

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) – The Polish version of a dual-axis system for the diagnosis of TMD.* RDC/TMD Form

Badawcze Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia BKD/ZCURNŹ – polska wersja dwuosiowego systemu diagnostycznego ZCURNŹ.* Formularz BKD/ZCURNŹ

Magdalena A. Osiewicz^{1,2}, Frank Lobbezoo¹, Bartłomiej W. Loster³,
Małgorzata Wilkosz⁴, Machiel Naeije¹, Richard Ohrbach⁴

¹ Department of Oral Kinesiology, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), University of Amsterdam and VU University Amsterdam, MOVE Research Institute Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands
Katedra Kinetyki Jamy Ustnej, Akademickie Centrum Stomatologiczne w Amsterdamie, Uniwersytet w Amsterdamie, Instytut Badawczy MOVE w Amsterdamie, Amsterdam, Holandia
Head: Prof. M. Naeije

² Zakład Stomatologii Zintegrowanej, Instytut Stomatologii, Wydział Lekarski, UJCM, Kraków, Polska
Department of Integrated Dentistry, Dental Institute, Faculty of Medicine, Jagiellonian University, Medical College, Cracow, Poland
Head: dr hab. J. Pytko-Polończyk

³ Katedra Ortodoncji, Instytut Stomatologii, Wydział Lekarski, UJCM, Kraków, Polska
Department of Orthodontics, Dental Institute, Faculty of Medicine, Jagiellonian University, Medical College, Cracow, Poland
Head: dr hab. B.W. Loster, prof UJ

⁴ Department of Oral Diagnostic Sciences, University at Buffalo, NY, USA
Katedra Diagnostyki Jamy Ustnej, Uniwersytet w Buffalo, NY, USA
Head: Dr. W.D. McCall

Summary

Aim of the study. To describe steps taken to conduct a formal forward translation/back-translation from English to Polish, and to establish the cultural equivalence of the Polish version of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD). This will be preceded by a brief historic overview of the insights into TMD, so as to provide a rationale for using this dual-axis diagnostic system.

Streszczenie

Cel pracy. Przedmiotem niniejszej pracy jest opis procedury oficjalnego tłumaczenia/tłumaczenia zwrotnego z języka angielskiego na polski „Badawczych kryteriów diagnostycznych zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia (BKD/ZCURNŹ)”. Opis ten został przygotowany z zamiarem kulturowej adaptacji polskiej wersji omawianych kryteriów. Poprzedza go krótkie historyczne ujęcie problemu

KEYWORDS:

temporomandibular disorders, questionnaire, clinical examination, translation

HASŁA INDEKSOWE:

zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia, kwestionariusz, badanie kliniczne, tłumaczenie

* The article was published in "Protetyka stomatologiczna" 2010; 60 (6): 433-444.

Reprinted with kind permission of the editors of the "Protetyka Stomatologiczna". This publication has been extended with the full text of the RDC/TMD form on guidelines, which can be found at the end of the paper.

* Artykuł był opublikowany w „Protetyce Stomatologicznej” 2010; 60 (6): 433-444.

Przedruk za zgodą Redakcji czasopisma "Protetyka Stomatologiczna". Obecna publikacja została uzupełniona o pełny tekst formularza BKD/ZCURNŹ z instrukcją postępowania, który zamieszczono na końcu pracy.

Methods. The Clinical Examination Form, the Specifications section, and the algorithms for axis I and II scoring of the RDC/TMD document were forward translated from English to Polish. In order to cross-culturally adapt the instrument, the History Questionnaire and the verbal directions for the patient (part of the Specifications section) were both forward translated and back-translated. Special attention was given to the questions from the History Questionnaire focusing on demographic characteristics. To that end, the official Translation Guidelines of the International RDC/TMD Consortium were followed. **Results.** No substantial difficulties in translating were encountered during either the forward translation process of the Clinical Examination Form, the Specifications section, and the algorithms, or during the forward and back-translation of the History Questionnaire and the verbal directives for the patient. Thus, a linguistically valid and culturally equivalent Polish translation resulted. **Conclusions.** Since the internationally established and accepted translation/adaptation Guidelines were used to establish the Polish version of RDC/TMD, this instrument is now available for the assessment of TMD in Poland.

Introduction

Temporomandibular disorder (TMD) according to *De Leeuw* is a collective term that embraces a number of clinical problems that involve the masticatory muscles, the temporomandibular joint (TMJ), and the associated structures.¹ *Stanisław Majewski* extended the scope of diagnostics-therapeutic treatment, connected with disorders analysed here, onto the whole stomatognathic system.² The most frequently reported symptom of TMD is pain in the temporomandibular region or in the masticatory muscles, and the pain is typically associated with chewing and/or other occlusal conditions of the lower jaw. While TMD pain is typically mild, it has a fluctuating character and can become quite severe. Other TMD symptoms include: limitation or deviations in the mandibular range of motion, and TMJ sounds during jaw function (clicking and/or crepitation). These three essential features (*viz.*, pain, limitation in function, and TMJ sounds) are often called the “classic triad” of the symptoms of TMD.^{1,3}

An overview of the history of TMD was given by *Daniel Laskin*.⁴ The earliest written records

ZCURNŻ opracowane w celu wyeksponowania powodów rekomendacji stosowania tego dwuosioowego systemu. **Materiał i metoda.** Formularz badania klinicznego, sekcja specyfikacji oraz algorytmy diagnostyczne osi I i II BKD/ZCURNŻ zostały przetłumaczone z języka angielskiego na polski. W celu międzykulturowej (cross-kulturalnej) adaptacji instrumentu, jakim są BKD/ZCURNŻ, kwestionariusz osobowy oraz werbalne dyrektywy dla pacjenta (część sekcji specyfikacji) zostały dodatkowo zwrotnie przetłumaczone. Szczególną uwagę poświęcono pytaniom z kwestionariusza osobowego dotyczącym cech demograficznych. Na koniec użyto w trakcie całej procedury tłumaczenia oficjalnych dyrektyw międzynarodowego konsorcjum RDC/TMD. **Wyniki.** Nie napotkano poważnych trudności w procesie tłumaczenia dokumentu formularza badania klinicznego, sekcji specyfikacji oraz algorytmów diagnostycznych osi I i II czy tłumaczenia i tłumaczenia zwrotnego kwestionariusza osobowego oraz werbalnych dyrektyw dla pacjenta. Polska translacja jest więc uzasadniona lingwistycznie oraz kulturowo ekwiwalentna. **Wnioski.** Przyjęte i zaakceptowane międzynarodowe dyrektywy tłumaczenia zostały użyte w trakcie tworzenia polskiej wersji BKD/ZCURNŻ i ten instrument jest dostępny w celu diagnozy ZCURNŻ w Polsce.

Wstęp

Zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia (ZCURNŻ, z j. ang. temporomandibular disorders, TMD) wg *De Leeuw* obejmują problematykę związaną z mięśniami żucia, stawami skroniowo-żuchwowymi i otaczającymi tkankami.¹ *Stanisław Majewski* zakres diagnostyczno-terapeutycznego postępowania związanego z zaburzeniami rozszerza na cały układ stomatognatyczny.² Najczęstszym objawem zgłaszanym przez pacjentów cierpiących z powodu ZCURNŻ jest ból zlokalizowany w okolicy stawu lub stawów skroniowo-żuchwowych i/lub mięśni żucia, który może potęgować się w czasie aktu żucia lub podczas innych stanów okluzyjnych żuchwy. Są to dolegliwości o charakterze łagodnym, mające fluktuacyjny charakter. Jednak zdarzają się również przypadki z silnymi dolegliwościami bólowymi. Innymi objawami ZCURNŻ są: ograniczenie możliwości otwierania jamy ustnej, zbaczenie żuchwy i objawy akustyczne z okolicy stawu skroniowo-żuchwowego podczas ruchów żuchwy (trzaski i/lub krepitacje). Te trzy główne objawy, tj. dolegliwości bólowe, ograniczenie ruchomości

regarding TMD date back to the fifth century BC, when Hippocrates described a method for manually reducing a dislocation of the mandible. In the next centuries, a patient suffering from problems in the temporomandibular joint was treated by physicians with various medications or devices in the same manner as similar problems in other joints in the body. In the nineteenth century, the first surgical treatment was reported of two patients with a displaced intra-articular disc. During this period, a number of authors also described various surgical methods for correction of a mandibular dislocation. Later, in 1934, the dental profession was drawn into the area of TMD, because of an article written by *James Costen*, an otolaryngologist.⁵ On the basis of eleven cases, he suggested to the profession that changes in the dental condition (e.g., overclosure of bites, lack of molar support, and malocclusion) were responsible for various symptoms, such as impaired hearing, stuffy ears, tinnitus, masticatory muscle and joint pain, dizziness, sinus symptoms, and headache. To solve the TMD problems, a variety of invasive and irreversible dental therapies were suggested, including occlusal adjustment, major restorative dentistry, orthodontics, and even surgery. During that time, no systematic, well-controlled or properly designed clinical studies had been conducted to evaluate the efficacy of these mechanical approaches for patients with TMD. Only some anecdotal papers were published which reported high levels of success in TMD patients by these dental treatments. The occasional failure of patients to respond positively to mechanical treatments was seen as a sign of psychological disturbances, rather than a sign of inappropriate or ineffective diagnosis and/or treatment of TMD.⁶ Over the subsequent years, the focus continued to be on the biomechanical approach. Additionally, only the TMJ, not the masticatory muscles, was seen as the source of the problem.

Occlusion is a very important subject within the dental profession, especially in restorative and prosthetic dentistry. However, its relevance to the etiology of TMD is questionable. In a review of 57 epidemiological studies examining the relation between occlusion and TMD, *Okeson* found that 35 studies suggested a possible relationship, while

zuchwy i objawy akustyczne, nazywane są „klasyczną triadą” zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia.^{1,3}

Przegląd historii ZCURNŹ przedstawia *Daniel Laskin*.⁴ Najwcześniejszy zapis dotyczący zaburzeń czynnościowych pochodzi z V w. p.n.e. To Hipokrates opisał wtedy metodę ręcznego pozycjonowania przemieszczonej żuchwy. Przez następne wieki pacjenci cierpiący z powodu schorzeń stawu skroniowo-żuchwowego byli leczeni przez lekarzy domowych przy użyciu lekarstw lub aparatów, tak jak w przypadku dolegliwości w obrębie innych stawów. W XIX wieku opisano po raz pierwszy chirurgiczne leczenie dwóch pacjentów z przemieszczeniem krążka w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego.⁴ W tym samym czasie wielu autorów opisywało chirurgiczne leczenie nieprawidłowego położenia żuchwy. W 1934 r. stomatologia została włączona w problematykę ZCURNŹ przez artykuł napisany przez otolaryngologa *Jamesa Costena*.⁵ W oparciu na badaniach 11 pacjentów *Costen* stwierdził, że zmiany w prawidłowym uzębieniu (m. in. utrata podparć bocznych, inne braki zębowe czy wady zgryzu) są odpowiedzialne za takie objawy, jak: utrata słuchu, zatłkane uszy, tinitus, zawroty głowy, problemy z zatokami, bóle mięśni w obrębie twarzy, stawu skroniowo-żuchwowego czy bóle głowy. W celu wyleczenia ZCURNŹ wykonywano nieodwracalne i inwazyjne procedury dentystryczne, tj. korektę okluzji poprzez szlifowanie węzłów urazowych, rozległe leczenie protetyczne, leczenie ortodontyczne czy nawet chirurgiczne. W tym czasie nie prowadzono systematycznych, dobrze zaprojektowanych badań klinicznych potwierdzających skuteczność tych mechanicznych metod w leczeniu zaburzeń czynnościowych. Dostępne były tylko kazuistyczne artykuły potwierdzające i promujące skuteczność mechanicznych metod leczenia, które nie mogą być uznane za wiarygodne badania naukowe. Brak pozytywnego efektu w wyniku leczenia metodami mechanicznymi był odbierany jako objaw schorzeń psychicznych, a nie jako znak nieodpowiedniej lub nieefektywnej diagnozy i/lub leczenia.⁶ Przez kolejne lata nadal leczono pacjentów cierpiących z powodu ZCURNŹ na podstawie teorii mechanicznej, przy czym głów-

22 studies provided no evidence in support of a relationship. However, the positive findings in the 35 studies varied so widely that no consistent occlusal feature or characteristic could be identified.⁷ Moreover, the occlusal characteristics, typically referred to as “occlusal disharmonies” cited in these studies, were also prevalent among many symptom-free persons. In other words, there is insufficient evidence supporting the effects of any particular occlusal characteristic as being a risk factor for TMD.

