

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN TEMPOROMANDİBULAR
EKLEM HASTALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

CEREN S ARUHANOĞLU

**DANIŞMAN
PROF. DR. HALUK KESKİN**

**PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
ÇENE YÜZ PROTEZİ PROGRAMI**






İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ Anabilim Dalı DOKTORA Programında CEREN SARUHANOĞLU tarafından hazırlanan KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN TEMPOROMANDİBULAR EKLEM HASTALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

10 / 06 / 2014

Tez Sınav Jürisi

- | <u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u> | <u>İmzası</u> |
|--|---|
| 1.Prof.Dr. Haluk KESKİN (DANIŞMAN) İ.Ü.Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı |  |
| 2.Prof.Dr. Yumuşhan GÜNAY G.A.T.A.Diş Hek.Bil.Merk Cerrahi Hastalıkları Bölümü |  |
| 3.Prof.Dr.Gülümser EVLİOĞLU İ.Ü.Diş Hekimliği Fakültesi / Protetik Diş Tedavisi ABD. |  |
| 4.Prof.Dr.Aslıhan ÜŞÜMEZ Bezmialem Ün.Diş Hek.Fak / Protetik Diş Tedavisi ABD. |  |
| 5.Doç.Dr.Bilge Gökçen RÖHLİG İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi / Protetik Diş Tedavisi ABD |  |

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ceren SARUHANOĞLU



İTHAF

Oğlum Pamir'e ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında bilimsel katkıları ile ufkumu genişleten tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Haluk Keskin'e,

Mesleki eğitimim ve tezimde bana her türlü bilgi ve desteği sunan Sayın Prof. Dr. Gülümser Evlioğlu'na,

Çalışmalarım sırasında değerli fikir ve görüşleriyle beni aydınlatan Sayın Doç Dr. Bilge Gökçen Röhlig'e,

Çalışmalarımda bana yol gösteren Sayın Uzm. Psikolog Hakan Kızıltan'a,

Tezimin hazırlanması sırasında hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan asistan arkadaşlarıma,

Tezimin hazırlanmasında çok büyük desteğini gördüğüm, her zaman değerli görüşlerine başvurduğum, varlığıyla bana güç veren eşim Dr. Alp Saruhanoğlu'na,

Hayatımın her döneminde kendi ayaklarım üzerinde durmamı sağlayan ve her zaman yanımda olup, desteklerini ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Çiğdem Karataşlı, babam Dt. Abdurrahman Karataşlı, kardeşim Cem Karataşlı ve tüm aileme,

Katkılarından dolayı sonsuz teşekkür ederim.

Ceren Saruhanoğlu

2014

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	2
BEYAN.....	3
İTHAF.....	4
TEŞEKKÜR.....	5
İÇİNDEKİLER.....	6-9
TABLolar LİSTESİ.....	10
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	11
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	12
ÖZET.....	13-14
ABSTRACT.....	15-16
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	17
2.GENEL BİLGİLER.....	18
2.1.TEMPOROMANDİBULAR EKLEM.....	18
2.1.1.TEMPOROMANDİBULAR EKLEMİN SERT DOKULARI.....	19
2.1.1.1.Temporal Kemik.....	19
2.1.1.2.Mandibular Kondil.....	19
2.1.2.TEMPOROMANDİBULAR EKLEMİN YUMUŞAK DOKULARI.....	19
2.1.2.1.Eklem Diski.....	19
2.1.2.2.Eklem Kapsülü.....	20
2.1.2.3.Retrodiskal Dokular.....	20
2.1.2.4.Eklem Bağları.....	20
2.1.2.4.1. Kollateral Ligaman.....	21
2.1.2.4.2.Kapsüler Ligaman.....	21
2.1.2.4.3.Temporomandibular Ligaman.....	22

2.1.2.4.4. Sphenomandibular Ligaman.....	22
2.1.2.4.5. Stylomandibular Ligaman.....	23
2.2.ÇİĞNEME KASLARI.....	23-24
2.2.1.Masseter Kas.....	24
2.2.2.Temporal Kas.....	24-25
2.2.3.İç Pterygoid Kas.....	25
2.2.4. Dış Pterygoid Kas.....	25
2.2.5 Digastrik Kas.....	26
2.2.6.Sternokleidomastoid Kas.....	26
2.2.7.Trapez Kası.....	26
2.3.ÇENE EKLEMİ HAREKETLERİ.....	27
2.4.TEMPOROMANDİBULAR EKLEM RAHATSIZLIKLARI.....	27-28
2.4.1 Terminoloji.....	28
2.4.2 Temporomandibular Hastalıkların Sınıflandırılması.....	29-31
2.4.3.Çiğneme Kası Hastalıkları.....	31-32
2.4.3.1 Koruyucu Kas Kasılması (Kas Splintlenmesi).....	32
2.4.3.2 Lokal Kas Ağrısı (Nonenflamatuvar Miyalji).....	32-33
2.4.3.3 Miyospazm.....	33
2.4.3.4 Merkezi Kaynaklı Miyalji (Kronik Miyosit).....	33
2.4.3.5 Miyofasyal Ağrı Sendromu (Tetik Nokta Miyalji).....	34
2.4.4 Eklem İçi Düzensizlikler.....	34
2.4.4.1 Kondil-Disk Kompleksi Düzensizlikleri.....	34
2.4.4.1.1 Fonksiyonel Disk Deplasmanı.....	34
2.4.4.1.2Fonksiyonel Redüksiyonlu Disk Dislokasyonu.....	35
2.4.2.1.3 Fonksiyonel Redüksiyonsuz Disk Dislokasyonu.....	35
2.5.TEMPOROMANDİBULAR EKLEMİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	36

2.5.1 Geri Dönüşümlü Tedavi.....	36
2.5.1.1 Hasta Eğitimi.....	36
2.5.1.2 Fizik tedavi:.....	37
2.5.1.3 Farmakolojik tedavi.....	37-38
2.5.1.4 Okluzal Splint Tedavisi.....	38
2.5.1.5 Psikoterapi.....	39
2.5.1.6 Emosyonel Stres Tedavisi.....	39
2.5.2.Geri Dönüşümsüz Tedavi.....	40
2.5.2.1 Okluzal Tedavi.....	40
2.5.2.2 Cerrahi Tedavi.....	40
2.6 TEMPOROMANDİBULAR RAHATSIZLIKLARIN ETİYOLOJİLERİ.....	40-41
2.6.1 Travmatik Etkenler.....	41
2.6.2 Psikososyal Etkenler.....	41
2.6.3 Anatomik Etkenler.....	41-42
2.6.4. Fizyopatolojik Faktörler.....	42
2.7 TEMPOROMANDİBULAR RAHATSIZLIKLAR VE RUHSAL DURUM İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ETİYOLOJİSİ.....	43
2.8. MİZAÇ VE KARAKTER.....	44-46
2.9. TEMPOROMANDİBULAR RAHATSIZLIKLARDA AĞRI VE AĞRININ PSİKOLOJİK DURUMLA İLİŞKİSİ.....	46-47
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1.HASTALARIN SEÇİMİ.....	48
3.1.1.Araştırmaya dahil olma kriterleri.....	48
3.1.2.Araştırmaya dahil olmama kriterleri.....	48-49
3.2.HASTA DEĞERLENDİRİLMESİ VE KLİNİK MUAYENE.....	49
3.2.1.Anamnez Formu.....	50

3.2.2. Visual Analog Skala (VAS).....	50
3.2.3. Mizaç ve Karakter Envanteri.....	50
3.2.4. Temporomandibular rahatsızlık için araştırma amaçlı tanı ölçekleri formu bölüm I (TME/ATK I).....	50-53
3.2.5. Temporomandibular rahatsızlık için araştırma amaçlı tanı ölçekleri bölüm II (TME/ATK II)	53
3.3. Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması.....	53
3.3.1. Ağız Dışı Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması.....	53-55
3.3.2. Ağız İçi Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması.....	55
3.3.3. Temporomandibular Eklem Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması.....	55-56
3.3.4. Temporomandibular Eklem Değerlendirmesi.....	56
4. BULGULAR.....	57-73
İstatistiksel İncelemeler.....	74
5. TARTIŞMA.....	75-87
KAYNAKLAR.....	88-104
FORMLAR.....	105-133
ETİK KURUL KARARI.....	134-136
ÖZGEÇMİŞ.....	137-138

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	57
Tablo 2: Ağrı Düzeyleri Dağılımı.....	59
Tablo 3: Temporomandibular Hastalık İçin Araştırma Amaçlı Tanı Ölçekleri Formu Dağılımı.....	60
Tablo 4: Mizaç ve Karakter Envanteri Puanlarının Dağılımı.....	61
Tablo 5: Mizaç ve Karakter Envanterinin Cinsiyete Göre Değerlendirmesi.....	62
Tablo 6: Mizaç ve Karakter Envanteri ile Yaş Arasındaki İlişki	63
Tablo 7: Mizaç ve Karakter Envanterinin Çalışma Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	64
Tablo 8: Mizaç ve Karakter Envanterinin Sistemik Hastalık Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	64
Tablo 9: Mizaç ve Karakter Envanteri ile Ağrı Skorları Arasındaki İlişki.....	65
Tablo 10: Mizaç ve Karakter Envanterinin Tempromandibular Eklem Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	67
Tablo 11: Mizaç ve Karakter Envanterinin Ağız Açmada Sapma Görülme Durumuna Göre Değerlendirilmesi.....	68
Tablo 12: Mizaç ve Karakter Envanterinin Ağız Açmada Ağrı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	68
Tablo 13: Mizaç ve Karakter Envanterinin Lateral Harekette Ağrı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	69
Tablo 14: Mizaç ve Karakter Envanterinin Potrusiv Harekette Ağrı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	70
Tablo 15: Mizaç ve Karakter Envanterinin Eklem Sesine Göre Değerlendirmesi.....	70
Tablo 16: Mizaç ve Karakter Envanterinin Temporal Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	71
Tablo 17: Mizaç ve Karakter Envanterinin Massater Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	72
Tablo 18: Mizaç ve Karakter Envanterinin Post Mandibular Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi.....	72
Tablo 19: Mizaç ve Karakter Envanterinin Gruplara Göre Değerlendirmesi.....	73

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Cinsiyet Dağılımı.....	58
Şekil 2: Çalışma Durumu Dağılımı.....	58
Şekil 3: Sistemik Hastalık Dağılımı.....	59
Şekil 4: Mizaç ve Karakter Envanteri Puanlarının Dağılımı.....	61
Şekil 5: Cinsiyete Göre Mizaç ve Karakter Envanteri Puanları.....	62
Şekil 6: Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Kendi Kendini Yönetme ve Kendi Kendini Aşma Puanlarının Depresyon ile İlişkisi.....	67

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TMD: Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu

TME: Temporomandibular Eklem

TMED: Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu Sendromu

TMH: Temporomandibular Hastalıklar

MMPI: Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

VAS: Visual Analog Skalası

TME/ATK: Temporomandibular Rahatsızlık İçin Araştırma Amaçlı Tanı Ölçekleri
Formu

NSAİ: Non-steroid Antienflamatuar İlaçlar

TENS: Transkutan Sinir Stimulasyonu

ÖZET

Saruhanoğlu C. Kişilik Özelliklerinin Temporomandibular Eklem Hastalıkları Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Protetik Diş Tedavisi ABD. Doktora Tezi. İstanbul. 2014 .

Anahtar Kelimeler: Mizaç, Karakter, Temporomandibular Eklem, Kişilik, Temporomandibular Rahatsızlıklar.

Temporomandibular hastalıklar (TMH), eklem ve destek yapılarını etkileyen kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından oluşan bir hastalık grubudur. TMH'nin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte psikolojik faktörlerin ve kişilik özelliklerinin TMH oluşumunda rol aldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızın amacı TMH'li hastalarda kişiliğin temel bileşeni, mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları boyutsal bir psikobiyojik model olan "Mizaç ve Karakter Envanteri" kullanarak ölçmektir. Çalışmamızda TMH şikayeti ile kliniğimize başvurmuş ve çalışmaya dahil olma kriterlerine uygunluk gösteren 263 gönüllü birey dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil olan bireylere temporomandibular rahatsızlık için araştırma amaçlı tanı ölçekleri formu kullanılarak TMH teşhisi konduktan sonra hastalara tek başlarına Mizaç ve Karakter Envanteri formu doldurtuldu. Temporomandibular Eklem (TME) semptom ve işaretleri ile Mizaç ve Karakter Envanteri alt sınıfları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendi.

Çalışmamızın sonuçlarına göre yenilik arayışı puanı ortalaması 17.19 ± 4.42 , zarardan kaçınma puanı ortalaması 18.26 ± 5.68 , ödül bağımlılığı puanı ortalaması 13.65 ± 3.04 , sebat etme puanı 5.03 ± 1.71 , kendi kendini yönetme puanı ortalaması 25.72 ± 6.44 , işbirliği yapma puanı ortalaması 27.29 ± 5.50 , kendi kendini aşma puanı

ortalaması 19.46 ± 5.21 olarak bulunmuştur. Ayrıca işbirliği yapma puanı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Yaş ile yenilik arayışı puanı arasında ileri düzeyde ($p < 0.01$), sebat etme ve işbirliği yapma puanı ile de anlamlı düzeyde istatistiksel ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

VAS skorları ile kendi kendini aşma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Depresyon skorları ile yenilik arayışı puanı ($p < 0.05$), zarardan kaçınma puanı ($p < 0.01$), kendi kendini yönetme puanı ($p < 0.01$), kendi kendini aşma puanı ($p < 0.01$), arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Mizaç ve Karakter Envanteri sonuçları ile Temporomandibular Hastalık İçin Araştırma Amaçlı Tanı Ölçekleri Formu (TME/ATK) ortaya çıkan semptomların kıyaslanmasına göre; ağız açmada sapma, TME ağrısı, potrusiv harekette ağrı, temproal kas ağrısı, masseter kas ağrısı, post mandibular ağrı, lateral harekette ağrı, ağız açmada ağrı görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Mizaç ve Karakter Envanteri alt başlığından ödül bağımlılığı puanı, eklem sesi görülmeyen olgularda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışmamızın sonuçları; TMH'li hastaların mizaç ve karakter profilini ortaya çıkarmakla birlikte TMH'i etkileyen belli durumlarda bazı mizaç ve karakter boyutlarının etkinliğini saptamış olup, TMH'li hastalarda yapılacak tedavi öncesinde kişilik özelliklerinin de göz önünde bulundurulması halinde tedavi sürecine olumlu katkı sağlayabileceğini vurgulamaktadır.

ABSTRACT

Soyadı, A.B. (2006). İstanbul University, Institute of Health Science,

Saruhanoglu C. Effects of Personality Profiles on Temporomandibular Disorders. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Prosthodontics. Doktora Tezi. İstanbul.

2006.

Key words: Temperament, Character, Temporomandibular Joint, Personality, Temporomandibular Disorders.

Temporomandibular disorders (TMD) embrace a number of clinical conditions that involve the masticatory muscles, the temporomandibular joints (TMJ), or both. The etiology of temporomandibular disorders is still remains controversy however personality profiles and psychosocial domains may contribute the etiology.

The aim of the present study is to evaluate the scores of Temperament and Characteristic Traits of the people with TMD.

263 patients with TMD participated in this study. The patients diagnosed with RDC/TMD and all the participants fill the TCI form which expose the Temperament and Character scores. The relationship between TMD signs and symptoms with TCI were statistically evaluated.

The study results showed average scores of Novelty Seeking (NS) as 17.19 ± 4.42 , Harm Avoidance (HA) 18.26 ± 5.68 , Reward Dependence (RD) 13.65 ± 3.04 , Persistence (PER) 5.03 ± 1.71 , Self Directedness (SD) 25.72 ± 6.44 , Cooperativeness (CO) 27.29 ± 5.50 , Self

Transcendence (ST). 19.46 ± 5.21 in patients with TMD. The study results showed that women had higher CO scores when compared with man($p<0.05$).

Study results showed statistically significance between age and NS($p<0.01$), and also with PER and CO ($p<0.05$). Study results showed statistically significance between VAS and ST ($p<0.05$). Study results showed statistically significance between depression and NS ($p<0.05$), HA ($p<0.01$), SD ($p<0.01$) and ST ($p<0.01$).

The relationship between TCI and RDC showed no significance differences in terms of TMD pain, masseter muscle pain, temporal muscle pain, post mandibular pain, deviation, pain in lateral movement, pain in protrusive movement, pain in mouth opening($p>0.05$).

This study indicate Temperament and Character profiles of patients with TMD and emphasize the effect of Temperament and Character profiles on TMD patients. Clinicians may consider the patient's Temperament and Character profile before the treatment which may upgrade the treatment modality.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Temporomandibular hastalıklar, eklem ve destek yapılarını etkileyen kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından oluşan bir hastalık grubudur. Uzun yıllar, temporomandibular hastalıkların karmaşık yapısı nedeniyle teşhis ve tedavisinde zorluklar yaşanmıştır. Birçok araştırma temporomandibular hastalıklarda psikolojik faktörlerin etkisi üzerine yoğunlaşmıştır; ancak psikolojik araştırma ölçeklerinin yeterince kullanılmaması ve belirleyici teşhis ölçütlerinin eksikliği sebebiyle belirsiz sonuçlar ortaya çıkmıştır. Temporomandibular hastalıklarda, kronik ağrı üzerine yapılan çalışmalar sonucu hastanın yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin daha çok davranışsal ve psikolojik yaklaşımları etkilediği ortaya koyulmuştur.

Etiyolojisi tam olarak anlaşılmamış olan temporomandibular hastalıkların tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi tedavi başarısının sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Hastalığın etiyolojisinde yer alan lokal ve sistemik faktörlerin tespit edilmesinin yanı sıra hastaların kişilik ve psikolojik durumunun göz önünde bulundurulması ve kişiye özel tedavi planının yapılması tedavi başarısını artırmaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız temporomandibular eklem disfonksiyonu ve/veya kas rahatsızlığı olan hastalarda kişilik özelliklerinin bu rahatsızlık ile etkileşimini tespit etmek; karakter boyutları ile eklem hastalıkları arasında bağlantıları inceleyip yeni tedavi modelleri için bir alt yapı oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TEMPOROMANDİBULAR EKLEM

Temporomandibular eklem (TME); insan vücudunda çiğneme, konuşma, yutkunma ve ayrıca tat ve nefes alma gibi önemli fonksiyonları olan çiğneme sisteminin bir parçasıdır (1,2).

Temporomandibular eklem, baş iskeletini oluşturan eklemler arasında hareketli olan tek eklem olup mandibular kondilin caput mandibulası ile temporal kemiğin mandibular fossası arasında meydana gelmiştir. Mandibulanın bir eksen etrafında menteşe hareketi yapmasını sağlar. Bu nedenle 'ginglimoid eklem' olarak kabul edilir. Aynı zamanda kayma hareketini de sağladığından 'artroidal eklem' sınıfına da girmektedir. Bu nedenle teknik olarak 'ginglimoartroidal' olarak isimlendirilir (3).

Alt çene kemiğinde yer alan kondil, temporal kemikteki mandibular fossa ve bu iki kemik yüzeyi birbirinden ayıran eklem diski TME'yi oluşturan yapılardır (1). Temporomandibular eklem vücuttaki en karmaşık eklemlerden biridir. Menteşe hareketinin yanı sıra translasyon hareketi de yapabilen vücuttaki tek eklemdir. TME'yi oluşturan temporal ve mandibular kemiklerin eklem yüzeyleri diğer pek çok sinovyal eklemden farklı olarak, yoğun fibröz bağ dokusundan oluşur. Bu yapı hiyalin kıkırdağa göre yaşlanmaya ve zaman içindeki yıpranmalara karşı daha dayanıklıdır (4, 5).

2.1.1. TEMPOROMANDİBULAR EKLEMİN SERT DOKULARI

2.1.1.1. Temporal Kemik

Temporal kemiğin skuamoz parçasındaki konkav kısım eklem çukuru (fossa mandibularis), konveks kısım ise eklem tüberkülü (tuberculum articulare) olarak adlandırılır ve temporomandibular eklemün üst artiküler yüzeyini oluştururlar (6).

2.1.1.2. Mandibular Kondil

Mandibular kondil baş ve boyun kısımlarından oluşur. Boyun kısmı frontal düzlemde, mandibula ramusunun uzun eksenini ile 10-30° açı yapacak şekilde distale doğru uzanır, mediale doğru hafif eğiktir. Kondil başı ise anatomisi kişiye ve yaşa göre değişen, ortalama mediolateral yönde 20 mm ve anteroposterior yönde 10 mm uzunluğa sahip elips şeklinde bir yapıdır. Kondil başının üst ve ön yüzeyi, eklemün alt artiküler yüzeyini oluşturur (4, 5).

2.1.2. TEMPOROMANDİBULAR EKLEMİN YUMUŞAK DOKULARI

2.1.2.1. Eklem Diski

Eklem diski; damar ve sinir içermeyen yoğun fibröz bağ dokusundan meydana gelir ve eklem aralığını üst ve alt olarak iki bölüme ayırır (5). Konveks yapıdaki kondil başının artiküler tüberkül üzerinde hareketine imkan sağlayan eklem diski, sagittal kesitten bakıldığında, bu yüzeylere uyum sağlayacak şekilde bikonkav yapı gösterir. Orta ince kısım 'intermediate zone' olarak isimlendirilir ve ortalama 1 mm kalınlığındadır. Bu kısım fonksiyon sırasında en çok yüke maruz kalan bölgedir. Posterior bant genellikle anterior banttan daha kalındır. Ağız kapalı konumda iken, diskin posterior kısmı kondilin superior kısmına göre yukarıda ve hafifçe anteriorda

konumlanır. Disk, fonksiyon sırasında gelen kuvvetleri absorbe eder ve kondilin translasyon ve rotasyon hareketlerine izin verir (1).

2.1.2.2. Eklem Kapsülü

Eklem yüzeylerini çevreleyen gevşek bağ dokusudur. Eklem boşluklarını döşeyen sinovyal zar tarafından salgılanan sinovyal sıvıyı tutarak, damarlanması olmayan eklem yüzeylerinin beslenmesini ve metabolik aktivitesini gerçekleştirir. Sinovyal sıvı ayrıca, eklem yüzeylerinin kayganlaşmasını ve sürtünmenin azalmasını sağlar. Kapsülün ön-yan kısmı kalınlaşarak temporomandibular ligamanı oluşturur (5,7).

2.1.2.3. Retrodiskal Dokular

Eklem diskinin arka kenarını eklem kapsülüne bağlayan, damar ve sinirce zengin gevşek bağ dokusuna 'retrodiskal lamina' denir. Üst retrodiskal lamina elastik liflerden zengindir ve mandibular hareket sırasında gerilerek diskin aşırı anterior hareketini kısıtlar. Alt retrodiskal lamina ise kollajen liflerce zengindir ve elastik özelliği yoktur (1,8).

2.1.2.4. Eklem Bağları

Tüm eklem sistemlerinde ligamanlar eklem yapılarının korunmasına yönelik işlev görmektedirler. Eklem ligamanları kollajen bağ dokudan oluşur. Alt çenenin aşırı hareketleri eklem kapsülü ve ligamanlar tarafından sınırlandırılmaktadır. Eklem fonksiyonlarına aktif olarak girmeyip, eklem kapsülü ile birlikte hareketleri kısıtlar, eklemi stabilize ederler ve dolayısıyla hareketlere rehberlik oluştururlar (2).

