuana medyczna THC
- ☐ Opioidy
- ☐ Inne

Jeśli tak, proszę wymienić wszystkie leki i dawkowanie .....

### **B4.3 TYTOŃ**

**Czy palisz lub używałeś jakichkolwiek wyrobów tytoniowych?**

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Rzucam

Jeśli tak, ile papierosów dziennie palisz? Ilość .....

**B4.4 ALKOHOL**

Czy spożywasz napoje alkoholowe (piwo, wino, mocne alkohole)?

- ☐ Nie  
☐ Tak  
☐ Rzucam

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie tych napojów alkoholowych (szklanki/dzień) .....

**B4.5 NAPOJE BEZALKOHOLOWE**

Czy regularnie pijesz napoje gazowane (np. Cola – RedBull – Sprite – Fanta)?

- ☐ Nie  
☐ Tak  
☐ Rzucam

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie (szklanki/dzień)? .....

**B4.6 SOKI I OWOCE**

Czy regularnie pijesz soki lub soki z owoców cytrusowych (np. cytryna, pomarańcza, grejpfrut)?

- ☐ Nie  
☐ Tak

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie (szklanki/dzień)? .....

**B4.7 KOFEINA**

Czy regularnie pijesz kawę, herbatę lub inne napoje zawierające kofeinę?

- ☐ Nie  
☐ Tak  
☐ Rzucam

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie (kubki/dzień)? .....

**B5. Ocena czynników dodatkowych****B5.1 BADANIE PRZESIEWOWE POD KĄTEM RODZINNEGO WYSTĘPOWANIA BRUKSIZMU**

Czy ktoś w Twojej rodzinie (na przykład ojciec, matka, dzieci), cierpi lub cierpiał na bruksizm?

- ☐ Tak      ☐ Ojciec      ☐ Matka      ☐ Syn      ☐ Cóрка      ☐ Dziadek      ☐ Babcia  
☐ Nie  
☐ Nie wiem

**B5.2 BADANIE PRZESIEWOWE POD KĄTEM RODZINNEGO STARCIA ZĘBÓW**

Czy ktoś w Twojej rodzinie (na przykład ojciec, matka, dzieci), cierpi na starcie zębów?

- ☐ Tak      ☐ Ojciec      ☐ Matka      ☐ Syn      ☐ Cóрка      ☐ Dziadek      ☐ Babcia  
☐ Nie  
☐ Nie wiem

### **B5.3 BADANIE PRZESIEWOWE POD KĄTEM WYSTĘPOWANIA RODZINNEGO OBTURACYJNEGO BEZDECHU SENNEGO**

Czy któryś z członków Twojej rodziny (na przykład ojciec, matka, dzieci), cierpi na bezdech senny?

- ☐ Tak      ☐ Ojciec      ☐ Matka      ☐ Syn      ☐ Cóрка      ☐ Dziadek      ☐ Babcia  
☐ Nie  
☐ Nie wiem

### **B5.4 BADANIE PRZESIEWOWE POD KĄTEM WYSTĘPOWANIA RODZINNEGO BÓLU USTNO-TWARZOWEGO**

Czy któryś z członków Twojej rodziny (na przykład ojca, matkę, dzieci), cierpi na ból twarzy niezwiązany z zębami?

- ☐ Tak      ☐ Ojciec      ☐ Matka      ☐ Syn      ☐ Cóрка      ☐ Dziadek      ☐ Babcia  
☐ Nie  
☐ Nie wiem

### **B5.5 BADANIE PRZESIEWOWE POD KĄTEM WYSTĘPOWANIA RODZINNEGO REFLUKSU ŻOŁĄDKOWO-PRZĘLYKOWEGO**

Czy któryś z członków Twojej rodziny (na przykład ojciec, matka, dzieci), cierpi na refluks żołądkowo-przelykowy?

- ☐ Tak      ☐ Ojciec      ☐ Matka      ☐ Syn      ☐ Cóрка      ☐ Dziadek      ☐ Babcia  
☐ Nie  
☐ Nie wiem