During the 1950s, a shift in thinking about the diagnosis and treatment of TMD began to take place. The masticatory muscles, and not only the TMJ, started to be recognized as a possible source for many of the signs and symptoms occurring in TMD patients. Further, *Laszlo Schwartz* and *Joseph Marbach*, among others, began applying the psychophysiological concept of *Hans Selye* (who demonstrated the physiological responses of various body systems to environmental stressors) to the TMD domain (Schwartz, 1955). Later, *Daniel Laskin* and *Charles Greene* expanded the biopsychosocial concept of *Schwartz* and *Marbach*.^{8,9} The development of the biopsychosocial theory¹⁰ was followed with some early TMD studies that used placebo drugs or sham procedures as controls. The investigators reported high levels of positive response to placebo treatments.^{11,12} During the same period, a number of other placebo-controlled or comparative TMD treatment studies, without performing any irreversible dental or skeletal corrective procedures, were producing high rates of positive responses. This accumulating evidence presented a powerful argument against the use of irreversible, mechanical TMD therapies.

Nowadays, TMD is being studied and treated from a medical perspective that involves orthopedic principles, combined with a biopsychosocial understanding of how pain disorders affect patients.¹³ It means that dentists should avoid invasive, irreversible, and aggressive treatments. Instead, more reversible and conservative, evidence-based management strategies are recommended to reduce pain and to improve function. This approach has been shown to be

ne źródło problemu upatrywano tylko w stawach skroniowo-żuchwowych, a nie mięśniach żucia.

Okluzja jest bardzo ważnym zagadnieniem w stomatologii, przede wszystkim w protetyce stomatologicznej i ortodontji. Jednak znaczenie okluzji w etiologii zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia dotychczas nie zostało podparte jednoznacznymi dowodami naukowymi. W przeglądzie 57 badań epidemiologicznych na temat relacji pomiędzy okluzją a ZCURNŻ, *Okeson* znalazł 35 badań sugerujących prawdopodobną relację, a 22 badania nie wykazały takiego powiązania. Jednakże prawdopodobne pozytywne relacje wśród tych 35 badań tak bardzo się różniły, iż na ich podstawie nie można było jednoznacznie określić wpływu okluzji na ZCURNŻ.⁷ Co więcej, cechy okluzji, zazwyczaj nazywane jako „okluzja nieprawidłowa”, wymienione przez te badania, stwierdzono również wśród populacji nieposiadającej żadnych objawów zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia. Innymi słowy, nie ma wystarczających dowodów, że którakolwiek cecha okluzji stanowi ryzyko wystąpienia zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia.

W latach pięćdziesiątych nastąpiła zmiana w myśleniu dotycząca diagnozy i leczenia ZCURNŻ. Źródła zaburzeń czynnościowych zaczęto lokalizować nie tylko w zakresie stawów skroniowo-żuchwowych, ale również stały się nimi mięśnie żucia. Było to jedno z założeń teorii biopsychosocjologicznej. Pionierami w zastosowaniu biopsychosocjologicznej teorii *Hansa Selye* w dziedzinie ZCURNŻ byli m. in. *Laszlo Schwartz* i *Joseph Marbach*.⁸ Teoria biopsychosocjologiczna zakłada wpływ środowiskowych czynników stresowych na fizjologiczne odpowiedzi różnych systemów w organizmie ludzkim. Później biopsychosocjologiczną koncepcję *Schwartz* i *Marbach* nagłośnili *Daniel Laskin* i *Charles Green*.⁹ Odkrycie teorii biopsychosocjologicznej¹⁰ dało początek badaniom naukowym w zakresie ZCURNŻ z grupami kontrolnymi, w których stosowano placebo lub wdrażano inne metody lecznicze, bez wykonywania nieodwracalnych procedur korekcyjnych. Efektem tych badań był wysoki wskaźnik skuteczności stosowanych metod terapeutycznych.^{11,12} Ta akumulacja dowodów stanowiła mocny argument przeciwko

successful for most TMD patients.¹ Nevertheless, many issues regarding the etiology, treatment, and prognosis of TMD remain unclear.

In order to better understand TMD, a classification system should be used that reflects the current insights into TMD (i.e., its biopsychosocial basis). The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), that were published in 1992 by a group of experts:¹⁴ *Samuel F. Dworkin, James R. Friction, Lars Hollender, Kimberly H. Huggins, Linda LeResche, James Lund, Norman D. Mohl, Richard Ohrbach, Sandro F. Palla, Earl E. Sommers, Christian Stohier, Edmond L. Truelove, Michael von Korff and Charles G. Widmer*. These experts cooperate in International RDC-TMD Consortium Network.¹⁵ RDC/TMD criteria are specifically based on the general biopsychosocial model. The system, by means of a dual-axis approach, provides the patient-specific clinical data necessary to adequately evaluate the interaction between the physical and psychological dimensions of pain. Axis I uses a structured and strongly operationalized set of clinical examination procedures that provide reliable data leading to a physical diagnosis of the patient. The psychological dimension of pain, including pain intensity, pain-related disability, and the presence of depression and non-specific symptoms, can be derived from Axis II which is comprised of standardized self-report instruments.

The RDC/TMD has, to date, been formally translated into seventeen languages (among others: Dutch, French, German, Italian, Japanese and Swedish; see www.rdc-tmdinternational.org). Translations need to be performed formally (i.e., using the so-called forward and back translation procedure), because the translated version should measure the same constructs as the source version (in English).¹⁶

Aim of the study

So far, no formal Polish translation has been done. Hence, the aim of this article is to describe the steps taken to conduct a formal translation of the English language RDC/TMD into Polish, and

używaniu nieodwracalnych, mechanicznych terapii w leczeniu ZCURNŻ.

Obecnie ZCURNŻ są badane i leczone z takiego medycznego punktu widzenia, który wiąże zasady ortopedyczne z biopsychosocjalnym pojmowaniem wpływu, jaki schorzenia bólowe wywierają na pacjenta.¹³ Oznacza to, że lekarze stomatolodzy powinni unikać inwazyjnych i nieodwracalnych metod leczenia. Zamiast tego rekomenduje się w celu redukcji bólu i poprawy funkcjonowania pacjenta stosować leczenie zachowawcze, odwracalne, stosując metody oparte na badaniach naukowych. *De Leeuw* przeanalizował badania zespołu *Apfelberga* z 1979, *Carlssona* z 1985, *Okesona* i *Heyesa* z 1986, zespołu *Randolpha* z 1990, *Skeppara* i *Nitnera* z 1993, *Browna* i *Gaudera* z 1994 i innych. Zastosowane w tych badaniach postępowanie zachowawcze było skuteczne dla większości (85-90%) pacjentów cierpiących z powodu ZCURNŻ.¹ Pomimo to wiele zagadnień dotyczących etiologii, leczenia i prognozy ZCURNŻ, pozostaje w dalszym ciągu niejasne.

W celu lepszego zrozumienia zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia oraz dla możliwości wprowadzenia metod porównawczych w odniesieniu do diagnostyki i realizowanej terapii uzasadnione jest stosowanie zunifikowanego, ogólnie przyjętego systemu klasyfikacji, który odzwierciedla obecne postrzeganie ZCURNŻ (tj. jego biopsychosocjalne podstawy). Badawcze kryteria diagnostyczne zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia (BKD/ZCURNŻ) – zostały opublikowane w 1992 roku przez grupę ekspertów będących autorytetami w omawianej tematyce.¹⁴ Są wśród nich takie osoby, jak: *Samuel F. Dworkin, James R. Friction, Lars Hollender, Kimberly H. Huggins, Linda LeResche, James Lund, Norman D. Mohl, Richard Ohrbach, Sandro F. Palla, Earl E. Sommers, Christian Stohier, Edmond L. Truelove, Michael von Korff i Charles G. Widmer*. Wymienieni naukowcy współpracują w ramach International RDC-TMD Consortium Network, która to organizacja skupia wszystkich znanych ekspertów tej dziedziny z całego świata: od Amsterdamu po Stany Zjednoczone.¹⁵ Opracowane kryteria są oparte na ogólnym modelu biopsychosocjalnym. System ten,

to establish the cultural equivalence of the Polish version of the RDC/TMD.

Materials and methods

The RDC/TMD is comprised of three parts: (1) Administering the RDC (including the History Questionnaire and the Clinical Examination Form); (2) Clinical Examination Specifications (including instructions for the clinical examination and verbal directives for the patient); and (3) Scoring the RDC (including algorithms for the evaluation of axis I and II). In line with the official Translation Guidelines of the RDC/TMD,¹⁶ the History Questionnaire and the verbal directives for the patient were forward translated into Polish, back-translated, reviewed, and panel-reviewed; the remaining parts were only forward translated, because they are not used for formal data collection procedures.

Administering the RDC

History Questionnaire – The source (English language) questionnaire contains thirty-one questions. The first two require patient's self-assessment as far as general and oral health are concerned (possible answers: excellent, very good, good, satisfactory, and bad). Questions 3-6 refer to pain felt by the patient in the facial area with respect to its location, its onset, period of occurrence, nature and stability, as well as possible past therapies. The purpose of the next seven questions is the assessment of the Graded Chronic Pain Scale (GCPS).¹⁷ In questions 7-9, the patient quantitatively reports the pain intensity, choosing from an 11-point numeric rating scale, where 0 stands for "the lack of pain," and 10 stands for "the worse possible pain". In question 10, the patient is asked to specify the number of days usual activities have been compromised due to pain, and in questions 11-13, the patient is asked to what extent the facial pain has interfered with the core dimensions of daily activities (i.e., work, home, and recreation), rated on a 0 to 10 scale, where 0 is "no influence" and 10 is "unable to carry out any activities". Questions 14-18 refer to possible problems related to the masticatory system (viz., a limited mouth opening and its influence on eating

poprzez dwuosiołowe podejście, dostarcza konkretnych danych klinicznych – koniecznych do adekwatnej ewaluacji interakcji pomiędzy fizycznym a psychicznym wymiarem bólu. Oś I jest strukturalnym i silnie operacyjnym zestawem diagnostycznych procedur klinicznych, które dostarczają rzetelnych danych prowadzących do fizycznej diagnozy pacjenta. Psychologiczny wymiar bólu, łącznie z intensywnością bólu, niepełnosprawność wynikająca z bólu oraz obecność depresji i niespecyficznych objawów można ocenić na podstawie osi II, która składa się ze standardowych instrumentów opartych na samodzielnej opinii pacjenta.

Badawcze kryteria diagnostyczne (BKD/ZCURNŻ) do dnia dzisiejszego zostały oficjalnie przetłumaczone na 17 języków (między innymi: holenderski, francuski, niemiecki, włoski, japoński i szwedzki). Tłumaczenie musi być przeprowadzone formalnie (tj. przy użyciu tak zwanych procedur tłumaczenia i tłumaczenia zwrotnego), ponieważ przetłumaczona wersja powinna zawierać te same wartości, co oryginalna wersja napisana w języku angielskim.¹⁶

Cel pracy

Do tej pory oficjalne polskie tłumaczenie „Badawczych kryteriów diagnostycznych zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia (BKD/ZCURNŻ)” nie zostało wprowadzone w życie. Dlatego celem artykułu jest prezentacja polskiej wersji BKD/ZCURNŻ z przedstawieniem etapów wymaganych i zastosowanych oficjalnych procedur tłumaczenia z języka angielskiego na polski z uwzględnieniem kulturowej adaptacji polskiej wersji językowej.

Materiał i metoda

Badawcze kryteria diagnostyczne zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia (BKD/ZCURNŻ) składają się z 3 części: (1) Administrowanie badawczymi kryteriami diagnostycznymi (BKD) (włącznie z kwestionariuszem osobowym oraz formularzem badania klinicznego); (2) Specyfikacja badania klinicznego (włącznie z instrukcjami badania klinicznego oraz werbalnymi dyrektywami dla pacjenta); (3) Pomiar BKD (włącznie z algorytma-

functions, the possible presence of joint sounds, grinding or clenching of teeth during the night or day and the pain connected with it, and stiffness of jaws just after waking up). Additionally, the patient is questioned about sounds in the ears, discomfort of occlusion, past facial injuries, migraine attacks, and systemic diseases affecting joints among family members. Question 19 includes the Jaw Disability Checklist (JDCL); an unvalidated list of 12 oral functions (e.g., chewing, drinking, yawning). Question 20 is comprised of 32 items that assess depression and nonspecific physical symptoms; these items were adapted from relevant subscales of the original SCL-90 (Symptom Checklist 90).¹⁸ In questions 21-22, the patient designates the extent of his/her general health care and oral health care, choosing from five possible answers: excellent, very good, good, satisfactory, or bad. Questions 23 and 24 ask about age and gender. The last part of the questionnaire (questions 25-31) inquire about nationality, place of birth, level of education, occupation or possible unemployment, marital state, and salary.