Üç fonksiyonel ligaman TME'yi destekler:

1. Kollateral Ligaman
2. Kapsüler Ligaman
3. Temporomandibular Ligaman

TME'yi destekleyen yardımcı ligamanlar:

1. Sphenomandibular Ligaman
2. Stylomandibular Ligaman (2).

2.1.2.4.1. Kollateral Ligaman

Artiküler diskin lateral ve medial kısımlarını kondile bağlar. Genellikle diskal ligaman olarak da adlandırılır ve iki adettir. Medial diskal ligaman diskin medial kısmını kondilin medialine bağlar, lateral diskal ligaman ise diskin lateralini kondilin lateral kısmına bağlar. Bu ligamanlar eklemi mediolateral olarak süperior ve inferior eklem kavitesi olmak üzere iki kısma ayırır. Diskal ligamanlar kollajen bağ dokusu fibrillerinden oluşan gerçek ligamanlardır ve bu nedenle gerilemezler. Diskin kondilden uzaklaşmasını engelleyecek şekilde fonksiyon gösterirler. Diskal ligamanın atasmanları kondilin artiküler yüzey üzerinde öne ve arkaya doğru rotasyon yapmasına izin verir. Diskal ligaman vasküler donanımına ve innervasyona sahiptir. Bu ligamanda oluşan gerilim ağrıya neden olur (1, 2).

2.1.2.4.2. Kapsüler Ligaman

TME'nin tamamı kapsüler bağ ile çevrelenmiştir. Kapsüler ligamanın lifleri üstte temporal kemiğin artiküler yüzeylerine ve artiküler eminense altta ise kondil boynuna tutunur. Kapsüler ligaman medialden lateralden ya da alttan gelen her türlü kuvvete direnç göstererek artiküler yüzeylerin birbirinden ayrılmasına engel olmaktadır.

Diğer bir önemli görevi ise eklemi tümüyle sararak sinovyal sıvıyı tutmaktır. (2).

2.1.2.4.3. Temporomandibular Ligaman

Kapsüler ligamanın lateral kısmı sıkı güçlü fibrillerle kuvvetlenerek 'temporomandibular ligaman' adını almıştır. Temporomandibular ligaman olarak da adlandırılan bu ligaman dış oblik kısım ve iç horizontal kısım olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. (2, 9).

Dış oblik kısım artiküler tüberkülün dış yüzeyinden ve zigomatik çıkıntı dan kondil boynunun dış yüzeyine doğru arka-ön olarak uzanır. İç horizontal kısım ise tüberkulum artikülenin dış yüzünden ve zigomatik proçesten kondilin lateral kutbuna ve diskin arka kısmına uzanır (1).

Lateral ligamanın oblik kısmı kondilin aşağı doğru aşırı inmesini ve böylece aşırı ağız açılmasını sınırlar. İç horizontal kısım ise kondil ve diskin geriye doğru hareketini kısıtlar. Kondilin mandibular fossada geriye doğru hareket etmesini engeller. Lateral ligaman bu nedenle retrodiskal dokuları travmadan korur. Ligamanın iç horizontal kısmı ayrıca lateral pterigoid kasın uzamasını ve gerilmesini de önler. Temporomandibular ligamanın fonksiyonu ayrıca çok fazla kuvvetin geldiği kaza gibi durumlarda gözlemlenir. Bu gibi durumlarda retrodiskal dokuların hasar görmesinden ziyade kondil boyun kısmından kırılır ya da kondil orta kafa boşluğuna doğru hareket eder (1, 2).

2.1.2.4.4. Sphenomandibular Ligaman

Sfenoid kemiğin spinasından başlayarak aşağı ve yana doğru ilerleyerek ramusun medial yüzeyindeki çıkıntısına yapışır. Alt çenenin hareketleri üzerinde sınırlayıcı bir etkisi yoktur (2, 9).

2.1.2.4.5. Stylomandibular Ligaman

Styloid çıkıntından başlayarak ramusun arkasına ve mandibulanın angulusuna uzanır. Alt çene ileri konuma geldiğinde gerilir, alt çene açıldığında gevşer. Bu bağ alt çenenin aşırı ileri hareketini kısıtlar (2).

2.2. ÇİĞNEME KASLARI

Kaslar, vücudun hareketini sağlayan kuvvetleri uygulayan yapılardır. Alt çene ekleminin hareketini sağlayan ve çiğneme fonksiyonunda büyük rol oynayan kaslara çiğneme kasları denir. Kas liflerinin, damar ve sinirlerle bağ dokusu aracılığıyla bir araya gelmesi ve bir fasya ile sarılmasıyla oluşurlar. Her kas lifi, içerdiği miyoglobin konsantrasyonuna göre karakterizedir. Miyoglobin konsantrasyonu yoğun olanlar daha kırmızıdırlar.

Kas kasılması izotonik ya da izometrik olabilir. İzotonik kasılmalarla kas boyu kısalır ve çene hareketleri oluşur. İzometrik kasımlarda ise kas boyunda değişiklik olmazken kas tonusu artar, mandibulanın stabilizasyonu sağlanır. Kas kaynaklı temporomandibular hastalıklar, izometrik kasılmalar sonucu meydana gelirler (1).

Mandibulanın enerji gerektiren hareketlerini ve çiğneme fonksiyonunu sağlayan kaslar dört çifttir. Bunlar massater, temporal, medial pterygoid ve lateral pterigoid kaslardır. Tüm bu kaslar V. kranial sinirin mandibular dalı tarafından innerve edilirler. Bunun dışında mandibulanın açılmasında devreye giren ve hyoid kemiğe yapışan supra ve infra hyoid kaslar ile boyun ve başın erekt pozisyonda stabilizasyonunu sağlayan tüm postür kasları ve hatta mimik kasları çiğnemede önemli göreve sahiptirler. Çiğneme kası olmamasına rağmen digastrik kas da çiğneme işlevinde büyük rol üstlenmektedir (1,4).

Çiğneme kasları fonksiyonlarına göre dört grupta incelenebilir :

- Çeneyi kapatan kaslar,
- Çeneyi açan kaslar,
- Protrüzyon ve retrüzyon kasları,
- Yan hareket kasları.

Çeneyi kapatan kaslar süperfasyalde yerleşmiş olan masseter ve temporal kas ile daha derinde yerleşmiş olan iç pterygoid kastır.Çeneyi açan kaslar ağız tabanında yerleşmiş olup superiordan inferiora doğru geniohiyoid, milohiyoid ve digastrik kaslardır. Dış pterigoid kasın superior kısmı çeneyi açmada, inferior kısmı ise çeneyi kapamada görevlidir (4, 10).

2.2.1. Masseter Kas

Zygomatik arkten başlayıp alt çenenin ramusunun alt kısmına uzanan dikdörtgen şeklinde kastır. Derin ve yüzeysel olarak iki bölümden oluşur. Derin bölüm küçüktür. Yüzeysel bölüm ise derin bölümden daha büyüktür. Kasıldığında alt çeneyi geriye alır. Masseter kas etkin bir çiğneme sağlayacak şekilde güçlü bir kastır. Ayrıca yüzeysel lifleri alt çenenin ileri hareketine de yardımcı olabilir. Alt çene ileri götürülüp dişler sıkıldığında derin lifler kondili artiküler eminense doğru stabilize eder (4, 5).

2.2.2. Temporal Kas

Kafatasının yan tarafından ve temporal fossadan başlayıp zigomatik arka doğru birleşerek bir tendon oluşturan yelpaze şeklinde kastır ve bu tendon koronoid çıkıntıya bağlanır. Liflerinin yönüne göre üç farklı bölüm olarak incelenebilir. Ön bölüm dikey

lifler, orta bölüm kafatasının yan tarafında oblik olarak uzanan lifler ve arka bölüm neredeyse yatay liflerden oluşur. Temporal kas kasıldığında, alt çeneyi yukarı doğru kaldırır, belli bölümleri kasıldığında aktif olarak kasılan bölümün yönüne göre alt çene yönelir. Ön bölüm kasıldığında alt çene dikey olarak yukarı hareket eder, orta bölüm kasıldığında alt çeneyi kapatır ve geriye alır, arka bölümün fonksiyonu tartışmalıdır ancak bu bölüm kasıldığında alt çeneyi geriye alır. Temporal kasının tek taraflı olarak az miktardaki kontraksiyonu alt çenenin ipsilateral tarafa doğru olan deviasyonuna yardımcı olur (1, 11).

2.2.3. İç Pterygoid Kas

Pterygoid fossadan başlayıp aşağı ve geriye doğru giderek mandibular açının iç yüzeyine yapışır. İç pterygoid kasın lifleri kasıldığında alt çeneyi kapatır ayrıca alt çenenin öne hareketinde aktiftir. Tek taraflı kasılma alt çeneye mediotrusive hareket yaptırır (2, 11).

2.2.4. Dış Pterygoid Kas

Yorgunluğa dirençli bir kastır. Dış pterygoid kas, üst ve alt olmak üzere iki demete sahiptir ve bu demetler iki ayrı kas gibi fonksiyon görürler (1, 12).

Dış pterygoid kasın alt demeti; lateral pterygoid laminanın dış yüzünden başlayıp geriye, dışa ve yukarı ilerler oradan kondil boynuna tutunur. Çift taraflı kasıldığında kondilleri öne, tek taraflı kasıldığında ise mediale çeker. Ağzı açan kaslarla beraber kasıldığında, kondiller artiküler eminens boyunca aşağı ve öne kayar.

Dış pterygoid kasın üst demeti; büyük sfenoid kanadın infratemporal kenarından başlar, geriye ve dışa doğru horizontal olarak uzanır; eklem kapsülü, disk ve büyük

oranda kondil boynuna tutunur. Açılma esnasında inaktiftir, elevatör kaslarla beraber ve özellikle maksimum diş sıkma sırasında aktive olur, diski sabitler (1, 4, 5).

2.2.5. Digastrik Kas

Suprahiyoid kas grubuna dahil olan digastrik kasın, arka ve ön olmak üzere iki karnı vardır. Arka karın temporal kemiğin mastoid çıkıntısından başlar, öne ve aşağı ilerleyerek intermediat tendonu oluşturur ve hiyoid kemiğe tutunur. Ön karın ise mandibula semfizinden başlayıp geriye ve aşağı ilerler ve aynı intermediat tendona yapışır. Mandibula stabilize olursa, digastrik kas kasıldığında, hiyoid kemiği yukarı kaldırmaya ve yutkunma fonksiyonuna yardımcı olur. Hiyoid kemik sabit olduğunda ise, digastrik kas kasılırsa, mandibular aşağı hareket eder (5, 8).

2.2.6. Sternokleidomastoid Kas

Ön boyun kasıdır. Sternoklaviküler eklemden başlayıp, temporal kemiğin mastoid çıkıntısında sonlanır. Mandibular hareketleri sırasında basın stabilizasyonunu sağlar. Başın sağ ve sol hareketlerine yardımcı olur (1).

2.2.7. Trapez Kası

Arka boyun kaslarından. Yukarıda oksipital kemiğin dış yüzeyine, dış yanda lateral klavikulaya, akromion skapula ve spina skapulaya tutunur. Medialde ise boyun ve sırt omurlarına yapışır. Mandibular hareketleri sırasında başı stabilize eder. Başın sağ, sol ve geri hareketlerine; sırt ve omuz hareketlerine yardımcı olan geniş bir kastır. (1).

2.3. ÇENE EKLEMİ HAREKETLERİ

Temporomandibular eklem oldukça karmaşık bir eklemdir. İki eklem tek bir kemiğe hareket kazandırması, çiğneme sisteminin fonksiyonunu daha zor hale getirmektedir. TME fonksiyonu ve yapısı iki ayrı sistemden oluşmaktadır. İlk sistem kondil ve disk içerir. Diğer sistem ise bu yapılardan başka fossa yüzeyini de içerir. Kondil-disk kompleksi, sadece rotasyondan sorumludur. Kondil-disk kompleksinin fonksiyon yaptığı mandibular fossa yüzeyi ise translasyondan sorumludur. Rotasyon, artiküler diskin alt yüzeyi ve kondil arasında gerçekleşir. Kondiller menteşe ekseninde iken çene açılması sırasında, maksiler ve mandibular kesiciler arasında 25-30 mm'e kadar olan hareket, saf rotasyondur. Ağız açılmaya devam ettiği takdirde bu rotasyonel harekete kayma hareketi de eşlik eder. Hareket, kesiciler arası mesafe 40 – 60 mm olana kadar devam eder. Kondilin translasyonu ve rotasyonu eş zamanlıdır. Translasyon, artiküler diskin üst yüzeyi ile mandibular fossa arasında gerçekleşir (1, 4, 13).

2.4. TEMPOROMANDİBULAR EKLEM HASTALIKLARI

Çiğneme sistemi için zararlı olan etkenlerin, kişinin adaptasyon kapasitesini aştığı durumlarda (ekleme ve çevre dokulara gelen travmalar, malokluzyonlar ve parafonksiyonel aktiviteler, genetik ve gelişimsel yatkınlık, psikolojik gerilimler gibi) temporomandibular hastalıklar oluşmaktadır (14).

TMH'nin başlıca semptomları ise TME ve çiğneme kaslarında ağrı, mandibular hareketlerde patern değişikliği veya kısıtlılık, klik, krepitasyon, kulak ağrısı, baş ve boyun ağrısı, kulak çınlaması, baş dönmesidir. Ayrıca literatürde TMH'nin semptomları arasında kol ve parmaklarda uyuşukluk, bulanık görme ve yorgunluk hissi gibi semptomlarda raporlanmıştır (15).

Temporomandibular eklem travma, malokluzyonlar, parafonksiyonel alışkanlıklar gibi çiğneme sistemini bozabilecek olan etkenlere maruz kalması ile ortaya klinik bulgular çıkabilir (14). Ortaya çıkan bu bulgular temporomandibular hastalıklar (TMH) başlığı altında incelenmektedir.

2.4.1. Terminoloji

TME hastalıkları M.Ö. 3000 yıllarında Mısır'da "Mandibula disfonksiyonu" olarak bildirilmiştir. Daha sonra M.Ö. 348 yılında Hippocrates "Dişlerinde düzensizlik olan bir grup hastanın baş ve kulak ağrısından yakınmakta" olduğunu bildirmiştir (16, 17). Sonraki yıllarda temporomandibular eklemden ağrı ve disfonksiyon ilk kez 1930'larda Cooper tarafından tarif edilmiştir (18). 1934'te Costen kendi adı ile anılan ağrı, tinnitus, vertigo ve oksipital baş ağrıları ile karakterize bir sendrom tarif ederek nedenini mandibula kapanma bozukluğuna ve aurikulotemporal damarlar, sinir ve dış kulak yolu üzerindeki basınca bağlamıştır. 1955'te Schwartz TME sendromunda semptomların çiğneme kaslarında spazma bağlı olduğunu söyleyerek hastalığa TME ağrı disfonksiyon sendromu adını vermiş ve hastaların çoğunda psikolojik bozukluklar olduğuna dikkat çekmiştir (19). Daha sonraki yıllarda Laskin "Myofasial ağrı disfonksiyon" terimini önermiştir.

TME bölgesindeki ağrıya pek çok değişik isimler verilmiştir ve literatür incelendiğinde ortak bir terminoloji olmadığı görülür. Temporomandibular eklem sendromu, myofasial ağrı disfonksiyon sendromu, kraniomandibular disfonksiyon sendromu, disfonksiyonel temporomandibular eklem artrit, fasial artromyalji, temporomandibular eklem disfonksiyon sendromu, temporomandibular ağrı disfonksiyon sendromu gibi terimler benzer tabloları ifade etmek için çeşitli yazarlarca kullanılan terimlerdir (17, 20, 21).

2.4.2. Temporomandibular Hastalıkların Sınıflandırılması

Okeson tarafından (22). 1996'da temporomandibular rahatsızlıklar şu şekilde sınıflandırılmıştır.

1.Çiğneme Kası Rahatsızlıkları

- i) Koruyucu Kas Kasılması
- ii) Lokal Kas Ağrısı
- iii) Miyofasiyal Ağrı
- iv) Miyospazm
- v) Miyalji

2.Eklem İçi Düzensizlikler

- i) Kondil-Disk Kompleksi Düzensizlikleri
 - Fonksiyonel Disk Deplasmanı
 - Fonksiyonel Redüksiyonlu Disk Dislokasyonu
 - Fonksiyonel Redüksiyonsuz Disk Dislokasyonu
- ii) Artiküler Yüzeylerin Yapısal Yetersizliği
 - Şekil Değişimleri
 - ◆ Kondil
 - ◆ Disk
 - ◆ Fossa
 - Adezyon

- ◆ Disk-kondil arasında
- ◆ Disk-fossa arasında
- Subluksasyon
- Spontan Dislokasyon

3.İltihaplı Eklem Hastalıkları

- i)Sinovit/Kapsülit
- ii)Retrodiskit
- iii)Artrit
- Osteoartrit
- Osteoartroz
- Poliartrit
- iv)İlgili Dokuların İltihapsal Rahatsızlıkları
- Temporal tendinit
- Stilomandibular ligaman iltihabı

4.Kronik Mandibular Hipomobilité

- i)Ankiloz
- Fibröz
- Kemiksel
- ii)Kas Kontraktürü
- Miyostatik

➤ Miyofibrotik

iii) Koronoid Engelleme

5. Gelişimsel Eklem Rahatsızlıkları

i) Doğumsal ve Gelişimsel Kemik Rahatsızlıkları

➤ Agnezi

➤ Hipoplazi

➤ Hiperplazi

➤ Neoplazi

ii) Doğumsal ve Gelişimsel Kas Rahatsızlıkları

➤ Hipotrofi

➤ Hipertrofi

➤ Neoplazi

2.4.3. Çiğneme Kası Hastalıkları

Kas ağrıları tendonlar, kaslar ve fasyalardan kaynaklanabilir. Aşırı gerilmeler, uzun süre kuvvetli kasılmalar, iskemi, hiperemi, travma ve enflamasyonlar kas ağrılarının sebepleri olabilirler. Derin somatik ağrı sınıfına giren kas ağrıları, manuel palpasyona ve fonksiyonel hareketlere karşı duyarlıdır (1, 23, 24).

Kas kaynaklı ağrılar baş boyun bölgesi ağrıları içerisinde en sık rastlanan ağrı türüdür. İskelet kaslarından, tendonlardan ya da fasyalardan kaynaklanabilen bu ağrılar kısa süreli, inatçı, sabit, aralıklı veya tekrarlayan karakterde olabilir. Ağrılara eşlik eden disfonksiyonlar genellikle kasta gerginlik, sertlik, kısılma, şişme ve güçsüzlük olarak

hissedilir. Güçsüzlük hissi çiğneme sisteminden kaynaklanan ağrının proprioseptif geribildirim mekanizması aracılığıyla çiğneme kuvvetini %33 ile %50 oranlarında azaltması sebebiyle gelişmektedir (23, 25).

2.4.3.1. Koruyucu Kas Kasılması (Kas Splintlenmesi)

Normal fonksiyonu sekteye uğratan bir duruma karşı çiğneme kaslarının verdiği ilk tepki olan koruyucu kas kasılması çabuk çözülür; ancak durumun uzun sürmesi halinde kasta meydana gelen biyokimyasal değişiklikler lokal kas ağrısının başlamasına sebep olabilir. Çoğu günlük kas fonksiyonu sırasında da gözlenen kas kasılması, merkezi sinir sisteminin antagonist kas aktivitesini arttırması sonucunda gelişir. Okluzal değişiklikler tarafından da sıklıkla tetiklenebilen bu kasılmalar, yüksek yapılmış restorasyonlar sonucunda ağız kapatan kaslarda görülebilir. Elevatör kaslardaki bir koruyucu kasılma, ağız açma sırasında hissedilen gerginlik olarak algılanır. Duyusal veya proprioseptif uyarılardaki değişiklikler, sürekli devam eden derin ağrı, artmış duygusal stress koruyucu kas kasılmalarının etyolojik sebeplerindedir.

Klinikte mandibular hareketlerin hızında azalma, fonksiyonla birlikte gelişen ağrı, kasta güçsüzlük hissi görülürken istirahat sırasında ağrıya rastlanmaz (1, 5, 23).

2.4.3.2. Lokal Kas Ağrısı (Nonenflamatuar Miyalji)

Lokal kas ağrısı koruyucu kas kasılmasının uzun sürmesi, travma veya parafonksiyonel hareketler sonucunda kasta meydana gelen biyokimyasal değişiklikler sonrasında görülen ağrılı bir tablodur. Uzayan koruyucu kas kasılması sonucunda ağrının başlaması, mevcut kontraksiyonun daha da artmasına sebep olarak ağrı-spazm kısır döngüsünün oluşmasına sebep olabilir. Bu döngüde ağrının primer kaynağı ortadan

kalksa bile ağrı-spazm döngüsü devam edebilir. Klinik belirtileri koruyucu kas kasılması ile benzerdir. Bunlara ilave olarak palpasyonda hassasiyet mevcuttur (1, 5).

2.4.3.3. Miyospazm

Merkezi sinir sistemi kaynaklı istemsiz bir kas kontraksiyonudur. Kas içerisindeki liflerin tamamında aynı anda kasılma görülür. Sürekli derin ağrılı uyarılar, yorgunluk veya aşırı kullanım sonrasında kasta görülen lokal metabolik faktörler ve idyopatik mekanizmalar etyolojisini oluşturmaktadır. Hastanın hikayesinde, kasta sertlik hissi ile birlikte ani hareket kısıtlılığı vardır. İstirahat halinde ağrı mevcuttur ve fonksiyon ile artar. Palpasyonda ağrı ve kasta genel bir sertlik hissi söz konusudur.

Miyospazm tedavisi, ağrı kontrol altına alındıktan sonra kasa pasif germe uygulanması, masaj tekniklerinin kullanılması, soğutma ardından germe yöntemlerinin uygulanması ve etyolojik faktörün ortadan kaldırılmasına dayanır (1, 24).

2.4.3.4. Merkezi Kaynaklı Miyalji (Kronik Miyosit)

Merkezi sinir sistemi kaynaklı etkilerin periferik kaslarda görüldüğü kronik ve devamlı bir kas rahatsızlığıdır. Nörojenik enflamasyonlar sonrasında kas içerisinde uzun süre kalan allojenik maddeler sebebiyle geliştiği düşünülmektedir. Uzun süreli lokal kas ağrıları ve miyofasyal ağrı sonucunda görülme sıklığı artmaktadır. Kasın hareket hızı ve genliğinde ciddi azalma, istirahat halinde ağrı; bu ağrının fonksiyonla artması, yaygın kas sertliği ve palpasyona hassasiyet ile kendini gösterir. Uzun sürmesi halinde kasta atrofi, miyostatik veya miyofibrotik kontraktür gelişebilir (1).

2.4.3.5. Miyofasyal Ağrı Sendromu (Tetik Nokta Miyalji)

Miyofasyal Ağrı Sendromu, miyofasyal tetik noktaların sebep olduğu duyuşsal, motor ve otonom semptomlar olarak tanımlanmıştır. Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte ani yüklenme ile oluşun akut travma veya tekrarlayan mikrotravmalar başta olmak üzere, yorgunluk, sürekli lokal kas ağrısı, devamlı derin ağrının varlığı, artmış stres, uyku düzensizlikleri, postür bozukluğu ya da parafonksiyonel alışkanlıklar gibi lokal faktörler; hipovitaminoz, düşük fiziksel kondisyon, yorgunluk gibi sistemik faktörler miyofasyal ağrının gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir.

Rahatsızlığın primer bulgularından olan ağrı, istirahat halinde veya fonksiyon sırasında görülebilir ve çoğu zaman yansıyan karakterdedir. Etkenin olduğu yerden çok farklı yerlerde hissedilebilen bu ağrı hastayı ve hekimi yanlış yönlendirebilmektedir. Miyofasiyal ağrı sendromunda miyospazmdan farklı olarak kasın tamamında kontraksiyon gözlenmez. Kasılma, kas içindeki bir grup kas lifinde gerçekleşmektedir. (1, 24).

2.4.4. Eklem İçi Düzensizlikler

2.4.4.1. Kondil-Disk Kompleksi Düzensizlikleri

2.4.4.1.1.Fonksiyonel Disk Deplasmanı

Artiküler diskin yer değişiklikleri kondil disk kompleksi uyumsuzluklarında en sık karşılaşılan durumdur. Disk deplasmanları hem normal bireylerde hem de semptomatik bireylerde bulunabilir (25).