Clinical Examination Form – The clinical examination form starts with questions concerning the location of pain. The next point refers to the type of opening pattern: straight, uncorrected right or left lateral deviation, or corrected right or left deviation. During the clinical examination, vertical movement variants are measured: pain-free opening, maximal unassisted opening, and maximal assisted opening. Next, the size of overbite, overjet, and midline deviation is established. Horizontal movements to the left, to the right, and to the front are also measured. During each movement, the patient is asked to determine the side and the location of the pain. Sounds in the joints during opening and closing of the mandible, as well as during lateral and forward movements are examined as well. The RDC/TMD takes into consideration the specific sounds of coarse crepitus, fine crepitus, and clicking. In the latter case, it is also necessary to conduct the elimination test, which leads to a possible diagnosis of anterior disc displacement with reduction. In addition, 12 locations on the left side as well as on the right side of the face and head are examined by palpation.

mi diagnostycznymi osi I i II BKD/ZCURNŻ). Kwestionariusz osobowy i werbalne dyrektywy dla pacjenta zostały najpierw przetłumaczone na język polski, następnie przetłumaczone zwrótnie i recenzowane przez Polską Komisję Weryfikującą zgodnie z oficjalnymi dyrektywami.¹⁶ Pozostałe części BKD zostały tylko przetłumaczone, ponieważ nie są używane w trakcie procedury formalnego zbierania danych.

Administrowanie badawczymi kryteriami diagnostycznymi (BKD)

Źródłowy kwestionariusz osobowy – napisany w języku angielskim składa się z 31 pytań. Dwa pierwsze wymagają samooceny pacjenta w zakresie zdrowia ogólnego i jamy ustnej (możliwe odpowiedzi: doskonale, bardzo dobre, dobre, dostateczne, złe). Pytania 3-6 dotyczą informacji na temat bólu odczuwanego przez pacjenta w obrębie twarzy: ze względu na jego umiejscowienie, moment pojawienia się, okres obejmujący występowanie, charakter i stabilność oraz na temat ewentualnych poprzednich terapii, które pacjent przeszedł. Celem siedmiu kolejnych pytań jest ocena bólu chronicznego (z ang. Graded Pain Scale, GCPS).¹⁷ W pytaniach 7-9, pacjent określa intensywność bólu, wybierając wśród 11-stopniowej skali, gdzie 0 to „brak bólu”, a 10 to „ból nie do wytrzymania”. W pytaniu nr 10 pacjent określa, w ciągu ilu dni w ostatnich sześciu miesiącach nie mógł wykonywać swoich zwykłych czynności z powodu dolegliwości bólowych. Natomiast pytania 11-13 dotyczą intensywności wpływu bólu na wykonywanie czynności, gdzie 0 to „brak wpływu” na wykonywanie czynności, a 10 to „niezdolny do wykonywania żadnych czynności”. Pytania 14-18 dotyczą możliwych problemów, które związane są z układem mięśniowo-stawowym (ograniczenie możliwości otwierania jamy ustnej i jej wpływ na funkcje spożywania pokarmów, ewentualna obecność efektów akustycznych w stawach skroniowo-żuchwowych, zgrzytanie lub zaciskanie zębów w nocy lub w ciągu dnia i związany z tym ból czy zdrętwienie szczęk po obudzeniu). Dodatkowo pacjentowi stawiane są pytania dotyczące szumów w uszach, braku „wygody” okluzyjnej, przeszłych urazów twarzy, ataków migrenowych, a także na temat ewentualnych chorób

These are posterior temporalis, middle temporalis, anterior temporalis, origin of masseter, body of masseter, insertion of masseter, post mandibular region, submandibular region, lateral pterygoid area, tendon of temporalis, lateral pole, and posterior TMJ. Furthermore, palpation of control areas is also conducted (viz., the upper lateral part of the mastoid, as well as the frontal and vertex points). The patient is asked to estimate the pain intensity of each area examined by palpation on a four-point scale, where 0 = no pain/only pressure, 1 = mild pain, 2 = moderate pain, 3 = severe pain.

Clinical Examination Specifications

This document contains instructions for the clinical examination and verbal directives for the patient. Instructions were created in order to standardize the clinical examination.

Scoring the RDC

Diagnosis – Based on the clinical measurements derived from the Clinical Examination Form, the diagnostic system is divided into three groups: (I) muscle disorders, (II) disc displacements, and (III) arthralgia, osteoarthritis, and osteoarthrosis.¹⁴

Group I: Muscle disorders – There are two subgroups of muscle disorders: IA Myofascial pain: pain of muscle origin, including a complaint of pain as well as pain associated with localized areas of tenderness to palpation in the muscle; and IB Myofascial pain with limited opening: which is the same as IA except that it also requires limited movement and stiffness of the muscle during stretching in the presence of myofascial pain.

Group II: Disc displacements – There are three subgroups in this category: IIA Disc displacement with reduction: the disc is displaced from its position between the condyle and the fossa to an anterior and medial or lateral position, but reduces during full opening; IIB Disc displacement without reduction with limited mouth opening: a condition in which the disc is displaced from its normal position between the condyle and the fossa to an anterior and medial or lateral position, associated with limited mandibular opening; and IIC Disc displacement without reduction, without limited opening: a condition in which the disc is displaced

systemowych stawów występujących u osób z rodziny. Pytanie 19 obejmuje listę dwunastu czynności (z ang. Jaw Disability Checklist, JDCL), których wykonywanie może być ograniczone z powodu diagnozowanego problemu w obrębie twarzy (m. in. żucie, picie, ziewanie). Pytanie 20, które składa się z 32 podpunktów, kieruje uwagę ku niespecyficznym objawom fizycznym i skłonności do depresji u pacjenta (odpowiadająca część kwestionariusza SCL-90; z j. ang. Symptom Checklist 90).¹⁸ W pytaniu 21 i 22 pacjent określa stopień swej dbałości o zdrowie ogólne i zdrowie jamy ustnej, wybierając spośród pięciu możliwych odpowiedzi: doskonale, bardzo dobrze, dobrze, dostatecznie czy słabo. Płeć i wiek dokumentowane są w pytaniach 23 i 24 Ostatnia część kwestionariusza (pytania 25-31) dotyczy sfery demograficznej (narodowość, miejsce urodzenia, poziom wykształcenia, praca czy ewentualne zwolnienie z pracy, stan cywilny i poziom zarobków).

Formularz badania klinicznego – kliniczny formularz diagnostyczny – rozpoczyna się od pytań na temat umiejscowienia bólu. Kolejny punkt dotyczy rodzajów ruchu odwodzenia (prosty, dewiacja boczna w prawo lub w lewo czy dewiacja fizjologiczna w prawo lub lewo). W trakcie badania klinicznego mierzy się warianty ruchu pionowego, a mianowicie czynne otwarcie bez bólu, czynne maksymalne otwarcie, biernie maksymalne otwarcie. Następnie ustala się wielkość nagryzu pionowego, poziomego i ewentualnych odchyień od linii pośrodkowej. Mierzy się też ruchy poziome w prawo, lewo i do przodu. W trakcie każdego ruchu pacjent pytany jest o stronę i miejsce (staw czy mięsień) odczuwanego bólu. Bada się też objawy akustyczne w stawach w trakcie odwodzenia czy przywodzenia żuchwy, ruchów bocznych i ruchu doprzedniego. BKD/ZCURNŻ biorą pod uwagę takie objawy akustyczne, jak: wyraźne krepitacje, delikatne krepitacje oraz trzaski w stawie. Wykonuje się ponadto test eliminacji, który prowadzi do ewentualnego zdiagnozowania doprzedniego przemieszczenia krążka stawu skroniowo-żuchwowego bez zablokowania. Dodatkowo palpacyjnie badanych jest 12 miejsc po stronie prawej i lewej (tylna część mięśnia skroniowego, część środkowa mięśnia skroniowego, część przednia

from its normal position between the condyle and the fossa to an anterior and medial or lateral position, not associated with limited opening.¹⁴

Group III: Arthralgia, osteoarthritis, osteoarthrosis – Also in this group, three subgroups can be distinguished: IIIA Arthralgia: pain and tenderness in the joint capsule and/or the synovial lining of the TMJ; IIIB Osteoarthritis: pain and tenderness in the joint capsule and/or the synovial lining of the TMJ, coarse crepitus in the TMJ and/or tomograms showing pathology in the TMJ; and IIIC Osteoarthrosis: coarse crepitus in the TMJ and/or tomograms showing pathology in the TMJ.

Algorithms – The RDC/TMD provides the user with algorithms, which step by step lead to the above-mentioned three groups of mutually exclusive diagnoses of TMD. Multiple diagnoses are possible. A parallel scoring procedure is available for the instruments comprising Axis II of the RDC/TMD.

Cultural adaptation process

The RDC/TMD document was translated using the Guidelines framed by the Committee for Translations and Protocols of the International Consortium for RDC/TMD-Based Research.¹⁶ The History Questionnaire and verbal directives for the patient were adapted considering culture, in several steps.

Translation – In line with the directives, the original text (History Questionnaire and verbal directives for the patient) was translated independently by two bilingual forward translators, and the native language of each was Polish. One translator was a professional in the TMD field, while the other translator was naïve to this field. In general, selecting two translators who have different knowledge helps in creating instruments by reducing bias and enhancing a more general understanding of the item content. It should be noted that the national diversity in Poland, the educational system, the types of marital status, and the level of earnings vary between Poland and the USA. Consequently, questions 25-31 of the History Questionnaire were accordingly translated, per the Guidelines, to be consistent with the needs in Poland. Data gathered by Central

mięśnia skroniowego, część górna mięśnia żwacza, część środkowa mięśnia żwacza, część dolna mięśnia żwacza, tylna okolica żuchwy, okolica podżuchwowa, okolica mięśnia skrzydłowego bocznego, ścięgno mięśnia skroniowego, okolica boczna oraz przyczep tylny). Przeprowadza się poza tym badanie palpacyjne miejsc bezbólowych (górna boczna część wyrostka sutkowatego, oraz punkty frontal zlokalizowane w linii żrenic, poniżej włosów i vertex zlokalizowane 1 cm bocznie od szczytu czaszki). Pacjent proszony jest o oszacowanie intensywności bólu każdego miejsca badanego palpacyjnie według 4-stopniowej skali: 0 = brak bólu/tylko ucisk, 1 = łagodny ból, 2 = umiarkowany ból, 3 = ból silny.

Specyfikacja badania klinicznego

W dokumencie tym zawarte są instrukcje badania klinicznego oraz werbalne dyrektywy dla pacjenta. Specyfikacje zostały stworzone w celu standaryzacji badania klinicznego.

Pomiar badawczych kryteriów diagnostycznych (BKD)

Diagnoza. Na podstawie pomiarów klinicznych dostarczonych z formularza badania klinicznego, system diagnostyczny podzielony jest na trzy grupy: (I) zaburzenia mięśniowo-powięziowe, (II) przemieszczenia krążka stawowego, (III) artralgia, zapalenie i zwyrodnienie stawu skroniowo-żuchwowego.¹⁴

Grupa I. Zaburzenia mięśniowo-powięziowe. Wyróżniamy dwie podgrupy zaburzeń mięśniowo-powięziowych: IA – ból pochodzenia mięśniowo-powięziowego: ból pochodzący z mięśni i powięzi, włącznie z dolegliwościami bólowymi pacjenta, jak i ból związany z miejscem zlokalizowanym w trakcie badania palpacyjnego mięśni; IB – ból pochodzenia mięśniowo-powięziowego z ograniczonym zakresem odwodzenia: tak jak wyżej. Do postawienia diagnozy upoważnia stwierdzenie ograniczenia możliwości otwierania i sztywność mięśni w trakcie rozciągania skutkująca bólem mięśniowo-powięziowym.

Grupa II. Przemieszczenia krążka stawowego. Wyróżniamy trzy podgrupy w tej kategorii: IIA przemieszczenie krążka stawowego bez zablo-

Statistical Office in Poland^{19,20} served as the basis for making specific decisions regarding, e.g., cultures represented in Poland, and income levels.

Synthesis – The two independent translations were assessed for differences by the project coordinator, who created a single forward translation.

Back translation, review, and revision – The single Polish forward translation, which was created on the basis of two independent translations, was sent to an independent bilingual back translator whose native language was English. The back translator was naïve to the source text but had some basic knowledge of the TMD field. The back translation was then compared to the original source version by an American reviewer who was a contributing author of the original RDC/TMD and who had extensive experience in doing such reviews. A document describing all discrepancies between the back translation and the source (English) version was created pursuant to the reviewer's opinion in order to identify areas of concern in the Polish translation. The forward and back translation steps were then repeated for the discrepant items, followed by independent review.

Review and revision by the committee of experts – In the next stage, the coordinator established a Polish Committee of Experts consisting of a Polish language specialist, a psychologist specializing in the field of pain, a dentist specializing in the TMD field, and two lay persons (one of whom did not know the English language, and one of whom was Polish-English bilingual). The task of the committee was to review the translation of the History Questionnaire and the verbal directives for the patient with regards to four types of equivalences (somatic, idiomatic, experiential, and conceptual) of the document. This must be established for an instrument to be used cross-culturally.¹⁶

Results

The American reviewer identified 26 discrepancies between the back translation and the original source version of History Questionnaire:

kowania – krążek jest przemieszczony z pozycji pomiędzy głową wyrostka kłykciowego żuchwy a dołem żuchwowym kości skroniowej do przodu i przyśrodkowo lub bocznie, ale ulega repozycji w trakcie dalszego obniżania żuchwy; IIB przemieszczenie krążka stawu skroniowo-żuchwowego z zablokowaniem, z ograniczonym zakresem odwodzenia – sytuacja taka występuje, gdy krążek jest przemieszczony z pozycji pomiędzy głową wyrostka kłykciowego żuchwy a dołem żuchwowym kości skroniowej do przodu i przyśrodkowo lub bocznie, co jest sprzężone z ograniczonym otwarciem ust (w tym przypadku krążek nie ulega repozycji); IIIC przemieszczenie krążka stawowego z zablokowaniem i bez ograniczonego zakresu odwodzenia – sytuacja, gdy krążek jest przemieszczony z pozycji pomiędzy głową wyrostka kłykciowego żuchwy a dołem żuchwowym kości skroniowej do przodu i przyśrodkowo lub bocznie, co nie jest to związane z ograniczonym otwarciem ust.¹⁴

Grupa III. Artralgia, zapalenie stawu i zwyrodnienie stawu. Również w tej grupie możemy wyróżnić trzy podgrupy: IIIA – artralgia – ból i wrażliwość torebki stawu i/lub błony maziowej wyściełającej staw skroniowo-żuchwowy; IIIB – zapalenie stawu (arthritis) – ból i wrażliwość torebki stawu i/lub błony maziowej wyściełającej staw skroniowo-żuchwowy, wyraźne krepitacje w stawie skroniowo-żuchwowym oraz obraz tomograficzny ukazujący patologię w stawie; IIIC – zwyrodnienie stawu (arthrosis) – wyraźne krepitacje w stawie skroniowo-żuchwowym oraz obraz tomograficzny ukazujący patologię w stawie (głównie odnoszącą się do budowy anatomicznej głowy SS-Ż).

Algorytmy. BKD/ZCURNŻ dostarczają użytkownikowi algorytmów, które krok po kroku prowadzą do wyżej wspomnianych trzech grup wzajemnie wykluczających się diagnoz ZCURNŻ. Podobne procedury są dostępne dla instrumentów składających się na oś II BKD/ZCURNŻ.

Proces adaptacji kulturowej – opis postępowania związanego z tłumaczeniem kryteriów badawczych

Dokument BKD/ZCURNŻ przetłumaczono według dyrektyw sformułowanych przez Committee

In questions 1-2, “fair” was translated as “not too bad” (“fair” is translated as “dostatecznie”. Another translation could be “satisfakcjonujące”. However, “dostatecznie” fits better to the Polish culture, because it is used, e.g., in school evaluation).

In question 3, the problem was an awkward verb structure (the absence of the present perfect tense in Polish).

In question 6, the problem was that in Polish, the word “ból” corresponds to both “ache” and “pain”.

In questions 7, 8, and 9, “pain as bad as could be” was translated as “most severe pain”.

In questions 12-13, the rating scale “no change” and “extreme change” was replaced by “no interference” and “unable to carry out any activities” to make it comparable with question 11.

In question 13, the problem was that the question, as per the back-translation, asked how bad the pain was such that it interfered, versus the correct question, which asked how much the pain has interfered with activities.

In question 15e, the back translation did not contain the word “stiff”.

In question 15g, the word “bite” was translated as “problems during biting”.

In question 17a and 17b, “injury” was translated as “inflicted pain” (the phrase “inflicted pain” is not easily understood by the Poles; “injury” means “uraz”).

In question 20, some words were missing in the back-translation.

In question 20c, “faintness” and “dizziness” were translated as “dizziness” and “headache” (“faintness” was translated as “omdlenia”, while “dizziness” was translated as “zawroty głowy”)

In question 20m, “worrying too much about things” was translated as “constantly worrying about things” (the back translation contained redundant words).

In question 20p, the problem was that in Polish, the word “ból” corresponds to many English words, (e.g., “soreness” and “pain”).

In question 20t, “numbness or tingling in parts of your body” was translated as “numbness in many parts of the body” (the back translation omitted the word “tingling” (“mrowienie”) and added the

for Translations and Protocols International Consortium for RDC/TMD – Based Research.¹⁶ Kwestionariusz osobowy i werbalne dyrektywy dla pacjenta zostały kulturowo zaadaptowane w ramach procedury, na którą składa się kilka etapów.

Tłumaczenie

Tekst pierwotny (kwestionariusz osobowy i werbalne dyrektywy dla pacjenta) został przełożony według wytycznych, niezależnie przez dwóch dwujęzycznych tłumaczy, dla których językiem ojczystym jest polski. Jeden z tych dwóch tłumaczy był specjalistą w dziedzinie zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia, a drugi nie miał żadnego doświadczenia w tym zakresie. Dobór dwóch tłumaczy dysponujących różną wiedzę redukuje liczbę błędów oraz pomaga w stworzeniu instrumentów, które będą równocześnie trafne fachowo i zrozumiałe dla niespecjalisty, więc dla typowego użytkownika tekstu. Trzeba zauważyć, że zróżnicowanie narodowościowe, system kształcenia, stan cywilizacji i poziom zarobków różnią się w USA i w Polsce. W związku z tym, konsekwentnie, ostatnia część kwestionariusza osobowego (pytania 25-31) została tak przetłumaczona, aby była zgodna z warunkami (potrzebami) występującymi w Polsce. Dane dotyczące tej części kwestionariusza zostały odpowiednio zmienione i oparte na danych zebranych przez Główny Urząd Statystyczny w Polsce.^{19,20}

Synteza i rozwiązywanie rozbieżności

Na kolejnym etapie pracy dwa niezależne tłumaczenia poddano analizie. W następstwie powstała jedna wersja tłumaczenia stworzona przez osobę koordynującą projekt.

Tłumaczenie zwrotne, recenzja i poprawa

Dokument polski, który powstał na podstawie analizy dwóch niezależnych tłumaczeń, przesłano z kolei do niezależnego dwujęzycznego tłumacza, dla którego językiem ojczystym jest angielski. Tłumacz nie znał tekstu źródłowego i posiadał podstawową wiedzę na temat zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia. Tłumaczenie zwrotne zostało następnie porów-

redundant word “many”, which is different from the original).

In question 20bb, “restless” was translated as “nightmare”, which is a wrong choice of vocabulary.

In question 28a, the problem was the understanding of the correct definition of the word “employment”.

The answer to question 28c, “lay off” was translated as “doctor’s excuse” (there is a problem with the Polish word “zwolnienie”, which means both “sick leave” and “layoff”. In this context, sick leave is incorrect).

In the answers to questions 1, 2, 21, and 22, “fair” and “poor” were translated as “complement” and “weak”.

In the answers to questions 7, 8, and 9, “pain as bad as could be” was translated as “most severe pain”.

In the answers to questions 11, 12, and 13, “no interference” was translated as “without income”, being one of the possible literal translations.

The response options to question 20 were not included in the translation.

The Polish translation of the History Questionnaire was changed in 10 points. These 10 discrepant items were again forward translated, back translated, and then reviewed, using the same procedures and individuals as before. The American reviewer considered this back translation to be successfully completed, so there was no need to repeat the above-mentioned procedures.

There were no differences between the source document and the back translation in the verbal directions for the patient.

The final versions of the History Questionnaire and the verbal directives for the patient were reviewed by the Polish Committee of Experts with respect to the four types of equivalences (see Cultural adaptation process). The Committee suggested a few minor linguistic changes, like:

In question 12, “życie rekreacyjne” should be translated as “aktywność rekreacyjna”.

In question 14b, “otwieranie ust” (“mouth opening”) is a better choice than the translation of “jaw opening”.

nane z oryginalną wersją przez amerykańskiego recenzenta, który jest współautorem oryginalnej wersji RDC/TMD i ma doświadczenie w recenzowaniu tego rodzaju dokumentów. Recenzent amerykański opisał wszystkie rozbieżności pomiędzy oryginalnym (angielskim) źródłem a tłumaczeniem zwrotnym. Tłumaczenie i tłumaczenie zwrotne zostały zweryfikowane w odniesieniu do sprzecznych pozycji, a następnie ponownie niezależnie ocenione przez recenzenta amerykańskiego.

Recenzja i poprawa przez komisję weryfikującą

W kolejnym etapie koordynator projektu powołał Polską Komisję Weryfikującą, składającą się ze specjalisty w zakresie języka polskiego, psychologa specjalizującego się w dziedzinie bólu, stomatologa specjalizującego się w zaburzeniach czynnościowych układu ruchowego narządu żucia oraz dwóch laików, przy czym jeden z nich był dwujęzyczny (polsko-angielski). Zadaniem komisji było zrecenzowanie tłumaczenia kwestionariusza osobowego oraz dyrektyw werbalnych dla pacjenta odnośnie do czterech typów równoważności (semantycznego, idiomatycznego, empirycznego oraz pojęciowego) tego dokumentu. Obowiązuje to w stosunku do każdego dokumentu, który ma być używany międzykulturowo.¹⁶

Wyniki

Recenzent amerykański stwierdził 26 niezgodności powstałych na podstawie porównania tłumaczenia zwrotnego w stosunku do wersji pierwotnej kwestionariusza osobowego. W pytaniach 1-2: „fair” zostało przetłumaczone jako „not too bad” („fair” zostało przetłumaczone jako „dostatecznie”. Inne tłumaczenie mogłoby brzmieć: „satisfakcjonujące”, choć wydaje się, że „dostatecznie” pasuje lepiej do polskiej rzeczywistości, ponieważ jest używane m.in. jako ocena w szkole). W pytaniu 3 problem dotyczył użytej formy czasownika. W pytaniu 6 problem dotyczył słowa „ból”, któremu odpowiada zarówno „ache”, jak i „pain”. W pytaniach 7, 8 i 9 „pain as bad as could be” zostało przetłumaczone jako „most severe pain”. W pytaniach 12-13, „no change” oraz „extreme change” zostało zastąpione przez „no

In question 16a, “układowe” would be a better translation for “systemic”.

The remaining parts of RDC/TMD, namely the Clinical Examination Form, the remaining parts of the Clinical Examination Specifications, and the algorithms for axis I and II scoring, were translated by the project coordinator. They were included in the Polish version of the RDC/TMD. The final version was then placed on the website of International RDC/TMD Consortium.¹⁵

Discussion

The diagnosis of temporomandibular disorders as well as that of other musculoskeletal disorders (such as back pain and cervical pain) is complex; often, there are no objective findings associated with the patient complaints related to these disorders.²¹ Many different diagnostic approaches have been proposed.²²⁻²⁹ These approaches, however, were not accompanied by translation procedures or cultural adaptations similar to those presented in this article. This, among other things, has hampered broad application of these systems.

As yet, only three RDC/TMD translations (Dutch, German, and Portuguese [Brazil]) passed through a cultural adaptation process.³⁰⁻³² The currently described Polish translation would be the fourth one. This cultural adaptation process should also be performed by others, so that all translated instruments will measure the same constructs as the original version, regardless of the population of interest.

Examiner reliability has been examined in multiple studies which demonstrate that the reliability of this system is sufficiently high for most diagnostic types. The comparable reliability across studies in different countries also demonstrates the importance of clear operationalization of examination procedures; the latter includes the very specific examination instructions which were also part of this translation and adaptation process. These characteristics of the RDC/TMD are one reason why usage of the RDC/TMD is highly recommended.³³⁻³⁶ Originally, the RDC/TMD was intended for clinical research purposes.¹⁴ Extension to clinical settings as promoted in the International RDC/TMD Consortium mission

interferencje” i „unable to carry on any activities” w celu uczynienia pytań porównywalnych do 11. W pytaniu 13 problemem było to, że zwrotny tłumacz pyta – jak duży był dokuczliwy ból (versus) w przeciwieństwie do poprawnego pytania – jak bardzo ból dokuczał przy / ingerował w działanie / wykonywaniu czynności. W pytaniu 15e translacja zwrotna nie zawarła słowa „stiff”. W pytaniu 15g „bite” zostało przetłumaczone jako „problems during biting”. W pytaniach 17a i 17b: „injury” zostało przetłumaczone jako „inflicted pain” (określenie „inflicted pain” nie jest łatwo zrozumiałe przez polską populację; „injury” znaczy „uraz”). W pytaniu 20 brakowało kilku słów w translacji zwrotnej. W pytaniu 20c: „faintness” i „dizziness” zostały przetłumaczone jako „dizziness” i „headache”. W pytaniu 20m: „worrying too much about things” zostało przetłumaczone jako “constantly worrying about things” (tłumaczenie zwrotne zawierało zbędne słowa). W pytaniu 20p problem polegał na tym, że słowo „ból” odpowiada wielu angielskim słowom, m.in. „soreness”. W pytaniu 20t „numbness or tingling in parts of your body” zostało przetłumaczone jako “numbness in many parts of the body” (translacja zwrotna pominęła słowo “mrowienie”, a dodała redundantne słowo „many”, które jest niezgodne z wersją źródłową). W pytaniu 20bb: “restless” zostało przetłumaczone jako „nightmare”, co jest złym wyborem słownictwa. W pytaniu 28a, problemem było zrozumienie poprawnej definicji słowa „employment”. W pytaniu 28c i odpowiedzi: „lay off” zostało przetłumaczone jako „doctor’s excuse” (w języku polskim słowo „zwolnienie” znaczy „sick leave” jak i „lay off”, w tym kontekście określenie „sick leave” jest niepoprawne). Odpowiedzi do pytania 1, 2, 21 i 22: „fair” i „poor” zostały przetłumaczone jako „complement” i „weak”. Odpowiedzi do pytania 7, 8 i 9, „pain as bad as could be” zostały przetłumaczone jako „most severe pain”. Odpowiedź do pytania 11, 12 i 13: „no interference” zostało przetłumaczone jako „without income”. Odpowiedzi do pytania 20 nie zostały włączone do translacji.