Retrodiskal laminanın deforme olması sebebiyle dış pterygoid kasın üst hüzmeleri diski kondil üzerinde anteriora doğru konumlandırır. Bu konumlanma sonucu kondil

yüzeyi ile sürekli temas halinde olan diskin posterior bandında incelme gerçekleşir. Bu durum diskin daha da öne kaymasına sebebiyet verebilir. Klinik tabloda ağrının eşlik etmediği “klik” sesi ile gözlenebilir (4, 25).

Disk düzensizliklerini açıklamak için bir çok etiyolojik faktör öne sürülmüştür. Bunlar travma, kronik kas hiperaktivitesi, ortopedik dengesizlik ve bruksizm olabilmektedir.

2.4.4.1.2.Fonksiyonel Redüksiyonlu Disk Dislokasyonu

Ağzın açılması esnasında disk ve kondil artikulasyona gelene kadar diskal, kollateral ligamentler ve inferior retrodiskal laminanın uzaması ile diskin arka kısmının incilmesi, diskin diskal boşluk boyunca kayması ve kondilin ön tarafında yer alması, maksimum ağız açıklığında ise disk ve kondilin normal ilişkiye gelmesi, ağzın tekrar kapatılması ile diskin önde kalması reduksiyonlu disk deplasmanı olarak adlandırılır (26).

Hasta uzun süreli klik hikayesinden ve arasıra çenesinin kilitlenip düzelmesinden bahseder. Klinik olarak belirgin karşılıklı “klik” mevcuttur. Ağrı eşlik etmeyebilir (4, 25).

2.4.4.1.3.Fonksiyonel Redüksiyonsuz Disk Dislokasyonu

Retrodiskal laminanın elastikliğinin yok olması sonucu disk, kondil tarafından tekrar yakalanması imkansız hale gelir. Disk yerine getirilemediği için kondilin ileri translasyonuna engel olur ve önde kalır. Ağız açıklığı 25-30 mm altındadır. Mandibular disloke olmuş diskin bulunduğu tarafa doğru defleksiyon gösterir. Sıklıkla ağrılıdır (4,25).

2.5. TEMPOROMANDİBULAR EKLEMİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

2.5.1. Geri Dönüşümlü Tedavi

- Hasta Eğitimi
- Fizik Tedavi
- Farmakolojik tedavi
- Okluzal splint tedavisi
- Psikoterapi
- Emosyonel Stres Tedavisi

2.5.2. Geri Dönüşümsüz Tedavi

- Okluzal tedavi
- Cerrahi tedavi

2.5.1.1. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, diş sıkma veya gıcırdatma gibi parafonksiyonel alışkanlıkların yapılmaması yönünde hastaya bilgi verilmesini içerir. Bu durumun anlatılması hastaları sıklıkla daha önce farkında olmadıkları mevcut alışkanlıkları konusunda harekete geçirir. Hastanın, farkında olmadığı parafonksiyonel alışkanlığını fark etmesi ve kontrol etmeye çalışması, tedavinin başarısına direkt yansiyacaktır. Buna ek olarak, hasta problemin anlatılması ile rahatlar (25).

2.5.1.2. Fizik Tedavi

Fizyoterapi temporomandibular eklem rahatsızlıklarında orofasial bölgedeki disfonksiyonun tedavisinde tercih edilen, basit, geri dönüşümlü, invaziv olmayan, orofasial bölgede ağrıyı kontrol etmede, kas tonusunu azaltmada ve TME fonksiyonunu iyileştirmede bir çok hastada etkili konservatif bir tedavidir. Genel olarak, fizyoterapinin kas-iskelet bozukluklarının çoğunun tedavisinde önemli rol oynadığı kabul edilir (27).

Fizik tedavi yöntemleri şunlardır;

- Masaj,
- Rotasyon, koordinasyon, germe egzersizleri,
- Fiziksel ajanların kullanımı (yüzeysel ve derin sıcak-soğuk uygulamaları),
- Fiziksel araçların kullanımı (transkutanöz elektriksel sinir uyarımı, iyontoforezis, düşük doz lazer uygulamaları),
- Transkutan sinir stimülasyonu (TENS),
- Ultrason,
- Akupunktur,
- Tetik noktası enjeksiyonu

(28).

2.5.1.3. Farmakolojik Tedavi

TMH ile ilişkili semptomların tedavisinde etkili bir metod olabilir ama ilaç tedavisi diğer tedavilerle kombine bir şekilde uygulandığı zaman iyi sonuçlar

vermektedir, tek başına yeterli değildir. TMH'nin tedavisinde sıklıkla kullanılan farmakolojik bileşikler; akut ağrılarda analjezikler ve kortikosteroidler, hem akut hem de kronik ağrılarda non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAI) ve kas gevşeticiler, kronik ağrılarda ise trisiklik antidepresanlardır (5).

2.5.1.4. Okluzal Splint Tedavisi

Oklüzal apareyler çiğneme sisteminin geçici olarak fonksiyonel ilişkilerini değiştiren geri dönüşümlü invaziv olmayan tedavi seçeneğidir. TMH'nin tedavisinde kullanılan splint tipleri; stabilizasyon splinti, ön konumlandırma splinti, ön ısırma plağı, posterior ısırma plağı, pivot splint ve yumuşak splinttir. Her bir splint tipinin etkili oldukları TMH rahatsızlık tipi farklıdır. Etkili bir tedavi için hastanın anamnezi, klinik muayenesi ve teşhisi göz önüne alınarak uygun splint seçilmelidir (29).

Kas relaksasyon splintleri olarak da adlandırılan okluzal splintler dişsel kapanışı geçici olarak değiştirip optimum bir okluzal ilişki sağlar; ayrıca kondiler pozisyonu değiştirerek eklemi daha stabil bir konuma getirir. Bu şekilde parafonksiyonel aktivitenin etkilerinin azalmasına yardımcı olur. Dikey boyutta meydana getirdikleri artışın, ağız kapatan kaslarda yarattığı gerilme sebebiyle postural kas aktivitesini azaltması ve hastanın böyle bir aparey kullandığında parafonksiyonel aktivitesinin farkına varması, apareyin plasebo etkisi ve merkezi sinir sistemine periferden ulaşan uyarıların değişmesi de semptomlarda azalmaya sebep olur. Bunların dışında mevcut semptomların günlük değişkenliği de aparey kullanan bireylerdeki şikayetlerin azalmasının sebebi olabilmektedir (1, 30).

Optimum oklüzyonu sağlayarak çiğneme basıncını tüm dişler üzerine dengeli olarak dağıttığından dolayı en çok uygulanan splint tipi sentrik ilişki splintidir. Sentrik

ilişki splinti; sentrik ilişki pozisyonunda tüm dişlerde eşit temaslar, lateral ve protruziv hareketlerde ise posterior diskluzyon sağlayarak ideal okluzal ilişki oluşturur (31).

2.5.1.5. Psikoterapi

Pek çok temporomandibular eklem hastasında belirgin bir organik etyoloji olmamasına rağmen bazı psikiyatrik semptomların varlığı dikkati psikolojik faktörlerin üzerine çeker. Hastanın kişilik özellikleri, emosyonel stres, depresyon, somatizasyon uzman psikologlar ve psikiyatristler tarafından değerlendirilmelidir (1).

TMH'nin anksiyete ve depresyonla ilişkisi geçmişte de ve günümüzde de ilgi çekici bir konu olmaya devam etmektedir. TMH'nin etiyolojisinin çok iyi anlaşılammış olması, ruhsal, davranışsal ve çevresel kökenli çok sayıda etkenin de araştırılmasını gündeme getirmiştir (1, 32).

2.5.1.6. Emosyonel Stres Tedavisi

Emosyonel stres tedavisinin ilk basamağı hastanın durumunun farkına varmasının sağlanmasıdır (1). Bu tedavi bruksizmi ya da kas rahatsızlığı olan hastalar için uygulanır. Çiğneme sistemi fonksiyonel bozukluğu veya orofasial ağrısı olan bir çok kişi bu problemler ile emosyonel stres arasındaki olası ilişkinin farkında değildir. Bu nedenle kas hiperaktivitesi olan hastalar, emosyonel stres ile hastalığın ilişkisi konusunda bilgilendirilmelidirler. Hastalar genellikle parafonksiyonel aktivitelerinin farkında değildirler, ayrıca bu alışkanlıklarının varlığını kabul etmezler, hayatlarındaki yüksek stres seviyesini de reddederler. Hastaların bunları kabul etmelerini sağlamak tedavinin ilk basamağıdır (1, 33).

İkinci basamak gönüllü kaçınmadır. Hasta kas hiperaktivitesi ve stres varlığının

farkında olduğunda tedaviye başlanabilir. Hastaya bu durumdan kaçınması tavsiye edilir. Hasta diş sıkma ve gıcırdatma alışkanlıklarının farkına vardığında bunları kontrol edebilir. Ancak bu alışkanlıklar hasta tarafından kontrol edilemiyorsa başka tedavilere geçilir. Stres faktöründen tamamen kaçınılamıyorsa faktörün süresi ve sıklığı azaltılmalıdır.

Üçüncüsü ise gevşeme tedavisidir. İki tip gevşeme tedavisi ile emosyonel stres seviyesi azaltılabilir. Bunlar aktif, pasif gevşeme tedavileridir (1, 34).

Emosyonel stres tedavisinde hipnoz, meditasyon tekniği ve yoga da kullanılabilir. Bu teknikler gevşemeyi arttırır ve emosyonel stres seviyesini ve kas hiperaktivitesine bağlı semptomları azaltabilirler (33, 34).

2.5.2.Geri Dönüşümsüz Tedavi

2.5.2.1. Okluzal Tedavi

Bu tedavide okluzal durum, mandibuler pozisyon veya her ikisi birden kalıcı olarak değiştirilir. Selektif mölleme ve restoratif prosedürler bu tedaviye örnektir (35).

2.5.2.2. Cerrahi Tedavi

Cerrahi girişimler artroskopi, kondilotomi ve diskin yeniden konumlandırılması veya diskektomi gibi açık cerrahi prosedürleri içerir. (35).

2.6. TEMPOROMANDİBULAR HASTALIKLARIN ETYOLOJİLERİ

Temporomandibular hastalıklar sıklıkla karşılaşılan sorun olmakla birlikte, ağrı ile çiğneme ya da konuşma işlevlerindeki sınırlanmalar hastaları tedavi aramaya zorlayan belirtilerdir. Temporomandibular eklem, ağrının gerçek kaynağı olabileceği gibi,

yansıyan ağrının (pulpitis, otitis media, parotitis, trigeminal nevralji vb.) yeri de olabilir (36).

Temporomandibular hastalıkların etiolojisinde bir çok faktör etkilidir. Travma, emosyonel stres, ortopedik dengesizlik ve kas hiperaktivitesi etiolojik faktörler arasında yer alır. Bu etiolojik faktörler aşağıda belirtildiği gibi sınıflandırılabilir (36).

- Travmatik etkenler
- Psikososyal etkenler
- Anatomik etkenler
- Fizyopatolojik faktörler

2.6.1. Travmatik Etkenler

Kondil disk düzensizliklerinin en önemli nedeni travmalardır. Bu travmalar makrotravma yada mikrotravma (parafonksiyonel alışkanlıklar ve ortopedik dengesizlik) şeklindedir (37).

2.6.2. Psikososyal Etkenler

Psikososyal etkenler temporomandibular hastalıklarda predispozan faktörler olarak kabul edilir. Anksiyete, depresyon ve emosyonel sorunlar genel sağlıkla birlikte temporomandibular eklemi de etkiler (38).

2.6.3. Anatomik Etkenler

Anatomik etkenler, disk düzensizliklerinde direkt etken olmayıp predispozan faktörlerdir. Artiküler eminensin dikliği anatomik etkenler arasındadır. Artiküler

eminensin posterior eğimi kişiden kişiye değişir ve düzlük derecesi kondil disk fonksiyonunu etkiler. Hastada düz bir eminens varsa, ağız açma sırasında diskin kondil üzerindeki posterior rotasyonu minimumdur. Diklik arttıkça disk ve kondil arasında kondilin kayma hareketi sırasında daha fazla rotasyonel hareket oluşur (39).

Kondil ve fossa anatomik yapısı daha geniş ve düz kondiller, kuvvetleri daha iyi dağıtırlar ve eklemde daha az yüke maruz kalmasına yol açarlar (1).

Ligamanların kollajen fibrillerinin özellikleri kişiden kişiye değişir dolayısıyla bazı eklemler diğerlerinden daha fazla gevşeklik gösterirler. Yapılan çalışmalar eklem gevşekliği olan kadınlarda TME rahatsızlığı insidansının yüksek olduğunu göstermiştir (40).

Superior lateral pterygoid kasın yapışması anatomik etkenlerden bir diğeridir. Superior lateral pterygoid kas ataçmanı artiküler disk ve kondil boynuna yapışır. Diske ve kondile yapışan ataçman miktarı değişkendir. Eğer kondile yapışan kas ataçmanı diskten daha fazla ise kasın disk pozisyonu üzerine olan etkisi daha az olacaktır. Bu anatomik fark bazı hastalarda neden disklerin daha kolay deplase olduğunu açıklayabilmektedir. (40).

2.6.4. Fizyopatolojik Faktörler

Dejeneratif, endokrin bozukluklar, infeksiyöz, metabolik hastalıklar, multiple skleroz, dejeneratif kas hastalıkları ve dejeneratif eklem hastalıkları (romatoid artrit, spondiloartritler), sistemik kemik ve kartilaj hastalıkları fizyopatolojik faktörleri oluşturur. Çeşitli sistemik faktörler TMH'lerde etiyolojik rol oynayabilirler. Kalıtsal durumlar predispozan factor olarak etkili olabilir. Diabet gibi sistemik hastalıklar, doku reaktivasyonunu etkiler. Bu faktörler diagnoz yanında tedaviyi de etkiler.

2.7. TEMPOROMANDİBULAR HASTALIKLARIN RUHSAL DURUM VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ETYOLOJİSİ

TMH'nin etiolojisinin çok iyi anlaşılammış olması, ruhsal, davranışsal ve çevresel kökenli çok sayıda etkenin de araştırılmasını gündeme getirmiştir.

Laskin'in TME sorunlarının oluşumunda emosyonel etkenlerin etkili olduğunu vurgulamasından sonra, TMH'deki psikolojik etkenler üzerine pek çok çalışma yapılmıştır (32).

Yapılan birçok çalışma sonucuna göre, TME işlev bozukluğu olan hastaların, belirti oluşumunda stresin ve bir dizi psikososyal, nöropsikolojik ya da bilişsel etkenin rol oynadığı belirtilmiştir (41, 42).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda TMH'nin oluşumunda, gelişiminde ve belirtilerin sürmesinde psikososyal etkenlerin önemli bir katkısının olduğu açıkça gösterilmiştir. Psikososyal etkenlerin etkisinin belirlenmesi araştırmacıları kişilik özelliklerinin belirlenmesine itmiş ve yapılan çalışmalarda kişilik özelliklerini belirlemek için kullanılan Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri (MMPI) ile TMH hastalarında kronik ağrı hastalarına benzer biçimde psikofizyolojik reaksiyon ve daha tutarlı olarak da "hipokondriazis, histeri ve depresyon" puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (43).

Paranoid, obsesif-kompulsif, histriyonik ve borderline kişilik bozuklukları TMH'ye en sık eşlik eden kişilik bozukluklarıdır. Ancak, TMH'ye özgü sayılabilecek kişilik özellikleri konusunda tutarlı veriler bulunmamaktadır. (44).

2.8. MİZAÇ VE KARAKTER

Mizaç, duygulara dayalı becerilerin ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında yatan duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerine karşılık gelmektedir. Karakter ise, kavramsal öğrenmeye dayanan sembolizasyon ve soyutlaştırma süreçlerine karşılık gelmektedir. Özgül olarak, mizaç ve karakter, iki tip bellek ve öğrenmeye (önermesel ve işlemsel) dayalı olarak kavramsallaştırılabilir. (45).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir (46). Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir.

Mizaç boyutları, yenilik, tehlike veya ceza ve ödüle yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Mizaç faktörlerinden biri, yenilik arayışı, yeniliğe yanıt olarak sık araştırmacı aktivite, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde aşırılık ve taşkınlık, çabuk kolay sinirlenme ve engellenmeden aktif kaçınma gibi davranışların etkinleşmesindeki veya başlamasındaki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. İkinci mizaç faktörü, zarardan kaçınma, gelecekte olabilecek sorunlar için kötümser endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi pasif kaçınan davranışlar ve kolayca yorulma gibi davranışların tetiklenmesinde veya durdurulmasındaki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Üçüncü mizaç faktörü, ödül bağımlılığı, kendini aşırı duygusallık, sosyal

bağlılık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi gösteren davranışların devamlılığı ve sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Önceleri ödül bağımlılığının bileşenlerinden biri olarak düşünülen, dördüncü mizaç faktörü, sebat etme, engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir.

Karakter, içgörü öğrenmesi ve kendimiz, diğer insanlar ve diğer nesnelere hakkındaki kavramlarımıza dayalı olarak, gönüllü hedefler ve değerlerdeki bireysel farklılıklara karşılık gelmektedir.

Kendilik kavramlarının üç yönü; bir kişinin kendini ne ölçüde bir otonom kişi (kendini yönetme), toplumun entegre bir parçası (İş birliği yapma) ve evrenin bütünleşmiş bir parçası (kendini aşma) olarak tanımladığına göre farklılaşmaktadır (47).

Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır. Cloninger'in kişilik kuramı psikometrik kişilik çalışmaları kadar, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarında elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur.

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), 240 maddeden oluşan 'doğru' ya da 'yanlış' şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir, zaman sınırlandırması yoktur, 20-30 dakikada doldurulabilir. Bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve replike edilmiştir. MKE içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. MKE'nin 125 maddeli kısa formu, 140 maddeli formu ve en yaygın olarak kullanılan 240 maddeli formu

mevcuttur (48).

MKE belirli dillere çevrilmiş, çeşitli kültürlerde geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir. Şu ana dek İsveççe, Hollandaca, Çekçe, Almanca, Fransızca, Japonca, İspanyolca, Polonyaca, Korece, Çince versiyonları geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri bildirilmiştir. MKE'nin Türkiye'ye kazandırılma işlemi 2001 yılında Samet Köse ve Kemal Sayar tarafından gerçekleştirilmiş ve bu versiyon Türkçe MKE olarak Cloninger tarafından onaylanmıştır (49).

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) önceden geliştirmiş kişilik modellerini kurumsal ve ampirik açıdan desteklerken, klinik kullanımdaki sınırlılıkları da ortadan kaldırmıştır (46, 48).

2.9. TEMPOROMANDİBULAR HASTALIKLARDA AĞRI VE AĞRININ PSİKOLOJİK DURUMLA İLİŞKİSİ

TMH'de en yaygın semptom ağrı olup hastalar genellikle ağrı nedeniyle tedavi arayışına girmektedirler (50). TMH saptanan hastalarda bildirilen ağrı, eklem rahatsızlığından kaynaklanabildiği gibi somato-psikolojik bir tablonun ya da ciddi bir psikiyatrik hastalığın semptomu da olabilir (38).

Miyofasiyal ağrının etyolojisi ve patofizyolojisi hala açık olmasa da Rolman ve Gillispie (51) ile Spilla ve ark (52) yaptıkları çalışmalarda TMH ve psikolojik etkenlerin (anksiyete, depresyon, somatizasyon) miyofasiyal ağrıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (53).

TMH'de en sık gözlenen semptomlar olan disfonksiyon ve ağrı hakkında kas disfonksiyonu ve eşlik eden ağrının daha çok stresle oluşan kas hiperaktivitesi sonucu olduğunu bildirmiştir (54).

Kronik stresin yinelenen kas hiperaktivitesine neden olduğu ve eklemi zedelediği ve zamanla da semptomatik hale geldiğini bilinmektedir. Yapılan son araştırmalar psikolojik etkenlerin karmaşık sonuçlar gsterdiğini belirtir. Hem fiziksel hem de psikolojik faktörlerin TMH'nin başlamasına ve devam etmesine katkıda bulunduğu ve bu etkenlerin ağrının algılanmasında kişisel farklılıklar oluşturduğu bildirilmiştir.

Stresin ağrının iletiminde ve algılanmasında rolü olan biyolojik süreçleri derinden etkileyebildiği ileri sürülmüştür. Uygun olmayan uyumsal yanıtlarının, bir 'uyum bozukluğu' oluşturabildiği ve kendi kendilerine ek bir stres yapıcı etken olarak etki gösterebildiğini de bildirmiştir. Değişen psikolojik durumların ağrı algılaması üzerine olan etkileri ve mekanizması ayrıntılı olarak incelenmiştir (44, 54).

TMH hastaları arasında kassal olanların daha fazla psikolojik bozukluk gösterdiğini belirten çalışmalar vardır. Kas kökenli ağrılarda psikolojik etkenlerin daha etkili olduğunu bildirmiştir. Kassal TMH olgularında psikolojik bozukluğuğun boyutunu belirleyen önemli etkenler ağrının lokalizasyonu ve dağılımıdır (43, 55)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. HASTALARIN SEÇİMİ

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz kliniğinde ilk muayenesi ve radyografi incelemeleri yapılarak temporomandibular hastalık ön tanısı konmuş yetişkin bireyler Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Çene Yüz Protezi Kliniğine yönlendirilmiştir. Çene Yüz Protezi Kliniğinde yapılan detaylı muayenelerden sonra temporomandibular hastalık semptomları olduğu belirlenen bireyler arasından araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun olanlar arasından seçim yapılmıştır. Bireyler çalışma hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilip gönüllü olmaya onam verdikten sonra çalışmaya dahil edilmişlerdir.

3.1.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak
- Okuma-yazma bilmek
- Son bir yıl içerisinde temporomandibular eklem tedavisi görmemiş olmak
- Herhangi bir medikal tedavi görmüyor olmak
- Psikiyatrik tedavi görmüyor olmak
- Hamile olmamak

3.1.2. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

- Çalışmaya onam vermemek
- Okur-yazar olmamak
- Muayene ve sorgulama sırasında refakatçi yardımına gereksinim duymak

- Bilinen bir bilişsel işlev bozukluğu ya da önemli yeti yitimi yaratan nörolojik veya dekompanse sistemik hastalığı olmak
- Son bir yıl içinde psikiyatrik tedavi görmüş veya halen görmekte olduğu saptanmış olmak

Araştırmaya, onam formunu (sayfa 105) imzalayarak katılmayı kabul eden toplam 298 birey dahil edilmiştir. Mizaç ve Karakter Envanterinin 230. sorusuna (Bu anket formunda çok yalan söyledim) “Hayır” cevabı veren ve araştırma dahil olma kriterlerini sağlayan 263 birey ile sürdürülmüştür. Dahil olmayı kabul eden bireylere sözlü ve yazılı olarak çalışmanın amacı ve bilime katkısı anlatılmış ve her bireye çalışma hakkında detaylı bilgi aktarılmıştır.

3.2. HASTA DEĞERLENDİRİLMESİ VE KLİNİK MUAYENE

Araştırmaya dahil olmayı kabul eden bireylere doldurulan formlar ve uygulanan skalalar şunlardır:

- Anamnez formu (sayfa 108)
- Visual Analog Skala (VAS) (sayfa 124)
- Mizaç ve karakter envanteri (sayfa 125)
- Temporomandibular hastalık için araştırma amaçlı tanı ölçekleri formu (TME/ATK) bölüm I (sayfa 109)
- Temporomandibular hastalık için araştırma amaçlı tanı ölçekleri formu (TME/ATK) bölüm II (sayfa 116)

3.2.1. Anamnez Formu

Hastaların genel değerlendirmelerinde sosyo-demografik bilgiler sorgulanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, mesleki bilgileri ,sistemik hastalıklar, geçirilmiş önemli hastalıklar, travma-kaza geçmişi, alkol ve sigara kullanımı kaydedilmiştir.

3.2.2. Visual Analog Skalası (VAS)

Akut ağrı değerlendirmesinin hasta tarafından skorlanması amacı ile VAS kullanılmıştır. VAS uygulanmadan önce hastanın postoperatif bir ağrısının ya da temporomandibular ağrısının dışında vücudunun herhangi bir yerinde şiddetli ağrısının olmaması ve bayanlarda mens döneminde bulunulmaması koşulu aranmıştır. Hastaya tek boyutlu ağrı skalasının yüz ifadesi tarafı gösterilmiş ve skala üzerindeki belirtme çubuğunu o an ağrıyı nasıl hissettiğine göre ilerletmesi istenmiştir. Hastanın yüz şeklinin arka tarafında bulunan rakamsal değer kayıt edilmiştir (56).

3.2.3. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

Hastaların kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için bireylere Mizaç ve Karakter Envanteri formu kullanılmıştır. Form hastaya teslim edilmiş ve sakin bir ortamda bizzat kendisi tarafından doldurulması istenmiştir.

3.2.4. Temporomandibular Hastalık için Araştırma Amaçlı Tanı Ölçekleri Formu

Bölüm 1 (TME/ATK Axiss 1)

Ağrı bilgi formu hastaya teslim edilmiş ve bizzat kendisi tarafından her soruda yalnız bir seçenek işaretlemesi istenerek doldurulması istenmiştir

3.2.5. Temporomandibular Hastalık için Araştırma Amaçlı Tanı Ölçekleri Formu

Bölüm 2 (TME/ATK Axiss II)

Muayene formu hasta koltuğa alınıp rahat bir şekilde oturması sağlandıktan sonra başı tetiyere dik olarak yaslanarak doldurulmuştur. Muayene ağız içi ve ağız dışı olmak üzere iki aşamalı olarak yapılmıştır. Bu muayene sonucunda hastalar iki ana gruba ayrılmıştır. Hastalar temporomandibular eklem içi düzensizliğe sahip olanlar ve kas rahatsızlığı olanlar olarak iki gruba ayrıldılar. Teşhis TME/ATK'ya göre yapıldı. Tüm hastaların muayeneleri Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Çene Yüz Protezi Kliniğinde TME/ATK'ya göre kalibre edilmiş tecrübeli doktorlar tarafından gerçekleştirildi.

Muayene formu doldurulurken her bir soru aşağıdaki şekilde doldurulmuştur:

1. Uygun cevap var ya da yok olarak belirlenip belirti olması durumunda 1 olmaması durumunda 0 olarak kayıt edilmiştir.

2. Eğer hastanın ağrılı bölge olarak gösterdiği yerin eklem veya kas olduğu açık değilse, mümkün olduğunca az basınç uygulanarak palpasyon yapılmış ve anatomik bölge doğru olarak belirlenmiştir.

Örneğin, hastanın eklemden bir ağrı olduğunu söylemesine rağmen, muayenede işaret edilen yerin kas olduğuna karar verildi ise ağrının yeri eklem değil kas olarak kaydedilmiştir.

3. Ağız açmada ağrı: Hastaya ağzını zorlanmadan açtığı anda ağrı hissedip hissetmediği sorulmuş ağrı var ise 1 yok ise 0 olarak kayıt edilmiştir.

4. Ağız açma yolu (genel yönlendirme): Hastaya çenesini rahat pozisyona getirmesi söylenmiştir. Baş parmak hastanın alt dudağının altına yerleştirildi, böylece alt dişlerin

görülmesi sağlandı. Bu orta hattaki sapmanın gözlenmesini kolaylaştırmaktadır. Hastaya ağrı hissetse bile ağzını açabildiği kadar açması söylenmiştir.

a) Düz: Açma boyunca belirgin bir deviasyon veya defleksiyon yok olarak kaydedilmiştir.

b) Sağa veya sola defleksiyon: Ağız maksimum açıldığında bir tarafa

doğru belirgin defleksiyon olduğu belirlenmiş, hastanın yüzünün hangi tarafına doğru deflekse olduğu belirlenmiş ve buna göre kayıt edilmiştir.

c) Sağa veya sola deviasyon: Maksimum ağız açma sırasında sağ veya sol tarafa fark edilir bir kayma kaydedilmiştir. Ancak maksimum yardımsız ağız açmaya ulaşmadan önce veya ulaşıldığı sırada alt çene orta çizgiye döner. Hastanın yüzünün hangi tarafına doğru deviasyon olduğu kayıt edilmiştir.

d) Diğer: Hastanın kademeli bir ağız açma yolu varsa (düzensiz atlayarak, düz ve ya devamlı olmayan) veya hasta yukarıda bahsedilenlerden farklı bir ağız açma yoluna sahipse bu şık işaretlenmiş ve ağız açma yolundaki düzensizlik ve sapmanın tipi belirtilmiştir. Eğer hasta birden fazla ağız açma yoluna

sahipse de bu kategori kullanılmış ve birden fazla diye yazılmıştır.

5. Lateral harekette ağrı: Hastaya çenesini az açmasını ve alt çenesini götürebildiği kadar önce sağa götürmesi söylenmiştir. Daha sonra bir müddet beklenmiş ve aynı hareketi sol tarafta tekrarlanması istenmiştir. Ağrının varlığı 1, yokluğu 0 olarak kayıt edilmiştir.

6. Protruzyonda ağrı: Hastadan alt çenesini az açması ve öne doğru götürmesi istenmiştir. (Çenenizi, rahatsızlık verse bile, öne doğru düz kaydırın, götürebildiğiniz kadar öne götürün denilmiştir). Eğer hastanın aşırı örtülü kapanışı varsa, üst kesici dişler

ile alt kesici dişler arasında çatışma olmaması için ağzın biraz daha fazla açılması istenmiştir. Böylece çatışma olmadan alt çenenin öne getirilmesi sağlanmıştır. Kasların ve eklem kapsülünün hassasiyetinin muayenesinde belirlenen bölge üzerine, işaret ve orta parmaklarının parmak ucu ile sadece belirli bir basınç ile bası uygulanmıştır.

Stabiliteyi sağlamak için diğer elle baş desteklenirken kaslar palpe edilmiştir. Hastanın alt çenesinin istirahat pozisyonunda olmasına ve dişlerin birbirine değmemesine dikkat edilmiştir. Sağ ve solda aynı kasların hassasiyeti ile ilgili net bir şey söyleyemeyenlerde sağ ve solda aynı anda palpasyon yapılarak karşılaştırma yapmaları sağlanmıştır. Kaslar pasif durumda iken palpasyon yapılmıştır. Doğru kas üzerinde olduğundan emin olmak gerektiğinde hastaya dişlerini sıkması ve serbest bırakması söylenmiştir. Söylenenlerin ışığında önce palpasyon yeri belirlenmiş ve ardından basınç uygulanmıştır. Maksimum hassasiyet bölgesi kişiden kişiye değişebildiği için, yerini belirlemek üzere aynı kas bölgesinde birçok yere basınç uygulamak özellikle önemlidir. Palpasyona başlamadan önce hastaya “muayenenin bundan sonraki bölümünde başınızın ve yüzünüzün belirli yerleri üzerinde basınç uygularken sizin ağrı veya basınç duyup duymadığınızı kayıt etmek istiyorum” cümlesi sözlü olarak ifade edilmiştir. Böylece palpasyon kişinin canını yakıyor mu (ağrılı mı) veya sadece basınç mı hissediyor tespit edilmiştir. Kaçamak, belirsiz cevaplar veya sadece basınç olduğunun söylenmesi durumunda ağrı “ağrı yok, sadece basınç” (0) olarak kaydedilmiştir. Hastanın cevapları refleksleri ile de kontrol edilmiştir.

3.3. Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması

3.3.1. Ağız Dışı Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması

Kasların yerini doğru tespit etmek için hastadan dişlerini sıkması ve serbest bırakması istenmiştir.

a) Temporalis (arka)

Kulağın arkasından kulağın üstüne doğru posterior lifler palpe edilmiştir.

Parmaklar hastanın alnına doğru yürütülmüştür.

b) Temporalis (orta)

Kaşın lateral kenarının yaklaşık 2 cm gerisindeki ki lifler palpe edilmiştir.

c) Temporalis (ön)

Zigomatik çıkıntının hemen yukarısında infratemporal fossanın üstündeki lifler palpe edilmiştir.

d) Masseterin başlangıcı

Masseterin başlangıç yeri TME'nin hemen 1cm üstünüde ve zigomatik arkın hemen altındaki alandır. Buradan öne, kasın sınırına doğru palpasyon yapılmıştır.

e) Masseterin gövdesi

Zigomatik çıkıntının hemen altından ve kasın ön sınırından başlayarak buradan aşağıya ve geriye alt çene köşesine doğru iki parmak genişliğinde bir alana palpasyon yapılmıştır.

f) Masseterin yapışma yeri

Alt çene köşesinin 1cm üstü ve önündeki alan palpe edilmiştir.

g) Arka mandibular bölge (stylohyoid / posterior digastrik)

Hastaya başını bir parça geriye götürmesi söylenmiştir. Sternokleidomastoid kasın yapışma yeri ile alt çenenin arka kenarı arasındaki bölge belirlenmiş, işaret ve orta parmaklar buraya konulduktan sonar içe ve yukarıya doğru (alt çenenin üzerine değil) yönlendirilmiş, alt çene köşesinin hemen iç ve arkasındaki alan palpe edilmiştir.

h) Mandibula altı bölgesi (medial pterygoid, suprahyoid, anterior digastrik)

Alt çenenin altında ve alt çene köşesinin 2cm önünde bir nokta tayin edilmiştir. Yukarıya alt çenenin iç yüzüne doğru palpasyon yapılmıştır. Eğer kişi bu bölgede çok fazla ağrı hissederse kişinin nodüller bir ağrıdan mı yoksa kas ağrısından mı söz ettiği belirlenip bu durum muayene formunda belirtilmiştir.

3.3.2. Ağız İçi Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması

Hastaya ağzının içindeki kaslara başınç uygulanacağı açıklandı.

a) Lateral Pterygoid Bölge

Hastaya ağzını açması ve muayene edilecek tarafa doğru çenesini

hareket ettirmesi söylenmiştir. “çenenizi bu elime doğru hareket ettiriniz” cümlesi sözlü olarak ifade edilmiştir. İşaret parmağı üst azıların üstünde alveol kretinin dış yan kısmına yerleştirilmiştir. Parmak geriye yukarıya ve içe doğru hareket ettirilmiştir. Palpasyon için işaret parmağı büyük geldiğinde serçe parmak kullanılmıştır.

b) Temporal Tendon

Lateral pterygoidin palpasyonu tamamlandıktan sonra işaret parmağı koronoid çıkıntıya doğru yana döndürülmüştür. Hastaya ağzını açması söylenmiş ve işaret parmağı yukarıya koronoid çıkıntının önüne hareket ettirilmiştir. Koronoid çıkıntının en üst kısmı palpe edilmiştir.

3.3.3. Temporomandibular Eklemin Palpasyon Bölgelerinin Tanımlanması

a) Lateral kutup

İşaret parmağı kulak tragusunun tam önüne ve hastanın ekleminin

üzerine yerleştirilmiştir. Hastaya ağzını, öne doğru kayan kondilin lateral kutbunu

hissedene kadar biraz açması söylenmiştir. Bir elle hastanın başı desteklenirken diğer elle palpe edilen yere başınç uygulanmıştır.

b) Posterior ataşman

Bu ataşman dış kulak yolundan palpe edilebilir. Hastanın kulakla ilgili bir şikayetinin olmadığı belirlendikten sonra, sağ serçe parmağı hastanın sol dış kulak yoluna, sol serçe parmağı hastanın sağ dış kulak yolu içine yerleştirilmiş, parmak uçları öne doğru yönlendirilmiştir. Hastaya ağzını biraz açması söylenmiştir. Parmak uçlarıyla eklem hareketinin daha iyi hissedilebilmesi için gerektiğinde ağzın geniş açılması istenmiştir. Sağ tarafa daha sonra sol tarafa sabit başınç uygulanmıştır. Bu sırada hastanın dişlerinin tamamıyla kapalı olmasına dikkat edilmiştir.

3.3.4. Temporomandibular Eklem Değerlendirmesi

Temporomandibuler eklem muayenesinde her iki eklemde palpasyonda ağrı, açma-kapama hareketlerinde ses, ağız açma şekilleri (düz, sağa/sola yönelen S deviyasyon, sağ/sol lateral deviyasyon) esas alınmıştır.

Ağız açmada izlenen yolun kontrolünde ve yana hareket miktarını ölçerken hasta koltuğa dik oturtulup fonksiyon esnasında hastanın tam karşısına geçilmiştir. Yana ve öne hareket miktarı orta hatta göre, işaretlenerek cetvel yardımıyla ölçülmüştür. Alt üst orta kesici dişlerin arasından geçen çizgiyi orta hat olarak belirleyip açma hareketleri sırasında alt-üst kesici dişlerde belirlenen noktalar tüm açma hareketi boyunca aynı hizayı koruyorsa düz, açma işlevinin herhangi bir safhasında sağa yada sola kayıp hafif S çizerek açmanın sonunda yine aynı hizaya geliyorsa sağa/sola S deviyasyon, açma hareketinin sonunda aynı hizaya gelmiyor ve orta hatta göre daha sağ yada solda konumlanıyorsa sağa/sola lateral deviyasyon olarak kaydedilmiştir.

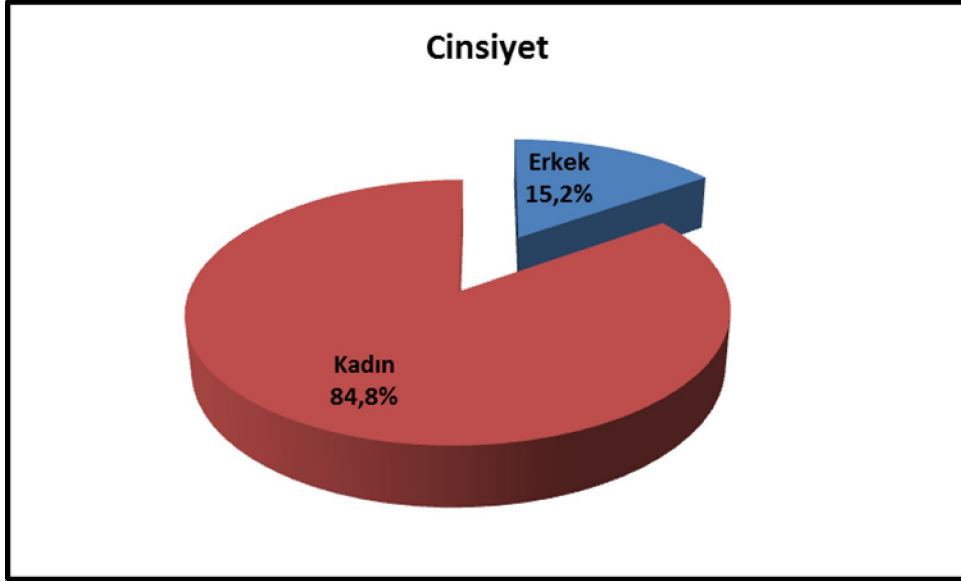
4. BULGULAR

Çalışma Eylül 2012-Eylül 2013 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Çene Yüz Protezi Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma 263 olgu ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1: Demografik özelliklerin Dağılımı

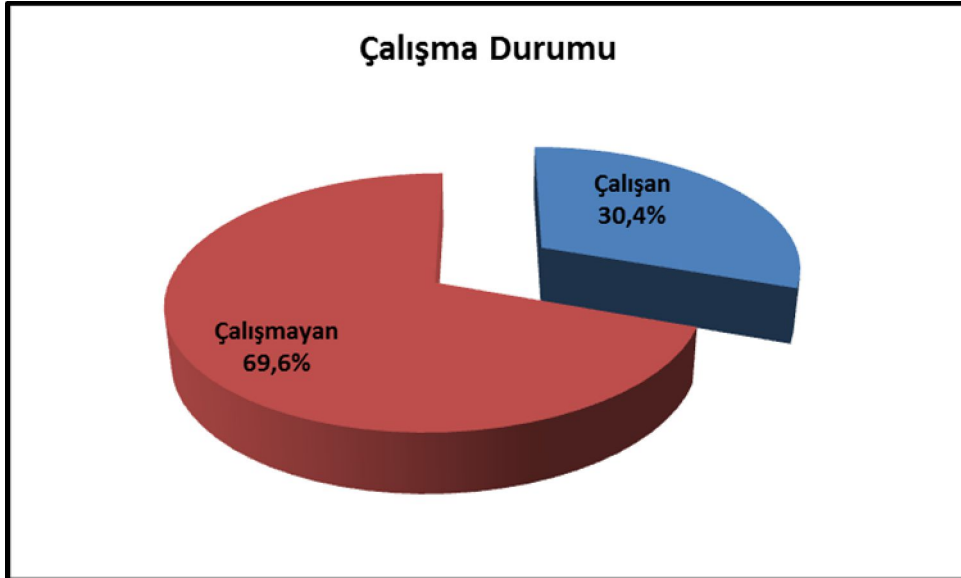
n=263		Min-Max	Ort±SS
Yaş (yıl)		14-68	33,43±12,27
		N	%
Cinsiyet	Kadın	223	84,8
	Erkek	40	15,2
Meslek	Çalışan	80	30,4
	Çalışmayan	183	69,6
Sistemik Hastalık	Yok	195	74,1
	Var	68	25,9

Olguların 223'ü (%84.8) kadın, 40'ı (%15.2) erkek olup, yaşları 14 ile 68 yıl arasında değişmekte ve ortalaması 33.43±12.27 yıldır.



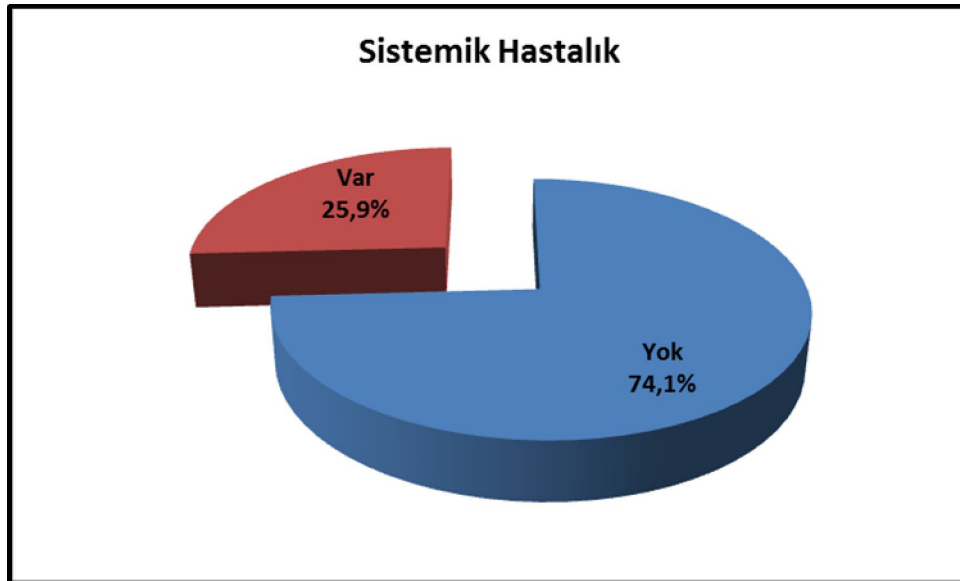
Şekil 1: Cinsiyet dağılımı

Olguların 80'si (%30.4) çalışmakta olup, 183'ü (%69.6) çalışmamaktadır.



Şekil 2: Çalışma durumu dağılımı

Olguların 195'inde (%74.1) sistemik hastalık görülmekte iken, 68'inde (%25.9) görülmemektedir.



Şekil 3: Sistemik hastalık dağılımı

Tablo 2: Ağrı Düzeyleri Dağılımı

n=263	Min-Max	Ort±SS	Medyan
VAS	0-10	4,77±2,87	5
Karakteristik Ağrı Şiddeti	0-100	52,77±25,64	56,6
Yetersizlik Skoru	0-100	29,91±30,23	20
Yetersizlik Puanı	0-120	30,27±32,13	20
Ağrının Dahil Olduğu Nonspesifik Fiziksel Semptomu	0-3,91	1,24±0,87	1
Ağrının Dahil Olmadığı Nonspesifik Fiziksel Semptomu	0-3,85	1,07±0,94	0,8
Depresyon	0-3,4	1,13±0,78	1

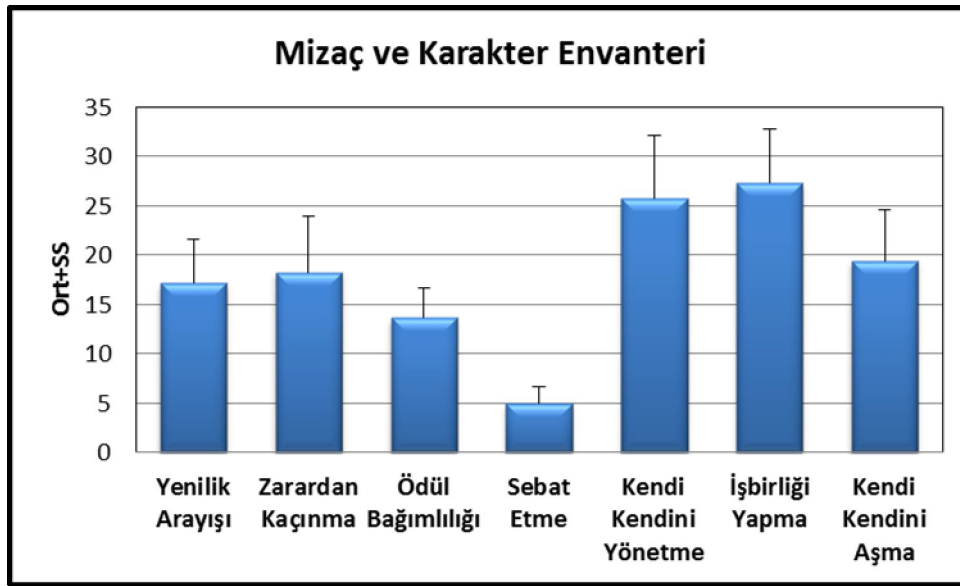
Tablo 3: TME/ATK Formu Dağılımı

n=263	n	%
TME Ağrısı	197	74,9
Ağız Açmada Sapma	103	39,2
Ağız Açmada Ağrı	99	37,6
Lateral Harekette Ağrı	143	54,4
Potrusiv Harekette Ağrı	99	37,6
Eklem Sesi	148	56,3
Temporal Ağrısı	131	49,8
Massater Ağrısı	145	55,1
Post Mandibular Ağrısı	113	43,0
Eklem İçi Düzensizlik	159	60,5
Bruksizm + Kas Problemi	88	33,5

Olguların 197'sinde (%74.9) TME ağrısı, 103'ünde (%39.2) ağız açmada sapma, 99'unda (%37.6) ağız açmada ağrı, 143'ünde (%54.4) lateral harekette ağrı, 99'unda (%37.6) potrusiv harekette ağrı, 148'inde (%56.3) eklem sesi, 131'inde (%49.8) temporal ağrısı, 145'inde (%55.1) massater ağrısı, 113'ünde (%43) post mandibular ağrısı, 159'unda (%60.5) eklem içi düzensizlik, 88'inde (%33.5) bruksizm + kas problemi görülmektedir.