W 10 punktach tłumaczenie polskiego kwestionariusza osobowego zostało zmienione. Tych 10 niezgodnych pozycji zostało poddanych jesz-

statement¹⁵ and in related studies is not, however, undisputed.³⁷ The RDC/TMD validity has so far been based on the consensus achieved by a group of well-known specialists in the field (face-validity). Large-scale validity studies are currently ongoing.^{21,38}

Examining the joint-muscle system by palpation plays a principal role in the RDC/TMD. Palpation is regarded as an accurate attribute of TMD.³⁹ However, the currently recommended palpation characteristics, viz., the force used while pressing musculoskeletal structures, the duration of pressure, and the number of structures (12 per one side), are not fully supported by strong evidence. Furthermore, palpation of certain muscles inside the mouth consistently shows poor reliability.^{40,41} Some authors (e.g., *Steenks and de Wijer*, 2009) contend that false positive diagnoses may emerge due to the use of the RDC/TMD examination protocol. In their view, this may lead to an overrepresentation of myofascial pain conditions in prevalence studies that use the RDC/TMD criteria. Nevertheless, in spite of the above-discussed issues, the RDC/TMD constitutes the best available TMD criteria at present. They are characterized by interdisciplinary cooperation, measurable definitions, dual-axial system, epidemiological basis, diagnostic methods specification, and international acceptance. Using officially translated and culturally adapted versions of the RDC/TMD can be helpful in a consistent communication among TMD professionals worldwide.

Conclusion

Officially translated into Polish and culturally adapted RDC/TMD were accepted by international consortium engaged in defining diagnostic standards and treatment in this field. RDC/TMD constitute a valuable tool for comparing the efficiency of diagnostic-therapeutic methods that are used.

cze raz całemu procesowi tłumaczenia, tłumaczenia zwrotnego i recenzji przy użyciu tych samych procedur i osób, co poprzednio. Amerykański recenzent uznał to kolejne tłumaczenie zwrotne jako zakończone powodzeniem, i nie było już potrzeby powtarzania wyżej wspomnianych procedur. W tłumaczeniu dotyczącym werbalnych dyrektyw dla pacjenta nie było znaczących różnic.

Ostateczna wersja kwestionariusza i werbalnych dyrektyw dla pacjenta została następnie zrecenzowana przez Polską Komisję Weryfikującą w kierunku typów równoważności (zobacz Proces adaptacji kulturowej). Komisja zaproponowała kilka zmian językowych. W pytaniu 12 „życie rekreacyjne” zostało zamienione na „aktywność rekreacyjna”. W pytaniu 14b „otwieranie ust” („mouth opening”) jest lepszym wyborem niż tłumaczenie „jaw opening”. W pytaniu 16a „układowe” jest lepszym tłumaczeniem „systemic”. Pozostała część BKD/ZCURNŻ, czyli formularz badania klinicznego, instrukcje badania klinicznego oraz algorytmy dla osi I i II przetłumaczyła osoba koordynująca prace nad projektem. Włączono je do polskiej wersji BKD/ZCURNŻ. Ostateczna polska wersja BKD/ZCURNŻ została umieszczona na stronie internetowej International RDC/TMD Consortium.¹⁵

Dyskusja

Diagnoza zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia, tak jak i innych zaburzeń mięśniowo-szkieletowych (np. ból dolnej części pleców i ból szyi), jest skomplikowana, ponieważ często nie ma obiektywnych znaków rozpoznawczych tych zaburzeń.²¹ W przeciągu ostatnich lat zaproponowano wiele klasyfikacji.²²⁻²⁹ Systemom tym nie towarzyszą jednak procedury tłumaczenia i adaptacji kulturowej podobne do opisywanych w tym artykule. To m.in. utrudniło szerokie zastosowanie tych systemów.

Do tej pory tylko trzy tłumaczenia (holenderskie, niemieckie i portugalskie [Brazylia]) przeszły przez proces adaptacji kulturowej.³⁰⁻³² Opisywane tu polskie tłumaczenie jest czwarte. Proces adaptacji kulturowej powinien być przeprowadzany przez innych, dzięki czemu przetłumaczone instrumenty będą mierzyć te same wartości co wer-

sja oryginalna, bez względu na badaną populację.

Rzetelność BKD/ZCURNŻ została dokładnie zbadana w wielu projektach badawczych. Wyniki badań wskazują, że rzetelność tego systemu jest wystarczająco wysoka dla większości diagnostycznych typów. Porównywalna rzetelność w badaniach w różnych krajach również zademonstrowała znaczenie jasnej operacyjności procedur badania klinicznego; to ostatnie zawiera bardzo specyficzne instrukcje badania klinicznego, które były również częścią tego tłumaczenia i adaptacji kulturowej. Te właściwości BKD/ZCURNŻ są jednym z powodów, dla których zaleca się BKD/ZCURNŻ do stosowania nie tylko w badaniach naukowych, ale również w rutynowej specjalistycznej działalności klinicznej.³³⁻³⁶ Początkowo BKD/ZCURNŻ były stworzone do celów klinicznych badań naukowych.¹⁴ Trzeba jednak zaznaczyć, że rozszerzenie do zastosowania klinicznego, tak jak to jest promowane wśród celów International RDC/TMD Consortium¹⁵ i w powiązanych projektach naukowych, bywa kwestionowane.³⁷

Trafność BKD/ZCURNŻ opierała się do tej pory na konsensusie osiągniętym przez grupę znanych specjalistów w tej dziedzinie (z ang. "face-validity"). Aktualnie prowadzone są na dużą skalę badania trafności.^{21,38} W BKD/ZCURNŻ badanie tkliwości układu stawowo-mięśniowego poprzez palpację odgrywa główną rolę. Badanie to uważane jest za najbardziej zgodną właściwość ZCURNŻ,³⁹ jakkolwiek obecnie zalecany opis palpacji, mianowicie: siła użyta w trakcie ucisku struktur układu mięśniowo-szkieletowego, długość nacisku, oraz liczba badanych struktur (12 na każdą stronę), nie są poparte wiarygodnymi ba-

daniami naukowymi. Co więcej, badanie palpacyjne niektórych mięśni wewnątrzustnych wykazało ponadto słabą rzetelność.^{40,41} Niektórzy autorzy (np. Steenks i de Wijer, 2009) argumentują, że fałszywie pozytywne diagnozy mogą pojawić się w wyniku zastosowania protokołu BKD/ZCURNŻ. Z ich punktu widzenia może to prowadzić do przewagi w rozpowszechnieniu zaburzeń mięśniowo-powięziowych w badaniach, które stosują BKD/ZCURNŻ. Pomimo diskutowanych wyżej kwestii, uznać można mimo wszystko, że prezentowane tu BKD/ZCURNŻ stanowią najlepsze kryteria diagnostyczne zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia spośród współcześnie dostępnych. Charakteryzują się tym, że oparte są na współpracy interdyscyplinarnej, wymiernych definicjach, bazie epidemiologicznej, dwuosioowości systemu, specyfikacji metod diagnostycznych i akceptacji międzynarodowej. Użycie oficjalnie przetłumaczonej i kulturowo zaadaptowanej wersji BKD/ZCURNŻ może być pomocne w spójnej komunikacji wśród specjalistów zajmujących się leczeniem zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia na świecie.

Wniosek

Przetłumaczone na język polski „Badawcze kryteria diagnostyczne zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia (BKD/ZCURNŻ)” – stanowiące załącznik do niniejszej publikacji – zostały zaakceptowane przez międzynarodowe konsorcjum zajmujące się określeniem standardów diagnostyki i leczenia w tym zakresie, stanowią cenny instrument umożliwiający dokonywanie porównań skuteczności stosowanych metod diagnostyczno-terapeutycznych.

Acknowledgements

The authors wish to express their gratitude to the Polish Committee of Experts on RDC/TMD including Dr Agnieszka Kłakówna, Dr Przemysław Bąbel, Dr Marcin Krywult, Dr Paweł Karaszkiewicz and Mr Marcin Szlachetka. We also thank Ms Joanna Gruchała for her contribution as the second Polish translator.

Podziękowanie

Autorzy dziękują Polskiej Komisji Weryfikującej BKD/ZCURNŻ, w skład której wchodzi: dr hab. n. hum. Agnieszka Kłakówna, dr n. hum. Przemysław Bąbel, dr n. med. Marcin Krywult, dr n. chem. Paweł Karaszkiewicz oraz Pan Marcin Szlachetka. Ponadto podziękowania kierowane są do drugiego tłumacza polskiego Pani Joanny Gruchały.

References

1. *De Leeuw R*, editor. Orofacial Pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management. Chicago: Quintessence Publishing Co; 2008.
2. *Majewski SW*: Gnatofizjologia stomatologiczna. Normy okluzji i funkcje układu stomatognatycznego. Warszawa: Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2007.
3. *De Boever JA*: Functional disturbances of temporomandibular joints. *Oral Sci Rev* 1973; 2: 100-117.
4. *Laskin DM*: Temporomandibular disorders: the past, present, and future. *Odontology* 2007; 95: 10-15.
5. *Costen JB*: A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1934; 43: 1-15.
6. *Klasser GD, Greene CS*: Oral appliances in the management of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107: 212-223.
7. *Okeson JP*: Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. St Louis: Mosby; 2008.
8. *Schwartz LL*: Pain associated with the temporomandibular joint. *J Am Dent Assoc* 1955; 51: 394-397.
9. *Laskin DM*: Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc* 1969; 79: 147-153.
10. *Engel GL*: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
11. *Goodman P, Greene CS, Laskin DM*: Response of patients with myofascial pain-dysfunction syndrome to mock equilibration. *J Am Dent Assoc* 1976; 92: 755-758.
12. *Laskin DM, Greene CS*: Influence of the doctor-patient relationship on placebo therapy for patients with myofascial pain-dysfunction (MPD) syndrome. *J Am Dent Assoc* 1972; 85: 892-894.
13. *Dworkin SF, Massoth DL*: Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? *J Prosthet Dent* 1994; 72: 29-38.
14. *Dworkin SF, LeResche L*: Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992; 6: 301-355.
15. International Consortium for RDC/TMD – based Research. Available at: www.rdc-tmdinternational.org.
16. *Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, Lobbezoo F*: Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments. August 11, 2007. Available at: www.rdc-tmdinternational.org.
17. *Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF*: Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992; 50: 133-149.
18. *Derogatis LR, Lipman RS, Covi L*: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9: 13-28.
19. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Warszawa: GUS; 2003.
20. Central Statistic Office. Household Budget Surveys 2006. Warsaw: CSO; 2007.
21. *Visscher CM, Naeije M, De Laat A, Michelotti A, Nilner M, Craane B, et al*: Diagnostic accuracy of temporomandibular pain tests: a multicenter study. *J Orofac Pain* 2009; 23: 108-114.
22. *Helkimo M*: Studies on function and dysfunction of the masticatory system. III. Analyses of anamnestic and clinical recordings of dysfunction with the aid of indices. *Sven Tandlak Tidsskr* 1974; 67: 165-181.
23. *Helkimo M*: Studies on function and dysfunction of the masticatory system. IV. Age and sex distribution of symptoms of dysfunction of the masticatory system in Lapps in the north of Finland. *Acta Odontol Scand* 1974; 32: 255-267.
24. *Helkimo M*: Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Sven Tandlak Tidsskr* 1974; 67: 101-121.
25. *Helkimo M*: Studies on function and dysfunction of the masticatory system. I. An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the north of Finland. *Proc Finn Dent Soc* 1974; 70: 37-49.
26. *Bell WE*: Clinical management of temporomandibular disorders. Chicago: Year Book Medical Publication; 1982.
27. *Eversole LR, Machado L*: Temporomandibular joint internal derangements and associated neuromuscular disorders. *J Am Dent Assoc* 1985; 110: 69-79.
28. *Clark GT, Seligman DA, Solberg WK, Pullinger AG*: Guidelines for the examination and diagnosis of temporomandibular disorders. *J Craniomandib Disord* 1989; 3: 7-14.