Tablo 4: Mizaç ve Karakter Envanteri Puanlarının Dağılımı

Mizaç ve Karakter Envanteri (n=263)	Min-Max	Ort±SS	Medyan
Yenilik Arayışı	7-33	17,19±4,42	17
Zarardan Kaçınma	4-32	18,26±5,68	18
Ödül Bağımlılığı	1-24	13,65±3,04	14
Sebat Etme	1-8	5,03±1,71	5
Kendi Kendini Yönetme	8-42	25,72±6,44	25
İşbirliği Yapma	11-38	27,29±5,50	28
Kendi Kendini Aşma	5-30	19,46±5,21	19

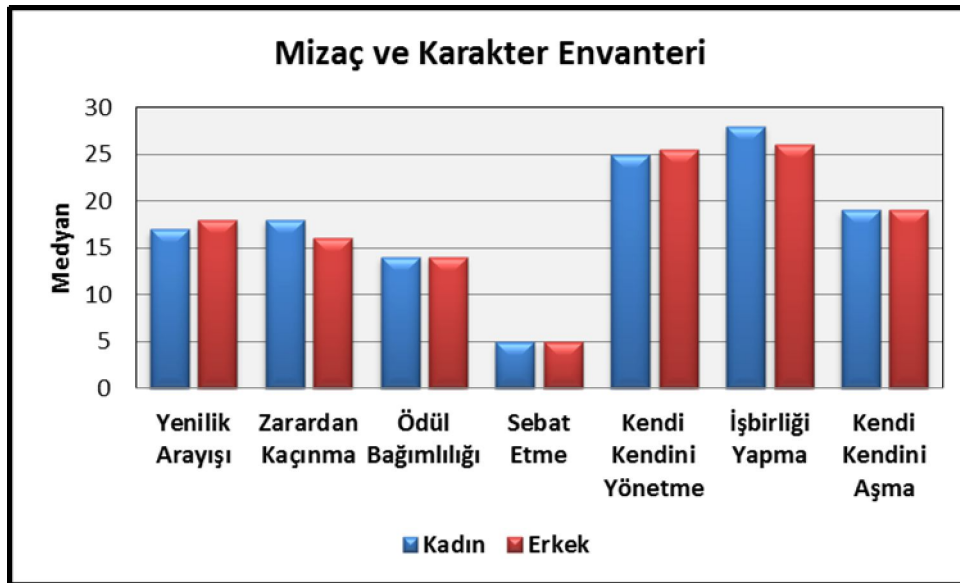
**Şekil 4: Mizaç ve Karakter Envanteri puanlarının dağılımı**

Tablo 5: Mizaç ve Karakter Envanterinin Cinsiyete Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Kadın (n=223)	Erkek (n=40)	P
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	16,93±4,24 (17)	18,63±5,12 (18)	0,068
Zarardan Kaçınma	18,48±5,70 (18)	17,03±5,47 (16)	0,104
Ödül Bağımlılığı	13,67±3,11 (14)	13,55±2,65 (14)	0,719
Sebat Etme	5,0±1,71 (5)	5,20±1,70 (5)	0,448
Kendi Kendini Yönetme	25,76±6,41 (25)	25,48±6,68 (25,5)	0,782
İşbirliği Yapma	27,58±5,43 (28)	25,65±5,65 (26)	0,045*
Kendi Kendini Aşma	19,59±5,10 (19)	18,70±5,77 (19)	0,388

Mann-Whitney U test kullanıldı *p<0.05

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme ve kendi kendini aşma puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte iken ($p>0.05$), işbirliği yapma puanı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).



Şekil 5: Cinsiyete göre Mizaç ve Karakter Envanteri puanları

Tablo 6: Mizaç ve Karakter Envanteri ile Yaş Arasındaki İlişki

Mizaç ve Karakter Envanteri	Yaş (n=263)	
	r	p
Yenilik Arayışı	-0,297	0,001**
Zarardan Kaçınma	0,089	0,148
Ödül Bağımlılığı	0,100	0,105
Sebat Etme	0,145	0,019*
Kendi Kendini Yönetme	0,080	0,195
İşbirliği Yapma	0,132	0,032*
Kendi Kendini Aşma	-0,052	0,398

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme ve kendi kendini aşma puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Yenilik arayışı puanı ile yaş arasında ters yönde %29.7 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$).

Sebat etme puanı ile yaş arasında aynı önde %14.5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

İşbirliği yapma puanı ile de yaş arasında aynı önde %13.2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 7: Mizaç ve Karakter Envanterinin Çalışma Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Çalışan (n=80)	Çalışmayan (n=183)	P
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,08±4,0 (17)	17,24±4,60 (17)	0,978
Zarardan Kaçınma	17,41±5,82 (17)	18,63±5,59 (18)	0,089
Ödül Bağımlılığı	13,56±3,32 (14)	13,69±2,92 (14)	0,772
Sebat Etme	5,23±1,78 (5)	4,95±1,68 (5)	0,264
Kendi Kendini Yönetme	25,59±6,75 (25)	25,78±6,32 (26)	0,849
İşbirliği Yapma	27,59±5,57 (29)	27,15±5,47 (28)	0,501
Kendi Kendini Aşma	19,69±5,48 (19)	19,36±5,10 (19)	0,788

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 8: Mizaç ve Karakter Envanterinin Sistemik Hastalık Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Sistemik Hastalık		p
	Yok (n=195)	Var (n=68)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,07±4,30 (17)	17,54±4,77 (17)	0,468
Zarardan Kaçınma	18,15±5,75 (18)	18,59±5,49 (17)	0,600
Ödül Bağımlılığı	13,81±3,01 (14)	13,19±3,10 (13)	0,242
Sebat Etme	5,10±1,62 (5)	4,82±1,93 (5)	0,360
Kendi Kendini Yönetme	25,71±6,63 (25)	25,75±5,89 (26)	0,917
İşbirliği Yapma	27,62±5,42 (29)	26,32±5,65 (26)	0,094
Kendi Kendini Aşma	19,54±5,25 (19)	19,21±5,10 (20)	0,952

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları sistemik hastalık görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 9: Mizaç ve Karakter Envanteri ile Ağrı Skorları Arasındaki İlişki

Mizaç Karakter Envanteri (n=263)	VAS	Karakteristik Ağrı Şiddeti	Yetersizlik Skoru	Yetersizlik Puanları	Ağrının	Ağrının	Depresyon
					Dahil Olduğu	Dahil Olmadığı	
					Nonspesifik Fiziksel Semptom	Nonspesifik Fiziksel Semptom	
					r	r	r
Yenilik Arayışı	-0,077	-0,089	-0,083	-0,070	-0,112	-0,102	-0,130*
Zarardan Kaçınma	-0,033	-0,040	0,034	0,032	0,092	0,059	0,212**
Ödül Bağımlılığı	0,029	0,077	-0,009	-0,010	-0,006	0,041	0,073
Sebat Etme	0,038	0,100	0,094	0,107	0,131*	0,126*	0,069
Kendi Kendini Yönetme	-0,004	0,054	-0,017	-0,036	-0,075	-0,106	-0,184**
İşbirliği Yapma	0,109	0,138*	0,074	0,057	0,045	0,057	-0,001
Kendi Kendini Aşma	0,143*	0,104	0,108	0,118	0,129	0,170**	0,192**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

* $p<0.05$

** $p<0.01$

Kendi kendini aşma puanı ile VAS arasında aynı yönde %14.3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

İşbirliği yapma puanı ile Karakteristik Ağrı Şiddeti skorları arasında aynı yönde %13.8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Sebat etme puanı ile Ağrının Dahil Olduğu Nonspesifik Fiziksel Semptom skorları arasında aynı yönde %13.1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Sebat etme puanı ile Ağrının Dahil Olmadığı Nonspesifik Fiziksel Semptom skorları arasında aynı yönde %12.6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

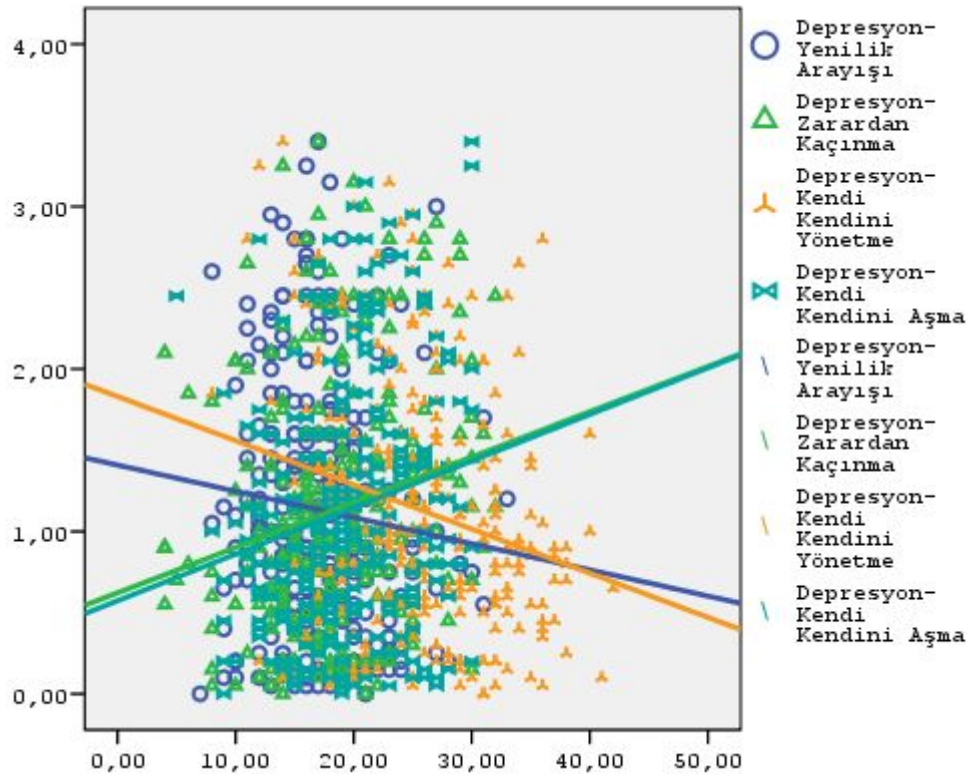
Kendi kendini aşma puanı ile Ağrının Dahil Olmadığı Nonspesifik Fiziksel Semptom skorları arasında aynı yönde %17 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).

Yenilik arayışı puanı ile depresyon skorları arasında ters yönde %13 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Zarardan kaçınma puanı ile depresyon skorları arasında aynı yönde %21.2 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).

Kendi kendini yönetme puanı ile depresyon skorları arasında aynı yönde %18.4 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).

Kendi kendini aşma puanı ile depresyon skorları arasında aynı yönde %19.2 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).



Şekil 6: Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, kendi kendini yönetme ve kendi kendini aşma puanlarının depresyon ile ilişkisi

Tablo 10: Mizaç ve Karakter Envanterinin TME Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	TME Ağrısı		p
	Yok (n=66)	Var (n=197)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,29±4,73 (17)	17,16±4,33 (17)	0,887
Zarardan Kaçınma	17,62±5,75 (17)	18,48±5,65 (18)	0,247
Ödül Bağımlılığı	13,27±3,04 (13)	13,78±3,04 (14)	0,084
Sebat Etme	4,88±1,70 (5)	5,08±1,72 (5)	0,393
Kendi Kendini Yönetme	26,38±7,23 (27)	25,5±6,16 (25)	0,327
İşbirliği Yapma	27,11±5,45 (29)	27,35±5,52 (28)	0,702
Kendi Kendini Aşma	18,76±5,43 (19)	19,69±5,12 (19)	0,248

Mann-Whitney U test kullanıldı

Tablo 11: Mizaç ve Karakter Envanterinin Ağız Açmada Sapma Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Ağız Açmada Sapma		p
	Yok (n=160)	Var (n=103)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,36±4,21 (17)	16,92±4,74 (17)	0,422
Zarardan Kaçınma	18,10±5,60 (18)	18,51±5,80 (18)	0,654
Ödül Bağımlılığı	13,89±2,71 (14)	13,28±3,48 (13)	0,249
Sebat Etme	5,04±1,69 (5)	5,02±1,75 (5)	0,950
Kendi Kendini Yönetme	25,53±6,52 (25)	26,01±6,34 (27)	0,410
İşbirliği Yapma	27,21±5,46 (27,5)	27,41±5,58 (28)	0,590
Kendi Kendini Aşma	19,68±5,04 (20)	19,11±5,46 (19)	0,377

Mann-Whitney U test kullanıldı

**p<0.05*

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları ağız açmada sapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 12: Mizaç ve Karakter Envanterinin Ağız Açmada Ağrı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Ağız Açmada Ağrı		p
	Yok (n=103)	Var (n=160)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,48±4,94 (17)	17,01±4,05 (17)	0,953
Zarardan Kaçınma	17,67±6,18 (17)	18,64±5,31 (18,5)	0,179
Ödül Bağımlılığı	13,77±2,93 (14)	13,58±3,12 (14)	0,772
Sebat Etme	5,11±1,71 (5)	4,98±1,71 (5)	0,598
Kendi Kendini Yönetme	26,36±6,86 (26)	25,31±6,14 (25)	0,259
İşbirliği Yapma	27,42±5,43 (29)	27,20±5,55 (28)	0,784
Kendi Kendini Aşma	19,29±5,30 (20)	19,56±5,16 (19)	0,717

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları ağız açmada ağrı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 13: Mizaç ve Karakter Envanterinin Lateral Harekette Ağrı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Lateral Harekette Ağrı		<i>p</i>
	Yok (n=120)	Var (n=143)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,39±4,74 (17)	17,02±4,15 (17)	0,701
Zarardan Kaçınma	18,22±5,63 (18)	18,30±5,73 (18)	0,757
Ödül Bağımlılığı	13,70±3,1 (14)	13,61±3,0 (14)	0,916
Sebat Etme	4,97±1,69 (5)	5,08±1,73 (5)	0,623
Kendi Kendini Yönetme	25,42±6,56 (25,5)	25,97±6,35 (25)	0,453
İşbirliği Yapma	26,88±5,61 (28)	27,62±5,39 (28)	0,344
Kendi Kendini Aşma	19,44±5,54 (19)	19,47±4,93 (19)	0,862

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları lateral harekette ağrı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 14: Mizaç ve Karakter Envanterinin Potrusiv Harekette Ağrı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Potrusiv Harekette Ağrı		p
	Yok (n=164)	Var (n=99)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,41±4,48 (17)	16,83±4,32 (17)	0,474
Zarardan Kaçınma	18,04±5,51 (18)	18,63±5,96 (18)	0,495
Ödül Bağımlılığı	13,69±2,98 (14)	13,59±3,15 (14)	0,690
Sebat Etme	5,12±1,7 (5)	4,88±1,72 (5)	0,242
Kendi Kendini Yönetme	25,97±6,5 (26)	25,3±6,35 (25)	0,425
İşbirliği Yapma	26,98±5,54 (28)	27,8±5,42 (29)	0,230
Kendi Kendini Aşma	19,18±5,24 (19)	19,91±5,14 (20)	0,298

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları potrusiv harekette ağrı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 15: Mizaç ve Karakter Envanterinin Eklem Sesine Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Eklem Sesi		p
	Yok (n=115)	Var (n=148)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	16,90±4,06 (17)	17,42±4,68 (17)	0,640
Zarardan Kaçınma	18,07±5,34 (18)	18,41±5,94 (18)	0,610
Ödül Bağımlılığı	14,09±3,27 (14)	13,31±2,81 (13)	0,011*
Sebat Etme	5,11±1,77 (5)	4,97±1,67 (5)	0,497
Kendi Kendini Yönetme	25,64±5,81 (26)	25,78±6,91 (25)	0,937
İşbirliği Yapma	27,42±5,67 (29)	27,18±5,37 (28)	0,625
Kendi Kendini Aşma	19,56±5,44 (19)	19,38±5,04 (19)	0,770

Mann-Whitney U test kullanıldı

**p<0.05*

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları eklem sesi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte iken ($p>0.05$), ödül bağımlılığı puanı eklem sesi görülmeyen olgularda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 16: Mizaç ve Karakter Envanterinin Temporal Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Temporal Ağrısı		<i>p</i>
	Yok (n=132)	Var (n=131)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	16,95±4,41 (17)	17,44±4,43 (17)	0,254
Zarardan Kaçınma	18,85±5,78 (18,5)	17,67±5,53 (17)	0,062
Ödül Bağımlılığı	13,64±3,29 (14)	13,66±2,78 (14)	0,852
Sebat Etme	5,05±1,73 (5)	5,02±1,7 (5)	0,896
Kendi Kendini Yönetme	25,3±6,44 (25)	26,14±6,44 (25)	0,382
İşbirliği Yapma	26,89±5,70 (27,5)	27,69±5,27 (28)	0,311
Kendi Kendini Aşma	19,21±5,43 (19)	19,70±4,98 (20)	0,441

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları temporal ağrısı görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 17: Mizaç ve Karakter Envanterinin Massater Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Massater Ağrısı		p
	Yok (n=118)	Var (n=145)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,23±4,66 (17)	17,16±4,23 (17)	0,648
Zarardan Kaçınma	18,80±6,03 (18,5)	17,83±5,35 (17)	0,124
Ödül Bağımlılığı	13,47±2,93 (14)	13,80±3,13 (14)	0,433
Sebat Etme	5,01±1,71 (5)	5,05±1,71 (5)	0,864
Kendi Kendini Yönetme	25,22±6,40 (25)	26,12±6,46 (26)	0,214
İşbirliği Yapma	26,91±5,27 (27)	27,59±5,67 (29)	0,242
Kendi Kendini Aşma	20,05±5,42 (20)	18,97±4,99 (19)	0,104

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları massater ağrısı görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 18: Mizaç ve Karakter Envanterinin Post Mandibular Ağrısı Görülme Durumuna Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Post Mandibular Ağrısı		p
	Yok (n=150)	Var (n=113)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,18±4,57 (17)	17,20±4,23 (17)	0,612
Zarardan Kaçınma	18,58±5,88 (18)	17,84±5,39 (17)	0,154
Ödül Bağımlılığı	13,70±3,19 (14)	13,58±2,85 (14)	0,891
Sebat Etme	5,08±1,74 (5)	4,96±1,67 (5)	0,674
Kendi Kendini Yönetme	25,55±6,61 (25,5)	25,94±6,23 (25)	0,676
İşbirliği Yapma	27,29±5,51 (28)	27,27±5,5 (28)	0,937
Kendi Kendini Aşma	19,53±5,25 (19)	19,36±5,17 (19)	0,912

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları post mandibular ağrısı görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 19: Mizaç ve Karakter Envanterinin Gruplara Göre Değerlendirmesi

Mizaç ve Karakter Envanteri	Grup		<i>p</i>
	Eklem İçi Düzensizlik (n=175)	Bruksizm + Kas Problemi (n=88)	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yenilik Arayışı	17,06±4,49 (17)	17,45±4,30 (17)	0,420
Zarardan Kaçınma	18,46±5,73 (18)	17,86±5,58 (17,5)	0,565
Ödül Bağımlılığı	13,67±2,86 (14)	13,61±3,38 (14)	0,783
Sebat Etme	4,97±1,75 (5)	5,16±1,63 (5)	0,467
Kendi Kendini Yönetme	26,04±6,45 (26)	25,08±6,40 (24)	0,136
İşbirliği Yapma	27,61±5,37 (29)	26,65±5,72 (27)	0,194
Kendi Kendini Aşma	19,15±5,09 (19)	20,07±5,40 (20)	0,147

Mann-Whitney U test kullanıldı

Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma puanları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Medyan) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız TMH'li hastalarda kişiliğin temel bileşeni, mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik modeli olan Mizaç ve Karakter envanterinin etkinliğini ölçmek için yapılmıştır. Çalışmamızda TMH şikayeti ile kliniğimize başvurmuş bireylerin mizaç ve karakter envanteri ile anamnez formu ve TME/ATK formu kıyaslanmıştır. Araştırmamızda hastaya yöneltilmiş soruların cevaplandırılması ile anamnez formu, klinikte hekim tarafından yapılan muayeneler sonucu doldurulmuş TME/ATK formu ve hastanın tek başına doldurduğu mizaç ve karakter envanteri formu sonucu elde edilen bulgular incelenmiştir.

Temporomandibular eklem (TME); insan vücudunda çiğneme, konuşma, yutkunma, ve ayrıca tat ve nefes alma gibi önemli fonksiyonları olan çiğneme sisteminin bir parçasıdır (1).

Temporomandibular hastalıklar, eklem ve destek yapılarını etkileyen kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından oluşan bir hastalık grubudur.

TMH'nin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, çene pozisyonu, biyomekanik etkenler ve okluzyon birçok araştırmacı tarafından etkili olarak bildirilmiştir. (57, 58, 59 ,60).

Ancak bunların tam tersini bildiren araştırmaların sayısı da az değildir (61, 62, 63, 64).

Bu faktörlerin yanı sıra bazı sistemik hastalıkların da TMH etyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. Laskin ve Okeson'un (1,6 5) belirttiği gibi Romatoid Artrit TMH oluşumunda etkili olduğu düşünülür. Bu yüzden çalışmamıza Romatoid Artritli bireyler dahil edilmemiştir. Romatoid artrit için önerilen medikasyonların VAS, Karakteristik Ağrı Şiddeti ve bunun gibi çalışmamızda incelediğimiz diğer

parametreleri etkileme ihtimalinden dolayı Romatoid Artirti olduğunu anamnez formunda belirten 3 hasta çalışmamıza dahil edilmemiştir. Çalışmamızda değerlendirdiğimiz diğer sistemik hastalıklardan hiçbiri TMH oluşumunda ve bireylerin çalışmamıza katılmasına engel teşkil edecek bir durum oluşturmamıştır.

TMH'nin semptomları ile ilgili birçok çalışma yapılmakla birlikte coğrafi ve kültürel farklılıklara endeksli olarak popülasyonlarda %6'dan %93'e kadar değişen prevalanslar bildirilmiştir. Ancak genel popülasyonun sadece %3.6-%7'sinin tedaviye ihtiyaç duyduğu tahmin edilmektedir (44). Genel olarak TMH'den etkilenen bireylerin popülasyondaki oranının ise %12 olduğu tahmin edilmektedir (54, 66, 67, 68, 69, 70, 71).

Bu çalışma genel popülasyon hakkında bilgi vermekten yoksundur. Çünkü, çalışmada TMH şikayeti ile üniversite hastanesine başvuran hastalar üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Çalışmamızın bulguları ancak diş hekimliği fakültesine başvuran hasta popülasyonu içerisinde değerlendirilebilir özelliktedir.

Temporomandibular hastalıklar çiğneme sistemi, baş, boyun ve yüzde rahatsızlıklar oluşturabilmektedir. Temporomandibular hastalıklar ile ilgili semptomlar değerlendirildiğinde TME bölgesinde ağrı, eklem sesleri, mandibular hareketlerde sınırlılık, kulak ağrısı, ve kulak çınlaması öne çıkan semptomlardandır. Bu semptomlara ek olarak, hastaların baş boyun bölgesinde ağrı, kol ve parmaklarda uyuşukluk, bulanık görme, yorgunluk ve baş dönmesi gibi semptomlar literatürde raporlanmıştır (15, 72, 73).

TMH'nin cinsiyete göre dağılımı birçok araştırmada incelenmiştir. Genel kanı TMH'nin bayanlarda daha sık görüldüğü yönündedir (66, 74, 75).

Hatta Godoy ve ark temporomandibular eklem disfonksiyonlarında cinsiyetin dental faktörlerden daha fazla etkili olabileceğini belirtmişlerdir (76). Bayanlarda erkeklere göre daha sık TMH görülmesi literatürde iki nedene bağlanmıştır. İlk görüş bayanlarda erkeklere göre ağrıya daha az tolerans, daha düşük ağrı eşiği görülmesi ve dolayısıyla ağrıya karşı daha duyarlı olmaları gösterilmektedir (77, 78, 79 ,80, 81, 82).

Kutilla ve ark. ile Gameiro'nun (54,83) çalışmalarının desteklediği diğer bir görüş ise bayanlarda daha sık TMH görülmesinin bayanların biyolojik, hormonal, psikolojik ve sosyal faktörlerin değişkenlerine dayandırmaktadır.

Bu görüşü daha detaylı olarak inceleyen Winocur ve ark. (84) adolesent kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek TMH ve semptomlarına sahip olmalarını kadınlardaki yüksek eklem laksitesinin neden olduğunu vurgulamışlardır. Bu yüksek laksitenin sebebi olarakta östrojen reseptörlerinin eklem ligamentlerinin metabolik fonksiyonları üzerine yaptığı stimülasyonlar gösterilmiştir.

Çalışmamızdaki olguların 223'ü (%84.8) kadın, 40'ı (%15.2) erkek olup, yaş ortalaması 33.43'tür. Bu bulgular literatürde hakim görüş olan kadınların erkeklere oranla daha yüksek TMH semptomlarına sahip olduğunu desteklemekle birlikte bazı çalışmalardan daha yüksek kadın/erkek oranına sahiptir.

Çalışmamızda cinsiyete göre mizaç ve karakter envanteri değerlendirildiğinde ise kadınların işbirliği yapma puanı erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların işbirliği yapmasının yüksek olması tedaviye başvuru oranlarının, kontrollere düzenli gelmelerinin ve/veya uygulanan tedaviye bakış açısıyla ilişkili olabileceğini ve dolayısıyla ortaya çıkan kadın/erkek oranının fazlalığını açıklamakta yardımcı olabilecektir.

TMH şikayetlerinin yaş ile olan ilişkisi literatürde birçok çalışmada araştırılmıştır. Levitt ve McKinney'in (85) 10.000 TMH vakasında yaptıkları çalışma sonucuna göre TMH prevalansı ve semptomları yaşlılar ile kıyaslandığında gençlerde daha fazla bulunmuştur. Ayrıca Schmitter ve ark (86) geriatric hastalarda yaptıkları çalışmalarında TMH semptomlarını gençlerde daha fazla raporlamışlardır. Tozoğlu ve ark (74) da bu iki çalışmayı desteklemiş ve çalışmalarında araştırdıkları TMH'li popülasyonun %91.8'ini 17-37 yaş aralığındaki bireylerden oluştuğunu belirtmişlerdir. Literatür taraması sonucunda 25-45 yaş aralığı TMH'nin en sık karşılaşıldığı dönem olarak belirtilmektedir (87, 88, 89).

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalaması literatürde en sık rastlanan 25-45 yaş aralığında olup, 33.43 ± 12.27 'dir ve çalışmamızdaki olguların yaş aralığı 18-68'dir. Bu verilere ek olarak çalışmamızda yaş ile mizaç ve karakter envanteri ayrıca incelenmiş yenilik arayışının, gençlerde istatistik olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$). Sebatsızlık ve iş birliği yapma ise gençlerde istatistik olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu özellikler gençlerde daha sık TMH semptomlarının belirlenmesinde ileri yaşlardaki kişilere oranla TMH tedavisine yönelik taleplerinin sınırlı kalabilme ihtimalini düşündürmektedir. Ayrıca hekim ile işbirliği konusu düşünüldüğünde yaş ilerlemiş bireylerin gençlere oranla daha işbirliğine yakın olduğu düşüncesi ortaya çıkmaktadır.

Temporomandibular eklem hastalıklarının en sık görülen semptomu ağrıdır. Ağrının lokalize olduğu alanların başında çiğneme kasları, preauriküler bölge ve/veya temporomandibular eklem gelir (90).

Temporomandibular hastalıklarda görülen ağrı ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Ülkemizde konuyla ilgili Ozan ve ark. (91), 2007 yılında yaptıkları

çalışmada en belirgin TMH semptomunun ağrı olduğunu vurgulamışlardır. 2008 yılında Tozoğlu ve ark (74) Erzurum ve çevresinde TME rahatsızlığı bulunan bireylerde yaptıkları retrospektif çalışmalarında bireylerin %88'inde ağrı semptomu bulduklarını ve en sık görülen semptomun ağrı olduğunu bildirmişlerdir.

Nekora-Azak ve ark (66) 2006 yılında yaptıkları kapsamlı TME araştırmalarında 18 yıl boyunca toplanmış verileri randomize olarak değerlendirmişler ve 1253 bireyin %31'inde ağrı varlığını saptamışlardır. Ayrıca Özdemir-Karataş ve ark (75) 2013 yılında yayınladıkları çalışmalarında TME hastalıkları olan bireylerin %64.9'unda kas %31.8'inde eklem ağrısı tespit etmiş ve hastaların %27.3'ünde ise hem kas hemde eklem ağrısı tespit etmişlerdir.

Ağrı dışındaki semptomlar incelendiğinde Jagger ve Wood'un (92) Suudi Arabistan popülasyonunda yaptıkları çalışmada eklem sesi en belirgin semptom olarak bildirilmiştir. Bu görüşe literatürde sık olarak karşılaşılmamakla birlikte incelenen popülasyonun sosyo-kültürel farklılığı semptomlarda etkin rol oynadığını düşündürmektedir.

Çalışmamız sonuçları literatürü destekler nitelikte olup ağrı olgular arasında en çok görülen semptom olarak kaydedilmiştir. Ağrıların lokalizasyonu değerlendirildiğinde olguların %74.9'u TME ağrısı, %49.8'inde temporal kas ağrısı, %55.1'inde massater kas ağrısı belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda eklem sesi olguların %56.3'ünde görülerek ağrıdan sonra en sık görülen ikinci semptom olarak saptanmış ve olgularımızın %39.2'sinde ağız açmada sapma belirlenmiştir. Bu sonuçlar oluşturulan çalışma grubunun temporomandibular hastalıklarından şikayet eden hasta grubunu yansıttığını göstermektedir.

Çalışmamızda çene hareketleri esnasında ise ağrı sırasıyla lateral harekette % 54.4 olguda ağız açmada ve protrusiv harekette ağrı ise çalışma popülasyonunun %37.6'sında kaydedilmiştir.

Ağrı literatürde çok geniş kapsamlı olarak incelenmiş bir semptomdur. TMH'de görülen ağrı birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. TMH saptanan hastalarda görülen ağrı, eklem rahatsızlığından kaynaklanabileceği gibi Manfredini ve ark (38) belirttiği gibi psikolojik etkenlerin neden olabildiği bir semptom olarak karşımıza çıkabilir. .

DeLeeuw ve arkadaşları (93) kas disfonksiyonu ve eşlik eden ağrının daha çok stresle oluşan kas hiperaktivitesi sonucu olduğunu bildirmişlerdir. Gameiro G.H ve ark.'nın (54) araştırmaları sonucunda hem fiziksel hem de psikolojik faktörlerin TMH'nin etyolojisinde rol aldığı ve bu etkenlerin ağrının algılanmasında kişisel farklılıklar oluşturduğu göstermişlerdir.

Rollman GB ve Gillispie JM, Spilla K ve ark., Huang GJ ve ark., Rammelsberg P ve ark. , ve Rantala MAI ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda, TMH ve psikolojik etkenlerin (anksiyete, depresyon, somatizasyon) miyofasyal ağrıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (51, 52, 94, 95, 96).

Çalışmamızda ağrı skorları mizaç ve karakter envanteri ile karşılaştırıldığında depresyon alt başlığında Yenilik arayışı puanı ile depresyon skorları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca zarardan kaçınma, kendi kendini yönetme ve kendi kendini aşma alt başlık puanları ile depresyon skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$). Bu sonuçlar daha önce yapılmış çalışmalara paralellik göstermekte ve ağrı ile depresyon arasındaki korelasyonu belirleyici olmaktadır.

Auerbach S. M. ve ark.'nın (97) yaptıkları çalışma sonucu TMH hastaları arasında kassal ağrının daha fazla psikolojik bozukluk gösterdiğini belirtmiştir ve literatürde bu görüşü destekleyen birçok çalışma mevcuttur (43, 98, 99).

Çalışmamızın önemli sonuçlarından biri olarak ağrı ile mizaç ve karakter envanteri arasındaki korelasyonun sonucu görülmektedir.

VAS skorları ile mizaç ve karakter envanteri karşılaştırıldığında kendi kendini aşma alt başlık puanları ile VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Ayrıca işbirliği yapma puanları ile Karakteristik Ağrı Şiddeti skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) bulunmuştur ki bu durum işbirliği ve kendi kendini aşma alt başlığının bireyin ağrı skorları üzerinde etkisini ortaya çıkarmaktadır. Bu sonuçlar her ne kadar istatistiki anlamlı bulunsada kendi kendini aşma puanlarının ağrı- mizaç ve karakter envanteri incelemesi başlığı altında sadece VAS'ta anlamlı sonuç vermesi tarafımızca VAS testini kişilik özellikleri ile kıyaslamakta tartışmalı kılmaktadır.

TMH'nin anksiyete ve depresyonla ilişkisi geçmişte de ve günümüzde de ilgi çekici bir konu olmaya devam etmektedir. TMH'nin etiyolojisinin çok iyi anlaşılammış olması, ruhsal, davranışsal ve çevresel kökenli çok sayıda etkenin de araştırılmasını gündeme getirmiştir. Laskin'in 1969 yılında (32) TME sorunlarının oluşumunda emosyonel etkenlerin etkili olduğunu vurgulamasından sonra, TMH'deki psikolojik etkenler üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda TME rahatsızlıkları görülen bireylerde stres, psikososyal, nöropsikolojik ya da bilişsel etkenin yanısıra, anksiyete, depresyon ve somatizasyon gibi psikiyatrik durumların

TMH'lerde etkili olduğu bildirilmiştir (41, 42, 44, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109).

Marbach JJ ve Lund P ile Moss RA ve Adams HE (110,111) gibi kimi araştırmacılar 1980'lerin başlarında yaptıkları çalışmalarda TMH hastalarıyla kontrol grubu arasında psikolojik özellikler açısından bir farklılık bulmazken, Gallagher RM ve ark, Gerschman JA ve ark, Marbach JJ ve ark' nın aralarında (112,113,114) bulunduğu araştırmacılar farklı zamanlarda TMH hastalarında yüksek depresyon oranları olduğunu bildirmişler ve TMH ile psikosomatik durumlar arasında bir korelasyon olabileceğini vurgulamışlardır.

Psikolojik etkenlerin TMH üzerinde etkisi literatürde tartışmalı olmakla birlikte, genel kanı psikolojik etkenlerin kronik TMH ağrısını arttırdığı yönündedir. Bazı araştırmacılar Faucett JA ve ark. , McKinney MW ve ark. , Mongini F, (80,115,116) psikolojik etkenlerin TMH üzerine herhangi bir etkisi olmadığı savını yaptıkları çalışmalar sonucunda savunurken Greene, Okeson, McNeill, Suvinen ve Reade, Dworkin ve Suvinen, LeResche, Grzesiak, Friction, Schnurr ve ark. , McCreary ve ark. , Gamsa, Garafalo ve ark. , Rollman ve Gillespie, Sipila ve ark ile Jones ve ark. 'larının yaptıkları çalışmalarda ise TMH'nin anlaşılmasında da psikolojik ve psikososyal etkenlerin önemli olduğu bildirilmiştir (35, 51, 52, 55, 60, 98, 101, 102, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123).

Wright ve ark, (106) TMH ile psikososyoloji arasındaki ilişkiyi incelemiş ve TMH'nin oluşumunda psikososyal faktörlerin etkinliğini belirlemişlerdir. Yine bazı çalışmalarda TMH'si bulunan bireylerin psikososyal durumları açısından kişilik özellikleri mercek altına alınmıştır (124). Yapılan çalışmalarda kişilik özelliklerini belirlemek için kullanılan Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri (MMPI) ile THR

hastalarında kronik ağrı hastalarına benzer biçimde psikofizyolojik reaksiyon (124,125,126) ve daha tutarlı olarak da hipokondriazis, histeri ve depresyon puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (125,126,128)

Southwell ve ark, Palagema ve ark (127,128) yapmış oldukları çalışmalarda Eysenck Kişilik Sorgusu ve NEO Kişilik Envanteri ile bireylerdeki TMH ile kişilik envanterleri arasında ilişkilerini değerlendirmiş olup çalışmaların sonucunda nevroitiklik, içe dönüklük puanlarının sağlıklı bireylerden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ferrando ve ark (129) 2004 yılında yaptıkları çalışma ile bu iki çalışmayı desteklemiş ayrıca TMH hastalarında depresyon puanlarında sağlıklı bireylerden yüksek olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda TMH'li hastaların depresyon değerleri Mizaç ve karakter envanteri puanları ile karşılaştırılmış ve yenilik arayışı ile depresyon skorları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca zarardan kaçınma, kendi kendini yönetme ve kendi kendini aşma ile depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Bu sonuçlar doğrultusunda TMH problemleri olan hastaların depresyon düzeylerine kişilik özelliklerinin katkısı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu sonuçlar, TMH tedavisinin multidisipliner bir tedavi yöntemi olması gerekliliğini ve her kişiye ayrı bir pencereden bakılması ve tedavinin bireyin kişilik özelliklerinin de göz önünde tutulduğu kişiye özel tedavi planlaması yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmamız sonucunda depresyonun TMH'nin etyolojisi ve tedavisinde kesin olarak etkin bir role sahip olduğunu vurgulamak yanlış olacaktır. Depresyon gibi uzun süreli izlenmesi gereken bir psikolojik rahatsızlığın değerlendirmeleri de uzun süreli olmalıdır. Çalışmamızdaki depresyon puanlarının yüksek olması TMH hastalarının

psikiyatrik muayene ihtiyacını gözler önüne sermekle birlikte depresyonun TMH üzerine primer etkisinin varlığı ancak depresif hastalar üzerinde yapılacak yüksek katılımlı TMH araştırmaları sonucu ile değerlendirilebilir.

Bireyin kişilik özelliklerini değerlendirmek için ilk olarak Cloninger ve ark. (48) tarafından oluşturulan ve daha sonra Köse ve ark (49) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş Mizaç ve Karakter Envanteri formuda Temporomandibular bozukluğu olan bireylerde uygulanmıştır.

Darcan ve ark.'nın (130) Mizaç ve Kişilik Envanteri (MKE) kullanılarak yaptıkları çalışmada sağlıklı kontroller ile TMH saptanan hastalar arasında mizaç boyutunun yenilik arama skorları ile zarardan kaçma skorlarının hasta grubu ile sağlıklı bireyler kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı boyutlarda daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kendini yönetme skorları ile işbirliği yapma skorlarının hasta grubu ile sağlıklı bireyler kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı boyutlarda daha düşük bulunduğu bildirilmiştir.

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve karakter envanteri 240 maddeden oluşan 'doğru' yada 'yanlış' şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve replike edilmiştir (48).

Bu envanter Türkçe haricinde İsveççe, Hollandaca, Çekçe, Almanca, Fransızca, Japonca, İşpanyolca, Polonyaca, Korece, Çince versiyonları geliştirilmiş ve bu ülkelerde yapılan psikometrik özellikler bildirilmiştir (131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141).

Çalışmamızda elde edilen mizaç ve karakter envanteri sonuçları daha önce Köse

ve ark.'nın (49) yapmış oldukları çalışma sonuçlarına bazı alt başlıklarda benzerlik göstermekte bazı alt başlıklarda ise farklılıklar göstermektedir. Köse ve ark. (49) 2004 yılında mizaç ve karakter envanterinin Türkçe'ye çevrildiği, çalışmalarında hayatlarının hiçbir döneminde ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi görmemiş 683 denekte geçerlilik ve güvenirliliğinin belirlemiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre yenilik arayışı ortalaması 17,19 olarak bulunmuşken, Köse ve ark.'nın (49) çalışmalarında bu sonuç 19,5 olarak bulunmuştur. Bunun haricinde Zarardan kaçma ortalaması çalışmamızda 18,26 olarak bulunmuşken bu oran Köse ve ark.'nın (49) çalışmasında 16,8 olarak bulunmuştur. Kendini yönetme ortalaması çalışmamızda 25 iken Köse ve ark.'nın çalışmasında 29.1 olarak bulunmuştur. Ödül bağımlılığı, sebat etme, işbirliği yapma, kendini aşma ortalamaları ise çalışmamızda sırasıyla 14, 5, 28 ve 19 olarak bulunmuş ve bu oranlar Köse ve ark. (49) çalışmalarında 14.1, 4.8, 29,4 ve 18,6 olarak bulunmuştur. Bulgulardaki farklılıklar çalışmamızda popülasyonumuzu TMH hastalarının, Köse ve ark çalışmasındaki popülasyonun ise sağlıklı bireylerden oluşması olarak değerlendirilebilir. Her ne kadar çalışmamızda TMH'si olan hastalar üzerinden bu sonuçlara ulaştıkta, çalışmamız verilerinin Türk popülasyonu ile çok büyük farklılıklar içermediği gözlemlenmektedir. Ayrıca Cloninger'in (47) Amerikan popülasyon verileri ile çalışmamız kıyaslandığında arada farklılıklar gözlemlenmekte ve bu farklılıklar Cloninger'in alışveriş merkezine gelen sağlıklı bireylerden oluşturduğu popülasyonu ile bizim üniversite hastanesine rahatsızlığından dolayı başvuran hastalardan oluşturduğumuz popülasyonumuzdan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda gözden kaçmaması gereken bir diğer konu ise ödül bağımlılığının eklem sesi görülen bireylerde anlamlı derecede yüksek bulunmasıdır. Bu durum ödül bağımlılığının TMH semptomları üzerine etkisini düşündürse de TME ağrısı, ağız açmada ağrı gibi benzer durumlarda anlamlı sonuç çıkmaması konu ile ilgili daha

detaylı çalışmalara ihtiyaç duyulmasına teşvik etmektedir.

TMH hastalarında kesin bir psikolojik profil tanımlanmasa da anksiyete, depresyon ve somatizasyonda artışlar olduğu bildirilmiştir (142). Ayrıca bazı çalışma sonuçlarına göre kas ağrısı olan hastaların eklem içi düzensizlik görülen hastalara oranla daha yüksek psikopatolojik özelliklere sahip olduğu literatürde bildirilmiştir (97, 99).

Pallegama ve ark. , Carlson CR ve ark. , Velly AM ve ark., Lindroth JE ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmalarda kassal TMH hastalarındaki anksiyete değerlerinin diğer TMH hastalarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (128, 143, 144, 145).

Çalışmamızda Temporomandibuler eklem içi rahatsızlık belirlenmiş hastalar ile kassal TMH’si olan hastalar arasında mizaç ve karakter envanterinde anlamlı herhangi bir farka rastlanmamış olup çalışmamız bu konuda literatürü desteklememektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin tedavi öncesi kişiliğin temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik modeli olan Mizaç ve Karakter envanteri değerleri ölçülmüştür. Sadece teşhis sonrasında yapılan bu değerlendirme çalışmamızın bir kısıtlaması olarak değerlendirilebilir. Fakat bu çalışmadaki amacımız TMH şikayeti ile kliniğimize başvuran hastaların eklem semptomları ve kişilik analizi değerlendirilmelerini saptamak olduğundan konu ile ilgili ileride tedavi öncesi ve sonrasında TMH şikayeti olan hastaların psikosomatik durumlarını da kıyaslayacak çalışmalar bizim çalışmamıza daha geniş perspektif kazandırabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre kişilik bozuklukları TMH’nin sürmesinde ve kronikleşmesinde bir etken olabileceğini düşündürmektedir.

Temporomandibular hastalıklarının tanı ve tedavisi çok geniş kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. Genellikle bireylerde oluşan semptom ağız, diş, çene gibi diş

hekimlerinin etki alanına giren durumlar olarak değerlendirildiğinden, bireyler bu tanı ve tedavi için ilk olarak diş hekimlerine başvurmaktadır. Fakat bu rahatsızlıklar multidisipliner yaklaşımları gerektirmektedir. Hastalardan alınacak detaylı anamnez, hastanın şikayetlerinin nasıl ve zaman başladığına, olası travma, stres, diş tedavisi hikayelerini içermeli ve hastanın detaylı olarak hem ağız içi dental muayenesini hemde çene ve kas yapılarının detaylı muayenesini kapsamalıdır. Hastaların radyografik incelemeleri de tanı ve tedaviye yardımcı olacak girişimlerdir. Bu muayene yöntemlerinin haricinde hastanın duygusal ve psikolojik yapısı, kişilik özellikleri gözardı edilmemeli ve hastanın tedavisine yardımcı olabileceği unutulmamalıdır. Böyle durumlarda psikiyatri klinikleri ile konsültasyon akıllarda bulunmalı ve hem hastanın TMH tanı ve tedavisini kolaylaştırabilecek hem de bireyin sosyo-kültürel yaşamına pozitif bir yaklaşımda bulunabilecek psikiyatrik tedaviler düşünülmelidir. Bu sonuç bireyler açısından kronikleşip hem zaman hem de ekonomik kayba neden olmaktadır. Hastaların erken dönemde psikolojik değerlendirmeye yönlendirilmeleri hem hasta hem de hekim için bir çok avantajlar sağlamaktadır.

Sonuç olarak TMH popülasyonda oldukça sık rastlanan kassal-iskeletsel bir rahatsızlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşadığımız zamanın koşulları özellikle şehir yaşamı bireyleri daha stresli bir yaşama sevk edebilmektedir. TMH'nin etyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte, psikiyatrik etkenlerin rolü olduğu düşünülmektedir. TMH tanı ve tedavisinde hastalar sadece dental, kassal veya iskeletsel olarak değerlendirilmemeli; bireylerin duygu durumları, kişilik özellikleri ve psikolojik hastalıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Kişilik bozuklukları TMH'nin sürmesinde ve kronikleşmesinde bir etken olabilir ve tedavi seçiminde hastaların mizaç-karakter profilleri dikkate alınarak yapılacak tedaviler, başarıyı olumlu yönde etkileyebilir.

KAYNAKLAR

1. Okeson JP. Occlusion. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. ed. St. Louis, Mosby-Year Book, Inc; 2008.
2. Ide Y, Nakazawa K, Kamimura K. Anatomical Atlas of the Temporomandibular Joint. Chicago, Illinois; Quintessence Publishing Co. Inc; 1991.
3. Govsa Gökmen F. Sistematik Anatomi. İzmir Güven Kitabevi, 2003,97-98.
4. Ash MM, Ramfjord S. Occlusion. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: W.B. Saunders Company; 1995.
5. Yengin E. Temporomandibular Rahatsızlıklarda Teşhis ve Tedavi. İstanbul: Dilek Ofset Matbaacılık; 2000.
6. Emiroğlu C. İnsan Anatomisi. İstanbul Üniversitesi Yayınları: İstanbul; 1990.
7. Dawson P.E. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. St. Loise: The C.V. Mosby Company; 1974.
8. Solnit A, Curnutte D.C. Oclusal Correction Principles and Practice. Chicago, London, Berlin, Sao Paulo, Tokyo, Hong Kong: Quintessence Publishing Co.1988.
9. Mc Neill C. Science and Practice of Occlusion. Chicago, Quintessence Publishing Co, Inc; 1997.
10. Babadağ M, Şahin M, Görgün S. Pre and posttreatment analysis of clinical symptoms of patients with temporomandibular disorders. Quintessence Int. 2004 Nov-Dec; 35(10):811-4.
11. Fletcher MC, Picuch JF, Lieblich SE. Anatomy and pathophysiology of the temporomandibular joint. İçinde: Miloro M, editör. Peterson's Principles of Oral and

Maxillofacial Surgery. 2nd ed. London: BC Decker INC; 2004. pp. 932-947.

12. Phanachet I, Whittle T, Wanigaratne K ve Murray GM. Functional properties of single motor units in the inferior head of human lateral pterygoid muscle: task firing rates. *Journal of Neurophysiology* 2002; 88, 751-760.

13. Kang H, Bao GJ, Qi SN. Biomechanical responses of human temporomandibular joint disc under tension and compression. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35(9):817-21.

14. Bumann A, Lotzmann U. *TMJ Disorders and Orofacial Pain.* Stuttgart, New York: Thieme; 2002.

15. Alev Darcan Peker. Temporomandibular düzensizliklerde anksiyete ve depresyonun olası etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Doktora Tezi. 2009

16. Friedman MH. *Temporomandibular Joint Disorders. Diagnosis and Treatment.* Quintessence Publishing Co Inc. New York. 1985

17. Gelb H, Tarte JA. Two year clinical dental evaluation of 200 cases of chronic headache: The Craniocervical Mandibular Syndrome. *J Am Dent Assoc* 1975; 91: 1230-1236.