29. McNeill C, Bell WE, DeLaat A, Dworkin SF: Craniomandibular disorders: guidelines for evaluation, diagnosis and management. The American Academy of Craniomandibular Disorders. Chicago: Quintessence Pub Co; 1990.
30. Lobbezoo F, van Selms MK, John MT, Huggins K, Ohrbach R, Visscher CM, et al: Use of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for multinational research: Translation efforts and reliability assessments in The Netherlands. *J Orofac Pain* 2005; 19: 301-308.
31. John MT, Hirsch C, Reiber T, Dworkin SF: Translating the research diagnostic criteria for tempomandibular disorders into German: evaluation of content and process. *J Orofac Pain* 2006; 20: 43-52.
32. Kosminsky M, Lucena LBS, de Siqueira JTT, Pereira FJ, Goes PSA: Adaptação cultural do questionário "Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Axis II" para o português. *J Bras Clin Odontol Inter* 2004; 8: 51-61.
33. John MT, Dworkin SF, Mancl LA: Reliability of clinical temporomandibular disorders diagnoses. *Pain* 2005; 118: 61-69.
34. John MT, Zwijnenburg AJ: Interobserver variability in assessment of signs of TMD. *Int J Prosthodont* 2001; 14: 265-270.
35. Goulet JP, Clark GT, Flack VF, Liu C: The reproducibility of muscle and joint tenderness detection methods and maximum mandibular movement measurement of the temporomandibular system. *J Orofac Pain* 1998; 12: 17-26.
36. Dworkin SF, LeResche L, DeRouen T, Von Korff M: Assessing clinical signs of temporomandibular disorders: reliability of clinical examiners. *J Prosthet Dent* 1990; 63: 574-579.
37. Steenks MH, de Wijer A: Validity of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis I in clinical and research settings. *J Orofac Pain* 2009; 23: 9-16.
38. Validation studies of the RDC/TMD: Progress toward Version 2. Workshop #1 IADR 86th General Session & Exhibition. Toronto: ON; 2008.
39. Truelove EL, Sommers EE, LeResche L, Dworkin SF, Von Korff M: Clinical diagnostic criteria for TMD: New classification permits multiple diagnoses. *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 46-54.
40. List T, John MT, Dworkin SF, Svensson P: Recalibration improves inter-examiner reliability of TMD examination. *Acta Odontol Scand* 2006; 64: 146-152.
41. Türp JC, Minagi S: Palpation of the lateral pterygoid region in TMD – where is the evidence? *J Dent* 2001; 29: 475-483.

Address: 31-155 Kraków, ul. Montelupich 4
 Tel.: +4812 4245402
 e-mail: ortomonte108@gmail.com

Received: 10th June 2013
 Accepted: 3rd August 2013

Formularz BKD/ZCURNŹ
RDC/TMD Form

BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE
ZABURZEŃ CZYNNOŚCIOWYCH
UKŁADU RUCHOWEGO NARZĄDU ŻUCIA

RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR
TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

OŚ I: BADANIE KLINICZNE
FORMULARZ I WYSZCZEGÓLNIENIE
INSTRUKCJE POMIARU I OSZACOWANIA

AXIS I: CLINICAL PHYSICAL EXAMINATION
FORMS AND SPECIFICATIONS
INSTRUCTIONS FOR SCORING AND ASSESSMENT

OŚ II: KWESTIONARIUSZ BEHAWIORALNY
INSTRUKCJE POMIARU I OSZACOWANIA

AXIS II: BIOBEHAVIORAL QUESTIONNAIRES
INSTRUCTIONS FOR SCORING AND ASSESSMENT



HISTORY QUESTIONNAIRE

ID# _____

Date: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Please read each question and respond accordingly. For each of the questions below circle only one response.

1. Would you say your health in general is excellent, very good, good, fair or poor?
- | | |
|-----------|---|
| Excellent | 1 |
| Very good | 2 |
| Good | 3 |
| Fair | 4 |
| Poor | 5 |

2. Would you say your oral health in general is excellent, very good, good, fair or poor?
- | | |
|-----------|---|
| Excellent | 1 |
| Very good | 2 |
| Good | 3 |
| Fair | 4 |
| Poor | 5 |

3. Have you had pain in the face, jaw, temple, in front of the ear or in the ear in the past month?
- | | |
|-----|---|
| No | 0 |
| Yes | 1 |

[If no pain in the past month, SKIP to question 14]

If Yes,

- 4.a. How many years ago did your facial pain begin for the first time?
- ___ ___ years
- [If one year ago or more SKIP to question 5] [If less than one year ago, code 00]**

- 4.b. How many months ago did your facial pain begin for the first time?
- ___ ___ months

5. Is your facial pain persistent, recurrent or was it only a one-time problem?
- | | |
|------------|---|
| Persistent | 1 |
| Recurrent | 2 |
| One-Time | 3 |

6. Have you ever gone to a physician, dentist, chiropractor or other health professional for facial ache or pain?
- | | |
|-------------------------------|---|
| No | 1 |
| Yes, in the last six months | 2 |
| Yes, more than six months ago | 3 |

BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZCURNŹ KWESTIONARIUSZ OSOBOWY



Numer pacjenta _____

Data ____ / ____ / ____

Proszę przeczytać wszystkie pytania i udzielić na nie odpowiedzi.
Na każde pytanie można zakreślić tylko jedną odpowiedź, zaznaczając wybór kółkiem.

1 Czy określiłby(aby) Pan /Pani swoje zdrowie ogólnie jako doskonałe, bardzo dobre, dobre, dostateczne czy słabe?

DOSKONAŁE	1
BARDZO DOBRE	2
DOBRE	3
DOSTATECZNE	4
SŁABE	5

2 Czy określiłby(aby) Pan/Pani swoje zdrowie jamy ustnej ogólnie jako doskonałe, bardzo dobre, dobre, dostateczne czy słabe?

DOSKONAŁE	1
BARDZO DOBRE	2
DOBRE	3
DOSTATECZNE	4
SŁABE	5

3 Czy kiedykolwiek w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/Pani ból w obrębie twarzy, narządu żucia, szyi, skroni, przed uchem lub w uchu?

NIE	0
TAK	1

[Jeśli nie wystąpił u Pana /Pani ból w ciągu ostatniego miesiąca, proszę przejść do pytania 14].
Jeśli "tak",

4a Ile lat temu po raz pierwszy doświadczył(a) Pan/Pani bólu twarzy? Lat (a) temu

[Jeśli rok temu lub więcej, proszę przejść do pytania 5]
[Jeśli mniej niż rok, proszę wpisać kod 00]

4b Ile miesięcy temu po raz pierwszy poczuł(a) Pan/Pani ból twarzy? Miesiący temu

5 Czy ból twarzy, jaki Pan/Pani odczuwa, jest stały, nawracający czy te był to tylko jednorazowy problem?

STAŁY	1
NAWRACAJĄCY	2
JEDNORAZOWY	3

6 Czy kiedykolwiek był(a) Pan/Pani u lekarza, lekarza dentysty, kręgarza lub innego medycznego profesjonalisty z powodu bólu w obrębie twarzy?

NIE	1
TAK, W OSTATNICH SZEŚCIU MIESIĄCACH	2
TAK, WIĘCEJ NIŻ SZEŚĆ MIESIĘCY TEMU	3

7. How would you rate your facial pain on a 0 to 10 scale at the present time, that is right now, where 0 is "no pain" and 10 is "pain as bad as could be"?
- | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------|
| No pain | | | | | | | | | | | | Pain as bad as could be |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
8. In the past six months, how intense was your worst pain rated on a 0 to 10 scale where 0 is "no pain" and 10 is "pain as bad as could be"?
- | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------|
| No pain | | | | | | | | | | | | Pain as bad as could be |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
9. In the past six months, on the average, how intense was your pain rated on a 0 to 10 scale where 0 is "no pain" and 10 is "pain as bad as could be"? [That is, your usual pain at times you were experiencing pain].
- | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------|
| No pain | | | | | | | | | | | | Pain as bad as could be |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
10. About how many days in the last six months have you been kept from your usual activities (work, school or housework) because of facial pain?
- _____
- DAYS
11. In the past six months, how much has facial pain interfered with your daily activities rated on a 0 to 10 scale where 0 is "no interference" and 10 is "unable to carry on any activities"?
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| No Interference | | | | | | | | | | | | Unable To Carry On Any Activities |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
12. In the past six months, how much has facial pain changed your ability to take part in recreational, social and family activities where 0 is "no interference " and 10 is "extreme change"?
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| No Interference | | | | | | | | | | | | Unable To Carry On Any Activities |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
13. In the past six months, how much has facial pain changed your ability to work including housework) where 0 is "no interference " and 10 is "extreme change"?
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| No Interference | | | | | | | | | | | | Unable To Carry On Any Activities |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

7 Jakby Pan/Pani ocenił(a) odczuwany ból twarzy w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak bólu”, a 10 „ból nie do wytrzymania”?



8 Jak intensywny był w ciągu ostatnich sześciu miesięcy najgorszy odczuwany przez Pana /Panią ból, gdyby oceniać w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak bólu,” a 10 „ból nie do wytrzymania”?



9 Jak intensywny był w ciągu ostatnich sześciu miesięcy (średnio) odczuwany przez Pana /Panią ból, gdyby oceniać w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak bólu”, a 10 „ból nie do wytrzymania”? [„Średnio” to znaczy: zwyczajny ból w czasie, kiedy Pan/ Pani doświadcza bólu].

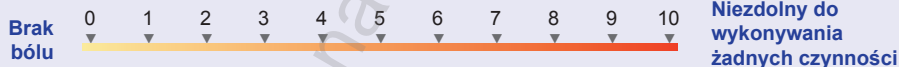


10 Około ilu dni w ciągu ostatnich sześciu miesięcy nie mógł(a) Pan /Pani wykonywać swoich zwykłych czynności (praca, szkoła lub prace domowe) z powodu bólu twarzy? Dni

11 Jak bardzo w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ból twarzy wpływał na Pana /Pani codzienne czynności, gdyby oceniać w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak wpływu”, a 10 to „niezdolny do wykonywania żadnych czynności”?



12 Jak bardzo w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ból twarzy wpływał na Pana /Pani zdolność do brania udziału w aktywności rekreacyjnej, życiu towarzyskim i rodzinnym, gdzie 0 to „brak wpływu”, a 10 to „niezdolny do wykonywania żadnych czynności”?



13 Jak bardzo w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ból twarzy wpływał na Pana /Pani zdolność do pracy (włączając pracę domową), gdzie 0 to „brak wpływu”, a 10 to „niezdolny do wykonywania żadnych czynności”?



14a Czy kiedykolwiek miał(a) Pan /Pani szczękocisk lub blokadę, tak że nie mógł(mogła) Pan /Pani maksymalnie otworzyć jamy ustnej?

NIE 0
TAK 1

**[Jeśli nie dotyczy Pana / Pani problem z maksymalnym otwieraniem ust, proszę przejść do pytania 15].
Jeśli „tak”:**

14b Czy ograniczenie w otwieraniu jamy ustnej było dotkliwe na tyle, żeby wpływać na Pana /Pani możliwość jedzenia?

NIE 0
TAK 1

- 14.a. Have you ever had your jaw lock or catch so that it won't open all the way? No 0
Yes 1
- [If no problem opening all the way, SKIP to question 15]**
- If Yes,**
- 14.b. Was this limitation in jaw opening severe enough to interfere with your ability to eat? No 0
Yes 1
15. a. Does your jaw click or pop when you open or close your mouth or when chewing? No 0
Yes 1
- b. Does your jaw make a grating or grinding noise when it opens and closes or when chewing? No 0
Yes 1
- c. Have you been told, or do you notice that you grind your teeth or clench your jaw while sleeping at night? No 0
Yes 1
- d. During the day, do you grind your teeth or clench your jaw? No 0
Yes 1
- e. Does your jaw ache or feel stiff when you wake up in the morning? No 0
Yes 1
- f. Do you have noises or ringing in your ears? No 0
Yes 1
- g. Does your bite feel uncomfortable or unusual? No 0
Yes 1
- 16.a. Do you have rheumatoid arthritis, lupus, or other systemic arthritic disease? No 0
Yes 1
- 16.b. Do you know of anyone in your family who has had any of these diseases? No 0
Yes 1
- 16.c. Have you had or do you have any swollen or painful joint(s) other than the joints close to your ears (TMJ)? No 0
Yes 1
- [If no swollen or painful joints, SKIP to question 17.a.]**
- If Yes,**
- 16.d. Is this a persistent pain which you have had for at least one year? No 0
Yes 1
- 17.a. Have you had a recent injury to your face or jaw? No 0
Yes 1
- [If no recent injuries, SKIP to question 18]**
- If Yes,**
- 17.b. Did you have jaw pain before the injury? No 0
Yes 1
18. During the last six months have you had a problem with headaches or migraines? No 0
Yes 1

15a Czy Pana/Pani żuchwa wydaje odgłos kliknięcia lub trzasku podczas żucia, otwierania lub zamykania ust? NIE 0
TAK 1

15b Czy Pana/Pani żuchwa wydaje odgłos tarcia lub zgrzytu podczas żucia, otwierania lub zamykaniu ust? NIE 0
TAK 1

15c Czy kiedykolwiek powiedziano Panu/Pani lub zauważył(a) Pan/Pani, że zgrzyta Pan/Pani zębami lub zaciska szczęki podczas snu w nocy? NIE 0
TAK 1

15d Czy w ciągu dnia zgrzyta Pan/Pani zębami lub zaciska szczęki? NIE 0
TAK 1

15e Czy po obudzeniu się rano bolą Pana/Panią szczęki lub są zdrętwiałe? NIE 0
TAK 1

15f Czy słyszy Pan/Pani szmery lub dzwonięcie w uszach? NIE 0
TAK 1

15g Czy czuje Pan/Pani, że Pana/Pani zgryz jest niekomfortowy lub inny niż zazwyczaj? NIE 0
TAK 1

16a Czy ma Pan/Pani reumatoidalne zapalenie stawów, tocznię rumieniowatą albo inne systemowe choroby stawów? NIE 0
TAK 1

16b Czy wie Pan/Pani o kimkolwiek z rodziny, kto choruje (chorował) na którąś z tych chorób? NIE 0
TAK 1

16c Czy miał(a) lub ma Pan/Pani obrzęk lub ból stawów innych niż stawy blisko uszu (staw skroniowo-żuchwowy)? NIE 0
TAK 1

[Jeśli nie ma Pan / Pani obrzęku i nie bolą Pan / Pani stawy, proszę przejść do pytania 17.a.]