18. Greenberg S, Jacobs J, Bessett R. Temporomandibular Joint Dysfunction: Evaluation and Treatment. *Clinics In Plastic Surgery.* 1989; 16.

19. Mikhail M, Roser H, History and Etiology of Myofacial Pain Dysfunction Syndrome. *J. Prost. Dent.* 1990; 44(4): 438-444.

20. Hertling D. The Temporomandibular Joint. In: *Management of Musculoskeletal Disorders.* 2. Ed. Philadelphia. 1990; 16: 411-447.

21. Adlam D.M. Temporomandibular Pain Syndrome. In: Klippel TN, Dieppe PA (Eds). Rheumatology. Boston CV. Mosby. 1994
22. Okeson JP, de Kanter RJ. Temporomandibular disorders in the medical practice. J Fam Pract. 1996 Oct; 43(4):347-56.
23. International Headache Society, classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 7:1-96.
24. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travel & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual, volume 1. Upper Half of Body. 2nd ed. Baltimore, Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999.
25. Michelotti A, De Wijer A, Steenks M, Farella M. Home-exercise regimes for the management of non-specific temporomandibular disorders. Journal of Oral Rehabilitation 2005; 32: 779–785.
26. Fayed MM, El-Mangoury NH, El-Bokle DN, Belal AI. Occlusal splint therapy and magnetic resonance imaging. World J Orthod. 2004; 5(2): 133-40.
27. Ekberg E, Nilner M. A 6 and 12 month follow-up of appliance therapy in TMD patients: a follow-up of a controlled trial. Int J Prosthodont. 2002 Nov-Dec; 15(6):564-70.
28. Craane B, De Laat A, Dijkstra PU, Stappaerts K, Stegenga B. Physical therapy for the management of patients with temporomandibular disorders and related pain. (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; 1: 5621.
29. Dawson PE. Functional occlusion. From TMJ to smile design. St. Louis: Mosby Inc; 2007.
30. Hiyama S, Ono T, Ishiwata Y, Kato Y, Kuroda T. First night effect of an

- interocclusal appliance on nocturnal masticatory muscle activity. *J Oral Rehabil* 2003; 30: 139-145.
- 31.** Keskin H, Özdemir T, Tuncer N, Aksoy C. *Gnatoloji*. İstanbul: İ.Ü.Basımevi ve Film Merkezi; 1997.
- 32.** Laskin DM. Myofacial Pain-Dysfunction Etiology of the pain dysfunction syndrome *JADA* 1969; 79: 147.
- 33.** Shaw RM, Dettmar DM. Monitoring behavioural stress control using a craniomandibular index. *Aust Dent J*. 1990 Apr; 35(2):147-51.
- 34.** Oakley ME, McCreary CP, Clark GT, Holston S, Glover D, Kashima K. A cognitive behavioral approach to temporomandibular dysfunction treatment failures: a controlled comparison. *J Orofac Pain*. 1994 Fall; 8(4):397-401.
- 35.** Okeson JP. *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management*. 1st ed Chicago, Quintessence Publishing Co Inc; 1996.
- 36.** Carlsson GE, Magnusson T. *Management of Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice*. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc; 1999.
- 37.** Pullinger AG, Seligman DA. Trauma history in diagnostic groups of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991 May; 71(5):529-34.
- 38.** Manfredini D, Marini M, Pavan C, Pavan L, Guarda-Nardini L. Psychosocial profiles of painful TMD patients. *Journal of Oral Rehabilitation* 2009; 36: 193–198.
- 39.** Bell WE. *Temporomandibular disorders*, ed 3, Chicago, Year Book Medical Publishers 1990:77.
- 40.** Westling L, Mattiasson A. General joint hypermobility and temporomandibular joint

derangement in adolescents. *Ann Rheum Dis.* 1992 Jan; 51(1):87-90.

41. Mercuri LG, Olson RE, Laskin DM. The specificity of response to experimental stress in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *J Dent Res.* 1979; 58: 1866–1871.

42. Grossi ML, Goldberg MB, Locker D, Tenenbaum HC. Reduced neuropsychologic measures as predictors of treatment outcome in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2001; 15: 329–339.

43. Eversole LR, Stone CE, Matheson D ve ark. Psychometric profiles and facial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 60: 269-274.

44. Suvinen TI, Reade PC, Kemppainen P, Könönen M, Dworkin SF. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. *European Journal of Pain* 2005; 9: 613–633.

45. Cloninger CR, Svrakić DM. Personality disorders. In B. J. Sadock and V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th. ed, Baltimore Williams & Williams; 2000.

46. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573-588.

47. Cloninger CR, Svrakić DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990.

48. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakić DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use.* Center for Psychobiology of Personality. Department of Psychiatry, Washington University School

of Medicine, 1994.

49. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar R, Reeves A, Przybeck TR, Cloninger CR. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14:107-131.

50. Lee LT, Yeung RW, Wong MC, McMillan AS. Diagnostic subtypes, psychological distress and psychosocial dysfunction in southern Chinese people with temporomandibular disorders. J Oral Rehabil. 2008; 35(3):184-90.

51. Rollman GB and Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders, Curr Rev Pain 2000; 4: 71–81.

52. Sipilä K, Veijola J, Jokelainen J, Jarvelin MR, Oikarinen KS, Raustia AM, et al. Association of symptoms of TMD and orofacial pain with alexithymia: an epidemiological study of Northern Finland 1966 Birth Cohort, Cranio 2001; 19: 246–251.

53. Niemi PM, Le Bell Y, Kylmälä M, Jämsä T, Alanen P. Psychological factors and responses to artificial interferences in subjects with and without a history of temporomandibular disorders. Acta Odontol Scand. 2006; 64(5): 300-305.

54. Gameiro GH, da Silva Andrade A, Nouer DF, Ferraz de Arruda Veiga MC. How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorder? Clin Oral Investig 2006 Dec;10(4):261-8.

55. Dworkin SF, LeResche L. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorder. Journal of Craniomandibular Disorders.; 1992; 6(4): 301-55

56. Neil H Luyk, Frank M Beck, and Joel M Weaver. A visual analog scale in the assessment of dental anxiety. Anesth Prog. 1988 May-Jun; 35(3): 121–123.

57. Clark GT, Adler RC. A critical evaluation of occlusal therapy: occlusal adjustment procedures. *J Am Dent Assoc.*1985; 110: 743–750.
58. Koh H, Robinson PG. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 287–292.
59. Seligman DA, Pullinger AG. The role of functional occlusal relationships in temporomandibular disorders: a review. *J Craniomandib Disord* 1991; 5: 265-279.
60. LeResche L. Assessment of physical and behavioural outcomes of treatment, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 83: 82–86.
61. Magnusson T, Egermarki I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. *Acta Odontol Scand.* 2005; 63: 99–109.
62. Mohlin BO, Derweduwen K, Pilley R, Kingdon A, Shaw WC, Kenealy P. Malocclusion and temporomandibular disorder: a comparison of adolescents with moderate to severe dysfunction with those without signs and symptoms of temporomandibular disorder and their further development to 30 years of age. *Angle Orthod* 2004; 74: 319–327.
63. Agerberg G, Carlsson GE. Functional disorders of the masticatory system. II. Symptoms in relation to impaired mobility of the mandible as judged from investigation by questionnaire *Acta Odontol Scand* 1973; 31: 335–347.
64. M. Helkimo. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system, *Oral Sci Rev* 1976; 7: 54–69.
65. Laskin DM. Temporomandibular joint pain. In: *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Sixth edition. Edit: Ruddy S, Harris ED, Sledge CB. 2001; 1: 557- 567.

66. Nekora-Azak A, Evlioglu G, Ordulu M, Issever H. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Turkish population. *J Oral Rehabil* 2006; 33:81-4.
67. Smith MT, Wickwire EM, Grace EG, Edwards RR, Buenaver LF, Peterson S, Klick B, Haythornthwaite JA. Sleep Disorders and their Association with Laboratory Pain Sensitivity in Temporomandibular Joint Disorder. *Sleep*, 2009; 32: 6.
68. Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1999; 13: 232–237.
69. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, VonKorff M, Howard J, Truelove E, et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls, *JADA* 1990; 120: 273–281.
70. LeResche L, Mancl L, Sherman JJ, Gandara B, Dworkin SF. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. *Pain* 2003; 106: 253–261.
71. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 52–60.
72. Gülcan Coşkun Akar. Normal ve temporomandibular eklem rahatsızlığı olan bireylerde kondil hareketlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Doktora Tezi. 2004.
73. Padamsee NM. The effect of an anterior repositioning splint versus a flat occlusal splint in the treatment of TMJ dysfunction for the degree of master of science from the

school of dental medicine. Tufts University Health Science Center, Boston, Massachusetts, USA. March 1995.

74. Tozoğlu S, Yavuz MS, Büyükkurt MC, Dayı E, Miloğlu Ö, Savaş Z. Erzurum ve çevresinden TME rahatsızlığı nedeniyle kliniğimize başvuran hastaların retrospektif incelenmesi. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2008; 18: 90-93.

75. Özdemir-Karataş M, Peker K, Balık A, Uysal O, Tuncer EB. Identifying potential predictors of pain-related disability in Turkish patients with chronic temporomandibular disorder pain. The Journal of Headache and Pain 2013; 14-17.

76. Godoy F, Rosenblatt A, Godoy-Bezerra J. Temporomandibular disorders and associated factors in Brazilian teenagers: a cross-sectional study Int j prostodont 2007 Nov-Dec; 20(6):599-604.

77. Phillips JM, Gatchel RJ, Wesley AL, Ellis E. III Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc.2001; 132: 49–57.

78. Bush FM, Harkins SW, Harrington WG, Price DD. Analysis of gender effects on pain perception and symptom presentation in temporomandibular pain. Pain 1993; 53: 73–80.

79. Rieder CE, Martinoff JT, Wilcox SA. The prevalence of mandibular dysfunction, Part I: sex and age distribution of related signs and symptoms. J Prosthet Dent 1983; 50: 81–8.

80. Faucett J, Gordon N, Levine JD. Differences in postoperative pain severity among four different ethnic groups. J Pain Sympt Manag 1994; 9(6): 383–9.

81. Feine JS, Bushnell MC, Miron D, Duncan GH. Sex differences in the perception of noxious heat stimuli. Pain 1991; 44: 255–62.

- 82.** Miaskowski C. Role of sex and gender in pain perception and responses to treatment. In: Gatchel RJ, Turk DC, eds. *Psychological factors in pain: Critical perspectives*. New York: Guilford Press 1999; 401–11.
- 83.** Kuttilla M, Niemi PM, Kuttilla S, Alanen P, Le Bell Y. TMD treatment need in relation to age, gender, stress, and diagnostic subgroup. *J Orofac Pain* 1998; 12: 67–74.
- 84.** Winocur E, Littner D, Adams I, Gavish A. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents: a gender comparison. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral Endod* 2006; 102: 482-7.
- 85.** Levitt SR, McKinney MW. Validating the TMJ scale in a national sample of 10,000 patients: demographic and epidemiologic characteristics. *J Orofac Pain* 1994 Winter; 8(1): 25-35.
- 86.** Schmitter M, Rammelsberg P, Hassel A. The prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in very old subjects. *J Oral Rehabil* 2005 Jul; 32(7): 467-73.
- 87.** Dolwick MF. Temporomandibular Disorders. In: Koopman WJ, ed. *Arthritis and Allied Conditions*. 13th edition. Baltimore: Williams&Wilkins Co. 1997; p. 1813-1820.
- 88.** Lockerman LZ. Temporomandibular joint disorders. In: *Essential of Physical Medicine and Rehabilitation*. Edit: Frontera WR, Silver JK. Philadelphia 2002; 9: 44-49.
- 89.** Rothbart P.J., Gale G.D. Cranio-Cervical pain: Medical Management. In: *The Cranio-Cervical Syndrome Mechanisms, Assessment and Treatment*. Edit: Hoover Vernon. 2001; 9: 155-160.

- 90.** Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders J Prosthet Dent. Nov 2002; 88(5):479-84.
- 91.** Ozan F, Polat S, Kara I, Küçük D, Polat HB. Prevalence study signs and symptoms of temporomandibular disorders in a Turkish population. J Contemp Dent Pract 2007; 8: 35-42.
- 92.** Jagger RG, Wood C. Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in a Saudi Arabian population. J Oral Rehabil 1992; 19(4):353-9.
- 93.** De Leeuw JR, Steenks MH, Ros WJ, Lobbezoo-Scholte AM, Bosman F, Winnubst JA. Multidimensional evaluation of craniomandibular dysfunction. I: symptoms and correlates. J Oral Rehabil 1994; 21: 501–514.
- 94.** Huang GJ, LeResche L, Critchlow CW, Martin MD, Drangsholt MT. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD), J Dent Res. 2002; 81(4): 284-8.
- 95.** Rammelsbeg P, LeResche L, Dworkin S and Mancl L. Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: a 5-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2003; 17: 9–20
- 96.** Rantala MA, Ahlberg J, Suvinen TI, Savolainen A, Könönen M. Symptoms, signs, and clinical diagnoses according to the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders among Finnish multiprofessional media personnel. J Orofac Pain 2003; 17: 311–316.

97. Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LM, Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59(6): 628-634.
98. McCreary CP, Clark GT, Merrill R, Flack V and Oakley ME. Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain* 1991; 44: 29–34.
99. Kight M, Gatchel RJ, Wesley L. Temporomandibular disorders: evidence for significant overlap with psychopathology. *Health Psychol.* 1999; 18(2): 177–182.
100. Van der Laan GJ, Duinkerke AS, Luteijn F, van der Poel AC. Role of psychologic and social variables in TMJ pain dysfunction syndrome (PDS) symptoms. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1988; 16(5): 274-277.
101. Grzesiak RC. Psychologic considerations in temporomandibular dysfunction: a biopsychosocial view of symptom formation. *Dent Clin North Am.* 1991; 35: 209–226.
102. Suvinen TI and Reade PC. Temporomandibular disorders: a critical review of the nature of pain and its assessment. *J Orofac Pain* 1995; 9: 317–339.
103. Ohrbach R and McCall WD. The stress-hyperactivity-pain theory of myogenic pain: proposal for a revised theory. *Pain Forum* 1996; 5: 51–66.
104. Fricton JR. Behavioral and psychosocial factors in chronic craniofacial pain. *Anaesth Prog.* 1985; 32: 7–12.
105. Madland G, Feinmann C and Newman S. Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain* 2000; 84: 225–232.

- 106.** Wright AR, Gatchel RJ, Wildenstein L, Riggs R, Buschang P and Ellis E. Biopsychosocial differences between high-risk and low-risk patients with acute TMD-related pain. *JADA* 2004; 135: 474–483.
- 107.** Dworkin SF. Illness behavior and dysfunction: review of concepts and application to chronic pain. *Can J Physiol Pharmacol* 1991; 69: 662–671.
- 108.** Yap AU, Tan KB, Chua EK ve ark. Relationships between depression/somatization and self-reports of pain and disability. *J Orofacial Pain* 2004; 18: 220-225.
- 109.** Yap AU, Chua EK, Dworkin SF, Tan HH and Tan KBC. Multiple pains and psychological functioning/psychologic distress in TMD patients. *Int J Prosthodont*. 2002; 15: 461–466.
- 110.** Marbach JJ, Lund P. Depression, anhedonia and anxiety intemporomandibular joint and other facial pain syndromes. *Pain* 1981; 11(1): 73-84.
- 111.** Moss RA, Adams HE. The assessment of personality, anxiety and depression in mandibular pain dysfunction subjects. 1984: May; 11(3): 233-5.
- 112.** Marbach JJ, Raphael KG, Dohrenwend BP, Cloitre M. Is major depression comorbid with temporomandibular pain and dysfunction syndrome? A pilot study. *Clin J Pain* 1991; 7(3): 219-225.
- 113.** Gerschman JA, Wright JL, Hall WD, Reade PC, Burrows GD, Holwill BJ. Comparisons of psychological and social factors in patients with chronic oro-facial pain and dental phobic disorders. *Aust Dent J* 1987; 32(5): 331-335.
- 114.** Marbach JJ, Schleifer SJ, Keller SE. Facial pain, distress, and immune function. *Brain Behav Immun*. 1990; 4(3): 243-254.

115. McKinney MW, Londeen TF, Turner SP, Levitt SR. Chronic TM disorder and non-TM disorder pain: a comparison of behavioral and psychological characteristics. *Cranio* 1990; 8(1): 40-46.
116. Mongini F, Ciccone G, Ibertis F and Negro C. Personality characteristics and accompanying symptoms in temporomandibular joint dysfunction, headache, and facial pain. *J Orofac Pain* 2000; 14: 52–58.
117. Greene CS. Etiology of temporomandibular disorders. *Sem Orthod* 1995;1: 222-8.
118. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *J Prosthet Dent* 1997; 77: 510–22.
119. Dworkin SF, Suvinen TI. Orofacial pain/temporomandibular disorders. Review of the scientific literature on biobehavioural aspects of temporomandibular disorders. Behavioral, cognitive and emotional factors related to etiology, assessment, diagnosis and management. In: *Proceedings of the World Workshop on Oral Medicine III*, Chicago: IL (invited paper) 1998; August 2–5.
120. Friction JR. Masticatory myofascial pain: an explanatory model integrating clinical, epidemiological and basic science research, *Bull Group of Int Rech Sci in Stomatol Odontol* 1999; 41:14–25.
121. Schnurr RF, Brooke RI and Rollman GB. Psychosocial correlates of temporomandibular pain and dysfunction, *Pain* 1990; 42: 153–165.
122. Garafalo JP, Gatchel RJ, Wesley AL and Ellis E. 3rd. Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research diagnostic criteria. *JADA* 1998;129: 438–447.

- 123.** Jones DA, Rollman GB, White KP, Hill ML and Brooke RI. The relationship between cognitive appraisal, affect, and catastrophizing in patients with chronic pain, *J Pain* 2003; 4: 267–277.
- 124.** Parker MW, Holmes EK, Terezhalmay GT. Personality characteristics of patients with temporomandibular disorders: diagnostic and therapeutic implications. *J Orofac Pain* 1993; 7: 337-344.
- 125.** Michelotti A, Martina R, Russo M, Romeo R. Personality characteristics of temporomandibular disorder patients using MMPI. *Cranio*1998; 16(2): 119-25.
- 126.** Melderosi G, Picardi A, Accivile E ve ark. Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome: A controlled investigation. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 322-328.
- 127.** Southwell J, Deary IJ, Geissler P. Personality and anxiety in temporomandibular joint syndrome patients. *J Oral Rehabil* 1990; 17: 239-243.
- 128.** Pallegama RW, Ranasinghe AW, Weerasinghe VS et al. Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. *J Oral Rehab* 2005; 32: 701-707.
- 129.** Ferrando M, Andreu Y, Galdon MJ ve ark. Psychological variables and temporomandibular disorders: distress, coping, and personality. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 153- 160.
- 130.** Darcan A, Onur E., Köse T., Alkın T., Erdem A. Temporomandibuler Bozukluğu Olan Hastalarda Mizaç ve Karakter Boyutları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(3): 274-282.
- 131.** Brändström S, Schlette P, Przybeck TR, Lundberg M, Forsgren T, Sigvardsson S,

Nylander PO, Nilsson LG, Cloninger CR, Adolfsson R. Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory Comprehensive Psychiatry 1998; 39: 122–128.

132. De la Rie SM, Duijsens IJ, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders. *J Personal Disord* 1998; 12: 362-372.

133. Duijsens IJ, Spinhoven P, Goekoop JG. The Dutch temperament and character inventory (TCI): dimensional structure, reliability and validity in a normal and psychiatric outpatient sample. *Personality and Individual Differences* 2000; 28: 487-499.

134. Kozeny J, Höschl C. The temperament and character inventory: psychometric integrity of the Czech version. *Studia Psychologica* 1999; 41: 123-132.

135. Richter J, Brandstrom S, Przybeck TR. Assessing personality: The temperament and character inventory in a cross-sectional comparison between Germany, Sweden, and the USA. *Psychol Rep* 1999; 84: 1315-1330.

136. Pelissolo A, Lepine JP. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Res* 2000; 94: 67-76.

137. Kijima N, Tanaka E, Suzuki N, Higuchi H, Kitamura T. Reliability and validity of the Japanese version of the Temperament and Character Inventory. *Psychol Rep* 2000; 86: 1050-1058.

138. Gutierrez F, Torrens M, Boget T, Martin-Santos R, Sangorrin J, Perez G, Salamero M. Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 143-147.

- 139.** Zakrzewska M, Samochowiec J, Rybakowski F, Hauser J, Pelka- Wysińska J. Polish version of Temperament and Character Inventory (TCI): the analysis of reliability. *Psychiatr Pol* 2001; 35: 455-465.
- 140.** Sung SM, Kim JH, Yang E, Abrams KY, Lyoo IK. Reliability and validity of the Korean version of the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 235-243.
- 141.** Parker G, Cheah YC, Parker K. Properties of the temperament and character inventory in a Chinese sample. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 367-373.
- 142.** Dahlström L. Psychometrics in temporomandibular disorders. An Overview, *Acta Odontol Scand* 1993; 51: 339–352.
- 143.** Carlson CR, Reid KI, Curran SL, Studts J, Okeson JP, Falace D, Nitz A, Bertrand PM. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. *Pain* 1998; 76: 297–307.
- 144.** Velly AM, Gornitsky M, Philippe P. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case–control study. *Pain* 2003; 104: 491–499.
- 145.** Lindroth JE, Schmidt JE, Carlson CR. A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J Orofac Pain* 2002; 16: 277–283.

FORMLAR

1.Gönüllü Onam Formu

Kişilik özelliklerinin temporomandibular eklem rahatsızlıkları üzerine etkisi isimli çalışmamız İstanbul Üniversitesi Protetik Diş Tedavisi Bilim dalında yapılacak epidemiyolojik bir çalışmadır. Bu çalışmada sizlere mizaç ve karakter envanteri adında 240 soru içeren bir form ile ağrı bilgi formu adında 27 soru içeren bir form verilecektir ve kendi başınıza doldurmanız istenecektir. Bu iki formu doldurduktan sonra klinik muayeneye alınacaksınız, genel sağlık durumunuzu inceleyen üçüncü form doktorunuz tarafından size sorular yöneltilerek doldurulacak. Daha sonra kaslarınızın ve çene eklemimizin muayenesi yapılacak ve yine doktorunuzun gerekli gördüğü muayene bulguları dördüncü forma doldurulacaktır. Beşinci ve son olarak da size bir skala gösterilecek ve bu skaladaki ağrı durumunuzu işaretlemeniz istenecektir. Tüm bu formlar ve muayeneler için 45-50 dakika ayırmanız gerekmektedir. Form doldurma işlemleri bittikten sonra doktorunuz tarafından tedavinize başlanacaktır. Bu doldurulan formların amacı çene eklemimizi ve kişiliğinizi geniş bir biçimde incelemek, eklem hastalığımız ile kişilik özellikleriniz arasında bir bağlantı bulunup bulunmadığını belirlemektir. Dolduracağınız formların sonuçları değerlendirilecek ve eklem tedavisi ile psikoloji arasında anlamlı bağlar bulunduğu takdirde bu çalışmanın ışığında yeni tedavi modelleri oluşturulacaktır. Yapılacak olan bu çalışmaya 500 kişinin katılımı hedeflenmektedir. Bu çalışmanın sizin sağlığını tehdit eden herhangi bir riski ya da olumsuz bir yan etkisi yoktur.

Herhangi bir nedenle çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz ya da çalışmada yer almaya başlasanız bile ayrılmak isteyebilirsiniz. Bu gibi durumlarda tedaviniz ile ilgili bir aksama olmayacaktır. Adı geçen çalışmada elde edilen verilerin sadece bu çalışma için

kullanılacak ve vermiş olduğunuz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışma için sizden maddi bir beklentide bulunulmayacaktır ve size maddi bir ödeme yapılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Sayın Dt. Ceren Saruhanoğlu tarafından İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Bilim Dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dt. Ceren

Saruhanoglu'nu 05333366973 numaralı telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Dt.Ceren Saruhanoglu

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

2. Anamnez Formu

***İstanbul Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Çene-Yüz Protezi B.D.***

Ad Soyad:**Adres:****Telefon (ev – cep): 0 / 0****Meslek:****Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? İlaç kullanıyor musunuz?****Sistemik Hastalıklar:**Kalp hastalıkları Şeker hastalığı Tansiyon sorunu Epilepsi (sara) Ateşli romatizma Eklem romatizması Guatr (Troid tabletleri) Kan hastalıkları İlaç alerjisi Zührevi hastalık Sarılık Astım, Saman nezlesi Böbrek, Karaciğer bozuklukları Akciğer hastalıkları Sinüzit AIDS Diğer:**Alkol Kullanımı:** Var Yok **Sigara Kullanımı:** Var Yok

3.TME/ATK I

Lütfen soruları dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz. Bu soru formu şikayetiniz hakkında daha fazla bilgi edinmeyi amaçlamaktadır. Kesinlikle bir sınav değildir ve soruların herhangi bir doğru cevabı yoktur.

1) Genel sağlığınız nasıl?

Mükemmel 1

Çok iyi 2

İyi 3

Orta 4

Kötü 5

2) Genel olarak ağız sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?

Mükemmel 1

Çok iyi 2

İyi 3

Orta 4

Kötü 5

3) Geçen bir ay içerisinde yüzünüzde, çenenizde, alın bölgesinde, kulak içinde veya çevresinde ağrınız oldu mu?

0: Hayır 1: Evet

Eğer ağrınız yoksa 14. soruya geçiniz.

Eğer ağrınız varsa

4) Ağrılarınız ilk defa kaç yıl veya ay önce başladı

(.....ay)

(.....yıl)

5) Ağrının karakteri nasıl?

1-İnatçı

2-Tekrarlayan

3-Belli zamanda hissedilen

6) Ağrı nedeni ile daha önce tıp doktoruna veya diş hekimine gittiniz mi?

1-Hayır

2-Evet son 6 ay içinde

3-Evet 6 aydan önce

7) Şu anda eğer 0 (sıfır) 'ı ağrı yok olarak kabul edersek ve 10 rakamının da tahmin edilebilecek en yüksek ağrıyı gösterdiğini varsayarsak şu anki ağrınız aşağıdaki cetvel üzerinde nerededir? lütfen işaretleyiniz.

Hiç yok En yüksek

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) Geçen 6 ay içinde en kötü ağrınız hangi şiddetteydi ? Lütfen yukarıdaki soruya benzer olarak aşağıdaki cetvel üzerinde işaretleyiniz.

Hiç yok En yüksek

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9) Geçen 6 ay içinde ağrınız ortalama olarak kaç şiddetindeydi ? Lütfen cetvel üzerinde işaretleyiniz.

Hiç yok En yüksek

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10) Geçen 6 ay içerisinde ağrı nedeni ile kaç gün normalde yaptığınız işleri yapamadınız? (İşe veya okula gidememek gibi)

(.....)

11) Geçen 6 ay içerisinde yüz ağrınız günlük işlerinizi ne derecede etkiledi?

Hiç etkilemedi Aşırı etkilendi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12) Geçen 6 ay içinde yüz ağrınız sosyal (Örneğin: Sinema tiyatroya gitme, arkadaş ziyareti)ve aile ilişkilerinizi ne kadar etkiledi.

Hiç etkilemedi Aşırı etkilendi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13) Geçen 6 ay içinde ağrı normalde yapmakta olduğuz işleri hangi oranda etkiledi? (Ev işleri dahil)

Hiç etkilemedi Aşırı etkilendi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14a) Daha önce çeneniz hiç kilitlendi mi?

0: Hayır 1: Evet

Cevap hayır ise 15. soruya geçiniz.

14b) Ağzınızı açmakta çektiğiniz güçlük, yemek yemenize engel olacak kadar ciddi miydi?

0: Hayır 1: Evet

15a) Ağzınızı açıp kapatırken veya yemek yerken çenenizden ses geliyor muydu?

0: Hayır 1: Evet

15b) Ağzınızı açıp kapatırken veya yemek yerken çenenizden gıcırta benzeri bir ses geliyor muydu?

0: Hayır 1: Evet

15c) Daha önce gece uyurken dişlerinizi gıcırdatığınızı veya sıkığınızı fark ettiniz mi, veya bunu başkası size söyledi mi?

0: Hayır 1: Evet

15d) Gün içerisinde dişlerinizi gıcırdatır veya sıkar mısınız?

0: Hayır 1: Evet

15e) Sabah kalktığınızda ağzınızı açmada güçlük çeker misiniz?

0: Hayır 1: Evet

15f) Kulak çınlamanız veya başka sesler duyduğunuz oluyor mu?

0: Hayır 1: Evet

15g) Dişlerinizi birleştirdiğinizde normalden farklı olarak rahatsızlık duyuyor musunuz?

0: Hayır 1: Evet

16a) Eklem romatizması (Romatoid artrit), Lupus veya sistemik eklem şikayetiniz var mı?

0: Hayır 1: Evet

16b) Ailenizde yukarıdaki hastalıklardan birisine sahip olan var mı?

0: Hayır 1: Evet

16c) Şu anda çene eklemimizden farklı eklemlerinizde şişlik veya ağrı var mı, veya hiç oldu mu?

0: Hayır 1: Evet

16d) Böyle bir ağrı olduysa, bu ağrı en az bir yıldır devam ediyor mu?

0: Hayır 1: Evet

17a) Yüzünüze veya çenenize darbe aldınız mı veya kaza geçirdiniz mi?

0: Hayır 1: Evet

Hayır ise 18. soruya geçiniz.

17b) Darbeden önce çenenizde ağrınız var mıydı?

0: Hayır 1: Evet

18) Son 6 ay içerisinde baş ağrısı veya migren ile ilgili probleminiz oldu mu?

0: Hayır 1: Evet

19) Var olan çene probleminiz sizin hangi aktivitelerinizi kısıtlıyor veya önüyor?

19a) Çiğneme

0: Hayır 1: Evet

19b) İçme

0: Hayır 1: Evet

19c) Egzersiz

0: Hayır 1: Evet

19d) Sert gıdaları yeme

0: Hayır 1: Evet

19e) Yumuşak gıdaları yeme

0: Hayır 1: Evet

19f) Gülümseme/Gülme

0: Hayır 1: Evet

19g) Seksüel aktivite

0: Hayır 1: Evet

19h) Diş fırçalama veya yüz yıkama

0: Hayır 1: Evet

19ı) Esneme

0: Hayır 1: Evet

19i) Yutkunma

0: Hayır 1: Evet

19k) Konuşma

0: Hayır 1: Evet

19l) Genel yüz görünümü

0: Hayır 1: Evet

20) Geçen ay aşağıdakilerden hangisinden ne derece sıkıntı duydunuz?

(Lütfen soruları aşağıdaki değerlere göre cevaplayınız.)

Hiç Biraz Orta Oldukça fazla Çok/Aşırı

0 1 2 3 4

20a) Baş ağrısı

0 1 2 3 4

20b) Seksüel zevkin veya isteğin kaybedilmesi

0 1 2 3 4

20c) Baygınlık veya baş dönmesi

0 1 2 3 4

20d) Kalp veya göğüste ağrı

0 1 2 3 4

20e) Enerjide azalma hissetme

0 1 2 3 4

20f) Ölmeyi veya ölümü düşünme

0 1 2 3 4

20g) Zayıf iştah

0 1 2 3 4

20h) Kolaylıkla ağlama

0 1 2 3 4

(Lütfen soruları aşağıdaki değerlere göre cevaplayınız.)

Hiç Biraz Orta Oldukça fazla Çok/Aşırı

0 1 2 3 4

20i) Bazı şeyler için kendini suçlama

0 1 2 3 4

20j) Sırt aşağısında ağrı

0 1 2 3 4

20k) Yalnız hissetme

0 1 2 3 4

20l) Sıkılma (Neşesiz olma)

0 1 2 3 4

20m) Bazı şeyler için çok fazla üzülme

0 1 2 3 4

20n) Hiç bir şeye ilgi hissetmemek

0 1 2 3 4

20o) Mide bozulması veya mide bulantısı

0 1 2 3 4

20p) Ağrılı kaslar

0 1 2 3 4

20q) Uyumada problem

0 1 2 3 4

20r) Nefes almada problem

0 1 2 3 4

20s) Sıcak veya soğuk nöbet

0 1 2 3 4

20t) Vücudun herhangi bir bölümünde uyuşukluk veya sızlama

0 1 2 3 4

20u) Boğazda düğümlenme

0 1 2 3 4

20v) Gelecek hakkında umutsuzluk

0 1 2 3 4

20w) Vücudun bazı bölgelerinde güçsüzlük

hissi

0 1 2 3 4

20x) Bacak ve kollarda ağırlık hissi

0 1 2 3 4

20y) Hayatına son verme düşüncesi

0 1 2 3 4

20z) Fazla yemek yemek

0 1 2 3 4

20aa) Sabah çok erken uyanmak

0 1 2 3 4

20bb) Rahatsız uyumak

0 1 2 3 4

20cc) Her şeyin bir çaba olduğunu

hissetmek

0 1 2 3 4

20dd) Kendini değersiz hissetmek

0 1 2 3 4

20ee) Kendini yakalanmış veya tuzağa

düşmüş hissetmek

0 1 2 3 4

20ff) Kendini suçlu hissetmek

0 1 2 3 4

21) Genel sağlığınıza korumak için harcadığınız çabaların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Mükemmel 1

Çok iyi 2

İyi 3

Orta 4

Kötü 5

22) Ağız sağlığınıza korumak için harcadığınız çabaların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Mükemmel 1

Çok iyi 2

İyi 3

Orta 4

Kötü 5

23) Doğum tarihiniz nedir?

Ay/Gün/Yıl (...../...../.....)

24) Cinsiyetiniz?

1-Bayan 2-Erkek

25) Bitirdiğiniz en yüksek dereceli okul nedir?

1-Hiç gitmedim

2-İlkokul 1 2 3 4 5

3-Ortaokul 6 7 8

4-Lise okul 9 10 11

5-Üniversite 12 13 14 15 16 17

6-Master 18

7-Doktora 19

26a) Son iki hafta içinde ev haricinde herhangi bir işte çalıştınız mı?

1-Evet (27. soruya geçiniz)

2-Hayır

4. TME/ATK II Muayene Formu

Protetik Diş Tedavisi ABD. Çene-Yüz Protezi Kliniği

TME/ATK Klinik Muayene Formu

İsim Soyad:

Tarih:

Muayene

Eden
Doktor:
or:

Tarih:

Muayene Eden Doktor:

Tarih:

Muayene Eden Doktor:

Tarih:

Muayene Eden Doktor:

Ağrının Olması	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Yok	0	0	0	0
Sağ	1	1	1	1
Sol	2	2	2	2
Her iki taraf	3	3	3	3

Ağrının Lokalizasyonu	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Yok	0	0	0	0	0	0	0	0
Kas	1	1	1	1	1	1	1	1
TME	SAĞ 2	2	2	2	SOL 2	2	2	2
Her ikisi	3	3	3	3	3	3	3	3

Ağız Açma Yolu	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Düz	0	0	0	0
Sağa Defleksiyon	1	1	1	1
Sola Defleksiyon	2	2	2	2

Sağa Deviasyon	3	3	3	3
Sola Deviasyon	4	4	4	4
Diğer	5	5	5	5
Tanımlayın				

Vertikal Hareketler mm.

T.Ö

1.K.

2.K.

T.S.

Kullanılan insizaller:

Ağrısız Ağız Açma	mm.	mm.	mm.	mm.
Maks. Yardımsız Açma	mm.	mm.	mm.	mm.
Maks. Yardımla Açma	mm.	mm.	mm.	mm.
Overbite	mm.	mm.	mm.	mm.
Overjet	mm.	mm.	mm.	mm.
Orta Hattı Kayma (Sağ-Sol)	mm.	mm.	mm.	mm.

Ağız Açma Sırasında Ağrı

T.Ö

1.K.

2.K.

T.S.

T.Ö

1.K.

2.K.

T.S.

Yok	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sağ	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sol	KAS	2	2	2	2	TME	2	2	2
Her İkisi	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Horizontal Hareketler

T.Ö

1.K.

2.K.

T.S.

Sağ Lateral	mm.	mm.	mm.	mm.
Sol Lateral	mm.	mm.	mm.	mm.
Protruziv	mm.	mm.	mm.	mm.

Sağ Lateral									
Harekette Ağrı									
	T.	1.	2.	T.S		T.	1.	2.	T.S
	Ö	K.	K.	.		Ö	K.	K.	.
Yok	0	0	0	0		0	0	0	0
Kas	1	1	1	1		1	1	1	1
Ekleme	Sol 2	2	2	2	Sa	2	2	2	2
Her İkisi	3	3	3	3	ğ	3	3	3	3

Sol Lateral									
Harekette Ağrı									
	T.	1.	2.	T.S		T.	1.	2.	T.S
	Ö	K.	K.	.		Ö	K.	K.	.
Yok	0	0	0	0		0	0	0	0
Kas	1	1	1	1		1	1	1	1
Ekleme	Sol 2	2	2	2	Sa	2	2	2	2
Her İkisi	3	3	3	3	ğ	3	3	3	3

Protruziv									
Harekette Ağrı									
	T.	1.	2.	T.S		T.	1.	2.	T.S
	Ö	K.	K.	.		Ö	K.	K.	.
Yok	0	0	0	0		0	0	0	0
Kas	1	1	1	1		1	1	1	1
Ekleme	Sol 2	2	2	2	Sa	2	2	2	2
Her İkisi	3	3	3	3	ğ	3	3	3	3

EKLEM SESLERİ

Eklem Sesi		T.Ö				T.S.					
Ağız Açma		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.		
Yok		0	0	0	0	0	0	0	0		
Klik		1	1	1	1	1	1	1	1		
Kaba Krepitasyon	Sağ	2	2	2	2	Sol	2	2	2	2	mm.
İnce Krepitasyon		3	3	3	3		3	3	3	3	

Eklem Sesi		T.Ö				T.S.					
Ağız Kapama		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.		
Yok		0	0	0	0	0	0	0	0		
Klik		1	1	1	1	1	1	1	1		
Kaba Krepitasyon	Sağ	2	2	2	2	Sol	2	2	2	2	mm.
İnce Krepitasyon		3	3	3	3		3	3	3	3	

Resiprokal Klik Protruziv		T.Ö				T.S.				
Ağız Açmada Yok Oluyor mu?		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	
Hayır		0	0	0	0	0	0	0	0	
Evet	Sağ	1	1	1	1	Sol	1	1	1	1
Resiprokal Klik Yok		2	2	2	2		2	2	2	2

Eklem Sesi		T.Ö				T.S.				
Sağa Hareket		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	
Yok		0	0	0	0	0	0	0	0	
Klik		1	1	1	1	1	1	1	1	
Kaba Krepitasyon	Sağ	2	2	2	2	Sol	2	2	2	2
İnce Krepitasyon		3	3	3	3		3	3	3	3

Eklem Sesi		Sola Hareket				Sağa Hareket			
		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Yok		0	0	0	0	0	0	0	0
Klik		1	1	1	1	1	1	1	1
Kaba Krepitasyon	Sağ	2	2	2	2	Sol	2	2	2
İnce Krepitasyon		3	3	3	3		3	3	3

Eklem Sesi		Protruzyon				Retruzyon			
		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Yok		0	0	0	0	0	0	0	0
Klik		1	1	1	1	1	1	1	1
Kaba Krepitasyon	Sağ	2	2	2	2	Sol	2	2	2
İnce Krepitasyon		3	3	3	3		3	3	3

Palpasyonda Ağrı

(0=Ağrı Yok, 1=Hafif Ağrı, 2=Orta, 3=Şiddetli)

Ağrısız Bölgeler		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Mastoid (lateral superior kısmı)		0 1	0 1	0 1	0 1		0 1 2	0 1	0 1	0 1
Frontal (pupil hizası, saçın altı)	S	0 1	0 1	0 1	0 1	Sağ	0 1 2	0 1	0 1	0 1
Verteks(cranial tepenin 1cm laterali)	ol	2 3	2 3	2 3	2 3		3	2 3	2 3	2 3
		0 1	0 1	0 1	0 1		0 1 2	0 1	0 1	0 1
		2 3	2 3	2 3	2 3		3	2 3	2 3	2 3

Ağız Dışı Palpasyon Bölgeleri	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	
Temporalis Ön	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Temporalis Orta	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Temporalis Arka	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Masseter Üst	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Masseter Orta	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Masseter Alt	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Post Mandibular Bölge	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Submandibular Bölge	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Sterno Kleido	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Mastoid	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Trapezius	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23

TME Palpasyonu	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.	
Lateral Kutup Palpasyonu	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23
Kulak Yolundan Palpasyon	01	01	01	01	Sağ	012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23

Ağız İçi Palpasyon Bölgeleri	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Lateral Pterigoid Bölge	01	01	01	01		012	01	01	01
Temporal Tendon	23	23	23	23	Sağ	3	23	23	23
	01	01	01	01		012	01	01	01
	23	23	23	23		3	23	23	23

Algometre Ölçümleri

K.G.	T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.		T.Ö	1.K.	2.K.	T.S.
Temporalis Ön	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Temporalis Orta	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Temporalis Arka	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Masseter Üst	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Masseter Orta	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Masseter Alt	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
SKM Üst	kg	kg	kg	kg	Sağ	kg	kg	kg	kg
SKM Orta	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
SKM Alt	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Trapez Üst	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Trapez Orta	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg
Trapez Alt	kg	kg	kg	kg		kg	kg	kg	kg

Bruksizm: Yok Var

Eklem Problemi: Yok Redüksiyonlu
Redüksiyonsuz

Kas Problemi: Yok Hafif Orta
Şiddetli

Diğer:

5.VAS Formu

İdeal bir akut ağrı değerlendirmesi şu basamakları içermelidir:

- ❖ Hasta ağrısını değerlendirmeye aktif olarak katılmalı,
- ❖ Hastanın ağrısı düzenli olarak sorgulanmalı,
- ❖ Hastanın ağrısı hem dinlenme hem de hareket halinde değerlendirilmeli,
- ❖ Ağrı şiddetinde beklenmedik bir artış yeni bir ağrı nedeni veya postoperatif bir komplikasyon nedeni olarak ele alınmalı, dikkatlice bir anamnez alınmalı ve hasta operasyonu yapan cerrah tarafından muayene edilmeli,
- ❖ Kötü ya da yüksek ağrı skorlarında tedavi tekrar gözden geçirilmelidir.

Ağrı değerlendirmesinde standart yöntem olarak **ağrı skalaları** kullanılmaktadır(2).

Ağrı skalaları tek veya çok boyutlu ve kendi kendine değerlendirmeye veya gözleme dayalı şekilde sınıflandırılır:

1. Tek Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri:

a. Görsel analog skala (visual analogue scale –VAS):

Ağrı şiddetini ölçmede ve ağrı takibinde kullanılır.



Şekil 2: Vizüel Analog Skala

b. Sözel tarif skalaları (verbal descriptor scales-VDS):

Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar 4 kategoriye ayrılır;

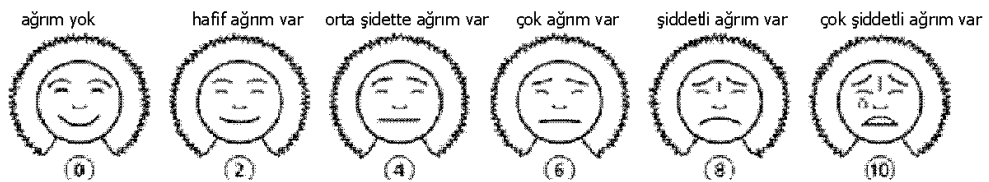
- ❖ Şiddetli
- ❖ Orta
- ❖ Hafif
- ❖ Yok

c. Sayısal değerlendirme skalaları (numerical rating scale-NRS):

Skalar ağrı yokluğu (0) ile başlayıp

dayanılmaz ağrı (10 yada 100) düzeyine varır.

d. Yüz ifadesi skalası (face scale – FS):



Şekil 3: Hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir ve ağrı skorları

e. Analog renkli devamlı skala (analog chromatic continuous scale-ACCS):

6. Mizaç ve Karakter Envanteri

S. Köse, K. Sayar

EK-1 Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

ÖRNEK; Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. DOĞRU D YANLIŞ Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine inanırım.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yaptığımı düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kapıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılmışım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissedirim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlanmanın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış panitılan yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumları, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI)

62.	Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63.	Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64.	Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65.	Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66.	Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67.	Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68.	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69.	Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakinca görmem.	D	Y
70.	Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71.	Kendilerine yardımcı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72.	Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73.	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74.	Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75.	Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76.	Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77.	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78.	Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79.	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80.	Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81.	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82.	Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafıca düşünürüm.	D	Y
83.	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84.	Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85.	Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86.	Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87.	Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88.	Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89.	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90.	Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çöneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlanm.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasassız kalırım.	D	Y

Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI)

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahatır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissedirim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren sözettğimden, arkadaşlarımla duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akılcıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımla acı çektiğimi hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarımla her şeyin yolunda gideceğini söylese bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarının arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıkların çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için, savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyanım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantularım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

Mizaj ve karakter envanteri (Türkçe TC)

181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (Islak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, binkirtmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantıların oldu.	D	Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anıların oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunların için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyanım.	D	Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıyımışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyindir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sükutu yaşamım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıfım.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duygulan paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1520

Tarih : 10.10.2012

Konu : Prof.Dr.Haluk KESKİN hk.

Sayın Prof.Dr.Haluk KESKİN
Diş Hekimliği Fakültesi

İlişi :Diş Hekimliği Fakültesinin 11/07/2012 gün ve 1736-5442 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dok.Öğr.Ceren SARUHANOĞLU'nun yürüteceği 2012/1469-1225 dosya numaralı "Kişilik özelliklerinin temporomandibular eklem hastalıkları üzerine etkisi" başlıklı araştırma kurumumuzun 26.09.2012 tarihli 16 sayılı toplantısında onaylanmış olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim


Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: Tutanak

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kişilik özelliklerinin temporomandibular eklem hastalıkları üzerine etkisi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Haluk KESKİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Diş Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
		Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz : Epidemiyolojik			
TEK MERKEZ		ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	18/09/2012	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	<input type="checkbox"/>		Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:16	Tarih: 26/09/2012		
	İstanbul Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesinde görevli Prof.Dr.Haluk KESKİN 'in sorumluluğunda ve Dok.Öğr.Ceren SARUHANOĞLU'nun yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir..			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Sevdâ ÖZEL	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile ilişki
 ** :Toplantıda Bulunma

Bu karar araştırma projesinin etik açıdan değerlendirme sonucunu bildirmektedir. Klinik ilaç araştırması projeleri için, etik kurulu onayı sonrasında, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 5/a .maddesi gereğince, Sağlık Bakanlığına da başvurulması ve gerekli izin alınması gerekmektedir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	CEREN	Soyadı	SARUHANOĞLU
Doğ.Yeri	AKŞEHİR	Doğ.Tar.	29.06.1985
Uyruğu	TÜRKİYE CUMHURİYETİ	TC Kim No	48976424420
Email	cerensaruhanoglu@yahoo.com	Tel	05333366973

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2013
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2008
Lise	Akşehir Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Diş Hekimi	Kadıköy Şifa Hastanesi	2010-2013
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok İyi	Çok İyi	Çok İyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows XP	Çok iyi
Microsoft Office	Çok iyi
Adobe Acrobat	Çok iyi