Jeśli „tak”:

16d Czy jest to stały ból, który czuje Pan/Pani co najmniej od roku? NIE 0
TAK 1

17a Czy doznał(a) Pan/Pani niedawno urazu twarzy? NIE 0
TAK 1

[Jeśli problem niedawnych urazów Pana / Pani nie dotyczy, proszę przejść do pytania 18].



19. What activities does your present jaw problem prevent or limit you from doing?

a. Chewing	No	0	g. Sexual activity	No	0
	Yes	1		Yes	1
b. Drinking	No	0	h. Cleaning teeth or face	No	0
	Yes	1		Yes	1
c. Exercising	No	0	i. Yawning	No	0
	Yes	1		Yes	1
d. Eating hard foods	No	0	j. Swallowing	No	0
	Yes	1		Yes	1
e. Eating soft foods	No	0	k. Talking	No	0
	Yes	1		Yes	1
f. Smiling/laughing	No	0	l. Having your usual facial appearance	No	0
	Yes	1		Yes	1

20. In the last month, how much have you been distressed by . . .

	<u>Not At All</u>	<u>A Little Bit</u>	<u>Moderately</u>	<u>Quite A Bit</u>	<u>Extremely</u>
a. Headaches	0	1	2	3	4
b. Loss of sexual interest or pleasure	0	1	2	3	4
c. Faintness or dizziness	0	1	2	3	4
d. Pains in the heart or chest	0	1	2	3	4
e. Feeling low in energy or slowed down	0	1	2	3	4
f. Thoughts of death or dying	0	1	2	3	4
g. Poor appetite	0	1	2	3	4
h. Crying easily	0	1	2	3	4
i. Blaming yourself for things	0	1	2	3	4
j. Pains in the lower back	0	1	2	3	4
k. Feeling lonely	0	1	2	3	4
l. Feeling blue	0	1	2	3	4
m. Worrying too much about things	0	1	2	3	4
n. Feeling no interest in things	0	1	2	3	4
o. Nausea or upset stomach	0	1	2	3	4
p. Soreness of your muscles	0	1	2	3	4
q. Trouble falling asleep	0	1	2	3	4
r. Trouble getting your breath	0	1	2	3	4
s. Hot or cold spells	0	1	2	3	4
t. Numbness or tingling in parts of your body	0	1	2	3	4
u. A lump in your throat	0	1	2	3	4
v. Feeling hopeless about the future	0	1	2	3	4
w. Feeling weak in parts of your body	0	1	2	3	4
x. Heavy feelings in your arms or legs	0	1	2	3	4
y. Thoughts of ending your life	0	1	2	3	4
z. Overeating	0	1	2	3	4
aa. Awakening in the early morning	0	1	2	3	4

This copy is for personal use only - distribution prohibited.

17b Czy bolała Pana /Panią szczęka przed urazem? NIE 0
TAK 1

18 Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy odczuwał(a) Pan /Pani bóle głowy lub cierpiał(a) na migreny? NIE 0
TAK 1

19 W jakich czynnościach przeszkadza Panu /Pani obecny problem z narządem żucia lub wykonywanie jakich czynności ogranicza?

a. Żucie	NIE 0 TAK 1	f. Uśmiechanie/ śmianie się	NIE 0 TAK 1
b. Picie	NIE 0 TAK 1	g. Czynności seksualne	NIE 0 TAK 1
c. Ćwiczenie	NIE 0 TAK 1	h. Mycie zębów lub twarzy	NIE 0 TAK 1
d. Jedzenie twardych pokarmów	NIE 0 TAK 1	i. Ziewanie	NIE 0 TAK 1
e. Jedzenie miękkich pokarmów	NIE 0 TAK 1	j. Przelykanie	NIE 0 TAK 1
		k. Mówienie	NIE 0 TAK 1
		l. Zachowanie Pana/ Pani zwykłego wyrazu twarzy	NIE 0 TAK 1

20 Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/Pani:

	W ogóle	Trochę	Umiar- kowanie	Dość mocno	Wyjątkowo mocno
a. Ból głowy	0	1	2	3	4
b. Utrata zainteresowania lub przyjemności z seksu	0	1	2	3	4
c. Omdlenia lub zawroty głowy	0	1	2	3	4
d. Bóle serca lub klatki piersiowej	0	1	2	3	4
e. Uczucie spadku energii lub spowolnienie	0	1	2	3	4
f. Myśli o śmierci lub umieraniu	0	1	2	3	4
g. Słaby apetyt	0	1	2	3	4
h. Płacziwość	0	1	2	3	4
i. Obwinianie siebie o różne rzeczy	0	1	2	3	4
j. Bóle w dolnej części pleców	0	1	2	3	4
k. Poczucie osamotnienia	0	1	2	3	4
l. Poczucie smutku	0	1	2	3	4
m. Zbytnie zamartwianie się różnymi rzeczami	0	1	2	3	4
n. Zubożenie na wszystko	0	1	2	3	4
o. Nudności lub bóle żołądka	0	1	2	3	4
p. Ból mięśni	0	1	2	3	4

	Not At <u>All</u>	A Little <u>Bit</u>	Moder- <u>ately</u>	Quite <u>A Bit</u>	Ex- <u>tremely</u>
bb. Sleep that is restless or disturbed	0	1	2	3	4
cc. Feeling everything is an effort	0	1	2	3	4
dd. Feelings of worthlessness	0	1	2	3	4
ee. Feeling of being caught or trapped	0	1	2	3	4
ff. Feelings of guilt	0	1	2	3	4

21. How good a job do you feel you are doing in taking care of your health overall?

Excellent	1
Very good	2
Good	3
Fair	4
Poor	5

22. How good a job do you feel you are doing in taking care of your oral health?

Excellent	1
Very good	2
Good	3
Fair	4
Poor	5

23. When were you born?

Month ___ Day ___ Year ___

24. Are you male or female?

Male	1
Female	2

25. Which of the following groups best represent your race?

Aleut, Eskimo or American Indian	1
Asian or Pacific Islander	2
Black	3
White	4
Other	5
(please specify) _____	

26. Are any of these groups your national origin or ancestry?

Puerto Rican	1	Chicano	5
Cuban	2	Other Latin American	6
Mexican/Mexicano	3	Other Spanish	7
Mexican American	4	None of the above	8

27. What is the highest grade or year of regular school that you have completed?

Never attended or Kindergarten:	00							
Elementary School:	1	2	3	4	5	6	7	8
High School:	9	10	11	12				
College:	13	14	15	16	17	18+		

28. During the past 2 weeks, did you work at a job or business not counting work around the house (include unpaid work in the family farm/business)?

Yes 1
No 2

29. Are you married, widowed, divorced, separated or never been married?

Married-spouse in household 1
Married-spouse not in household 2
Widowed 3
Divorced 4
Separated 5
Never Married 6

30. Which of the following best represents your total combined household income during the past 12 months?

___ \$0-\$14,999 ___ \$25,000-\$34,999 ___ \$50,000 or more
___ \$15,000-\$24,999 ___ \$35,000-\$49,999

31. What is your USA 5 digit zip code or your International Area Code? _____



This copy is for personal use only - distribution prohibited.

This copy is for personal use only - distribution prohibited.

26	Gdzie się Pan /Pani urodził(a)?	Polska	1
		Niemcy	2
		Białoruś	3
		Ukraina	4
		(inny kraj niż poprzednio wymienione) Europa	5
		Ameryka Północna	6
		Ameryka Łacińska	7
		Afryka	8
		Azja	9
		Oceania	10

27	Jakie Pan /Pani ma wykształcenie?	Nigdy nie uczęszczałem/am do przedszkola	00
		Podstawowe	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6
		Gimnazjalne	7, 8, 9
		Ponadgimnazjalne zawodowe	10, 11, 12
		Ponadgimnazjalne (ogólne) licealne	10, 11, 12
		Policealne	13, 14
	Wyższe	13, 14, 15, 16, 17, 18+	

28a	Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni pracował(a) Pan /Pani gdzieś, poza wykonywaniem zajęć domowych (włączając w to nieodpłatną pracę w rodzinnym gospodarstwie rolnym/firmie)?	NIE	0
		TAK	1

[Jeśli tak, proszę przejść do pytania 29].
Jeśli „nie”,

28b	Chociaż nie pracował(a) Pan /Pani w ciągu ostatnich 2 tygodni, czy miał(a) Pan/Pani pracę lub firmę?	NIE	0
		TAK	1

[Jeśli tak, proszę przejść do pytania 29].
Jeśli „nie”,

28c	Czy szukał(a) Pan /Pani pracy lub był(a) Pan /Pani zwolniona w ciągu tych 2 tygodni?	Tak, szukanie pracy	1
		Tak, zwolnienie	2
		Tak, zarówno zwolnienie jak i szukanie pracy	3
		Nie	4

29	Jaki jest Pana /Pani stan cywilny?	Żonaty/ Zameżna	1
		Wdowiec/ wdowa	2
		Rozwiedziony/ rozwiedziona	3
		W separacji	4
		Kawaler/ panna	5

30	Która z niżej wymienionych pozycji najlepiej określa Pana /Pani całkowity, rodzinny dochód brutto w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (w PLN)?	0 -- 30,999 zł	31,000 -- 40,999 zł
		51,000 -- 60,999 zł	41,000 -- 50,999 zł
		61,000 zł lub więcej	

31	Proszę podać swój kod pocztowy.	-
----	---------------------------------	---

RDC-TMD Clinical Examination

Name		Date		Examiner							
I. Review History											
Presence of facial pain		0 NONE 1 RIGHT		2 LEFT 3 BOTH							
Location of facial pain		Right	None	Muscle	Joint	Both	Left	None	Muscle	Joint	Both
			0	1	2	3		0	1	2	3
II. Opening pattern											
						(5) Specify:					
Straight		0		Left lateral deviation (uncorrected)		3					
Right lateral deviation (uncorrected)		1		Left corrected		4					
Right corrected		2		Other		5					
III. Vertical ROM											
Incisor used: 8 9		mm		Right side pain				Left side pain			
Pain-free opening		_____		None Muscle Joint Both				None Muscle Joint Both			
Max unassisted opening		_____		0 1 2 3				0 1 2 3			
Max assisted opening		_____		0 1 2 3				0 1 2 3			
IV. Incisal relations											
Vertical overlap		_____									
Horizontal distance		_____									
Midline		_____		mandibular midline is: R L relative to maxilla							
V. Horizontal Excursions											
		mm		Right side pain				Left side pain			
				None Muscle Joint Both				None Muscle Joint Both			
Right lateral		_____		0 1 2 3				0 1 2 3			
Left lateral		_____		0 1 2 3				0 1 2 3			
Protrusive		_____		0 1 2 3				0 1 2 3			
VI. Joint sounds: open											
(> 2 of 3 trials, by palpation with opening)		Noises				Location of click mm	Eliminate click				
		None	Click	Coarse crepitus	Fine crepitus		No	Yes	N/A		
Left: OPEN		0	1	1	1	_____	0	1	2		
Left: CLOSE		0	1	1	1	_____	0	1	2		
Right: OPEN		0	1	1	1	_____	0	1	2		
Right: CLOSE		0	1	1	1	_____	0	1	2		
Sounds: horizontal											
(> 2 of 3 trials, on excursion)		Right sounds				Left sounds					
		None	Click	Coarse crepitus	Fine crepitus	None	Click	Coarse crepitus	Fine crepitus		
Excursion right		0	1	1	1	0	1	1	1		
Excursion left		0	1	1	1	0	1	1	1		
Protrusion		0	1	1	1	0	1	1	1		

BKD- ZCURNŹ Formularz Badania Klinicznego

Imię i nazwisko:

Data:

Lekarz:

I. Wywiad													
Obecność bólu twarzy		0 ŻADEN			1 PRAWA			2 LEWA			3 OBIE		
Lokalizacja okolicy bólu		Prawa	Żaden	Mięsień	Staw	Oba	Lewa	Żaden	Mięsień	Staw	Oba		
			0	1	2	3		0	1	2	3		
II. Ruch odwodzenia											(5) Proszę sprecyzować:		
Prosty		0			Odchylenie w lewo nieskorygowane			3					
Odchylenie w prawo nieskorygowane		1			Odchylenie w lewo skorygowane „S”			4					
Odchylenie w prawo skorygowane „S”		2			Inny			5					
III. Pionowy zasięg ruchu													
Użyty siekacz: 11 21		mm	Ból po prawej stronie				Ból po lewej stronie						
Otwarcie bez bólu			Żaden	Mięsień	Staw	Oba	Żaden	Mięsień	Staw	Oba			
Max czynne otwarcie			0	1	2	3	0	1	2	3			
Max bierne otwarcie			0	1	2	3	0	1	2	3			
IV. Odległość międzysieczna													
Pionowa		mm											
Pozioma													
Linia środkowa													
											Linia środkowa żuchwy jest: R L w stosunku do szczęki		
V. Poziome ruchy żuchwy													
		mm	Ból po prawej stronie				Ból po lewej stronie						
			Żaden	Mięsień	Staw	Oba	Żaden	Mięsień	Staw	Oba			
Boczny prawy			0	1	2	3	0	1	2	3			
Boczny lewy			0	1	2	3	0	1	2	3			
Doprzeczny			0	1	2	3	0	1	2	3			
VI. Dźwięki w stawie: odwodzenie													
2 z 3 prób, przez palpacje w trakcie odwodzenia)		Dźwięki				Polożenie trzasku mm	Eliminacja trzasku						
		Żaden	Wyraźne Trzask	Delikatne krepitacje	krepitacje		Nie	Tak	N/D				
Lewa: otwarcie		0	1	1	1		0	1	2				
Lewa: zamknięcie		0	1	1	1		0	1	2				
Prawa: otwarcie		0	1	1	1		0	1	2				
Prawa: zamknięcie		0	1	1	1		0	1	2				
Dźwięki: ruchy poziome													
(>2 x 3 prób, W trakcie ruchu)		Prawa strona				Lewa strona							
		Żaden	Trzask	Wyraźne krepitacje	Delikatne krepitacje	Żaden	Trzask	Wyraźne krepitacje	Delikatne krepitacje				
Boczny prawy		0	1	1	1	0	1	1	1				
Boczny lewy		0	1	1	1	0	1	1	1				
Doprzeczny		0	1	1	1	0	1	1	1				

VII. Muscle & joint pain with palpation									
		RIGHT				LEFT			
		RDC Protocol				RDC Protocol			
		no	mild	mod	sevr	no	mild	mod	sevr
Non-pain sites									
	Mastoid (lateral superior portion)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Frontal (in-line with pupil, below hair)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Vertex (1 cm lateral to cranial top)	0	1	2	3	0	1	2	3
Extra-oral & cervical muscles									
	Posterior temporalis (back of temple)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Middle temporalis (middle of temple)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Anterior temporalis (front of temple)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Masseter-origin (cheek, under cheekbone)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Masseter-body (cheek, side of face)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Masseter-insertion (cheek, jaw-line)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Post mandibular region (jaw, throat area)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Submandibular region (under chin)	0	1	2	3	0	1	2	3
Joint pain									
	Lateral pole (outside)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Posterior attachment (inside ear)	0	1	2	3	0	1	2	3
Intra-oral muscles									
	Lat pterygoid area (behind upper molars)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Tendon of temporalis (tendon)	0	1	2	3	0	1	2	3

VII. Mięśnie & staw ból przy palpacji									
		PRAWA				LEWA			
		BKD Protokół				BKD Protokół			
		żaden	łag.	umiar.	silny	żaden	łag.	umiar.	silny
Miejsca bez bólu									
	Wyr. sutkowaty (boczna górna część)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Frontal (w linii żrenicy, poniżej włosów)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Vertex (1 cm bocznie od szczytu czaszki)	0	1	2	3	0	1	2	3
Mięśnie zewnątrzstne & mięśnie szyi									
	Część tylna mięśnia skroniowego (tył skroni)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Część środkowa mięśnia skroniowego (środek skroni)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Część przednia mięśnia skroniowego (przód skroni)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Część górna mięśnia żwacza (policzek, poniżej kości jarzmowej)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Część środkowa mięśnia żwacza (policzek, bok twarzy)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Część dolna mięśnia żwacza (policzek, krawędź żuchwy)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Tyłna okolica żuchwy (<i>mięsień ryłcowo-gnykowy/brzusiec tylny mięśnia dwubrzuścowego</i>) (żuchwa, okolica gardła)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Okolica podżuchwowa (<i>mięsień skrzydłowy przyśrodkowy, mięsień nadgnykowy, brzusiec przedni mięśnia dwubrzuścowego</i>) (pod brodą)	0	1	2	3	0	1	2	3
Ból w obrębie stawu									
	Okolica boczna	0	1	2	3	0	1	2	3
	Tyłny przyczep(wewnątrz ucha)	0	1	2	3	0	1	2	3
Mięśnie wewnątrzstne									
	Okolica m. skrzydłowego bocznego (za górnymi trzonowcami)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Ściągno m. skroniowego (ściągno)	0	1	2	3	0	1	2	3

Part 2 CLINICAL EXAMINATION SPECIFICATIONS Research diagnostic criteria for TMD

Expanded Specifications for TMD Examinations with Clarifications. Prepared for the International RDC/TMD Consortium 7/10/05.

This document represents a revision for clarification of the published RDC/TMD specifications (S. F. Dworkin and L. LeResche. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Review, Criteria, Examinations and Specifications, Critique. Journal of Craniomandibular Disorders, Facial & Oral Pain 6:301-355, 1992.). Based on questions and problems emerging from teaching these guidelines and conducting reliability studies around the world, clarifications of the original guidelines were needed, and, while retaining the original intention of the specifications, these revisions were created with the help of multiple individuals with extensive experience in the performance of the RDC/TMD examination protocol. If there are questions or comments about this document, please direct them Ms Kimberly H Huggins, BS, RDH at the University of Washington (khh@u.washington.edu).

A. GENERAL DIRECTIONS FOR EXAMINATION

1. All questionnaire and examination items need to be completed unless the subject refuses or is unable to cooperate. For some items (e.g., muscle palpations), there is a specific field for indicating subject refusal. Otherwise use "Cannot Assess" [if response category provided] or write "SR" (subject refuses) in large block letters adjacent to the examination item and note

Część 2 INSTRUKCJE BADANIA KLINICZNEGO Wербalne dyrektywy dla pacjenta

Badawcze kryteria diagnostyczne zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia. Rozszerzony opis wyjaśniający badanie ZCURNŻ przygotowany dla międzynarodowego konsorcjum RDC/TMD 7/10/05.

Dokument ten jest przeglądem wyjaśniającym opublikowane opisy BKD/ZCURNŻ. S.F Dworkin i L.LeResche. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Review, Criteria, Examination and Specification, Critique. Journal of Craniomandibular Disorders, Facial & Oral Pain 6:301-355, 1992.). Oparty jest na pytaniach i problemach wynikających z nauczania tych wytycznych i przeprowadzania badań wiarygodności na całym świecie z wykorzystaniem pierwotnych wytycznych. Ten przegląd został stworzony z pomocą wielu osób z ogromnym doświadczeniem w wykonywaniu protokołu egzaminacyjnego BKD/ZCURNŻ z jednoczesnym zachowaniem pierwotnego zamysłu specyfikacji. Jeśli macie państwo jakiegokolwiek pytania lub komentarze dotyczące tego dokumentu, proszę je kierować do dr. Richard Ohrbach, University of Buffalo (ohrbach@buffalo.edu).

A. OGÓLNE WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE BADANIA

1. Wszystkie pytania w kwestionariuszu i pozycje w formularzu egzaminacyjnym muszą być wypełnione, chyba że pacjent odmówi lub jest niezdolny do współpracy. Przy niektórych punktach (np. palpacja mięśni), znajduje się konkretne miejsce dla zaznaczenia odmowy pacjenta. W przeciwnym razie proszę użyć : „, nie można określić” [jeśli jest takie pole] albo proszę

- why the subject refuses or cannot do item.
- All measurements will be conducted with the jaw muscles in a passive state, unless the examination specifies otherwise. The joints and muscles should not receive additional weight or pressure at any time.
 - All millimeter recordings will be done as single or double digits. If a double-digit reading is only one digit, precede with a lead zero. If a measurement is between two millimeter markings, record the lesser value.
 - Subjects will sit in chairs with the chair back in a vertical position (i.e., 90 degrees relative to the floor).
 - Examiners will wear gloves at all times.
 - Subjects with replacement prostheses will be examined with the prostheses in their mouth except if it is necessary to remove these for observing the mucosa and gingiva and performing intraoral palpations. Bite plates and other appliances that do not replace teeth are to be removed for the examination.
 - If the subject has a beard, a neck brace or any other potential physical barrier that may interfere with muscle or TMJ palpation, indicate this [by checking "Yes" to item E., "Physical Barrier" and specify].
 - Conduct the examination procedures in the order on the form and record all measurements in the appropriate places on the specified form.
 - Items IV, Vertical incisal overlap, and II, Midline deviation, are included so corrections to measurements in items III and V, respectively, can be done post hoc to determine actual values of openings and excursions. For items III through, the amount of vertical incisal overlap should be added to each of these measurements to determine the actual amount of opening. For items V, if midline deviation is greater than 0, this measurement should be added to one side of the lateral excursion and subtracted from the other side.

For example: If a subject has a 2-mm midline deviation to the right, then subtract 2 mm from the value given to the right lateral excursion and add 2 mm to the value given to the left lateral excursion.

- napisać „PO” (pacjent odmówił) dużymi drukowanymi literami przy danej pozycji. Proszę również zapisać, dlaczego pacjent odmówił albo dlaczego nie można uzupełnić pozycji w formularzu.
- Wszystkie badania mięśni powinny być przeprowadzone w pasywnym stanie mięśni, chyba że w pytaniu formularza napisane jest inaczej. W trakcie badania stawy i mięśnie nie powinny być dodatkowo obciążone.
 - Wszystkie zapisy w milimetrach powinny być określone jako pojedyncze lub podwójne cyfry. Przed pojedynczą liczbą proszę wpisać „0” (np. 1 proszę wpisać jako 01). Jeśli pomiar jest pomiędzy całkowitymi milimetrami, proszę zaokrąglić w dół.
 - Pacjenci powinni być badani na fotelu dentystrycznym ułożonym w pozycji pionowej (np. 90 stopni w stosunku do podłogi).
 - Osoba przeprowadzająca badanie powinna mieć zawsze włożone rękawiczki.
 - Pacjenci posiadający ruchome protezy powinni być badani z założonymi protezami z wyjątkiem sytuacji, w których niezbędne jest ich wyciągnięcie dla oceny błony śluzowej i dziąseł oraz w trakcie badania palpacyjnego mięśni wewnątrzustnych. Szyny i inne aparaty, które nie uzupełniają braków zębowych, powinny być wyjęte w trakcie badania.
 - Proszę zaznaczyć, jeśli pacjent nosi brodę, kołnierz ortopedyczny lub jakąkolwiek inną potencjalną przeszkodę, która może utrudniać palpację stawów skroniowo-żuchwowych lub mięśni.
 - Badanie powinno być przeprowadzone według kolejności formularza, a wszystkie pomiary zaznaczone w odpowiednich miejscach formularza.
 - Punkt IV – relacja pionowa międzysieczna oraz II – odchylenie linii środkowej, są uwzględnione w formularzu, więc korekty pomiarów odpowiednio w pozycji III i V mogą być zrobione *post hoc* w celu ustalenia rzeczywistych zasięgów ruchów żuchwy. Dla pozycji III należy dodać wielkość pionowej odległości międzysiecznej, aby otrzymać końcowy wynik. W punkcie V, jeśli dewiacja linii środkowej jest większa niż 0, to ta wielkość powinna być dodana do jedne-

10. If the subject has other responses to "pain" such as "tightness, achiness, pressure, or uncomfortable", the examiner will use the neutral probe, "Is that pain, yes or no?"
11. Scoring "Muscles" for subjects reporting pain on items I, III, and V: Muscle sites which can be scored as positive when a subject indicates pain include only the muscles that are palpated in this exam (items VII) and do not include non-masticatory muscles (e.g. sternocleidomastoid, occipitalis, etc.)
12. If it is unclear to the examiner whether the subject is indicating a joint, muscle or both, press on the area as lightly as possible to correctly identify the anatomic structure. If the examiner is still unclear about the location of pain, leaving the examining finger lightly on the structure, ask the subject to protrude their jaw and/or open and close (until movement in the joint is felt), then return to a "comfortable position" with back teeth completely touching, and then clench their teeth together. The examiner asks the subject, "Slide your jaw straight out in front of you until I ask you to stop and then slide your jaw back to a comfortable position with your back teeth completely touching"; and/or "Open until I ask you to stop and then close in a comfortable position with your back teeth completely touching." After the subject does this [these] movements, the examiner asks; "Now, gently clench your teeth together, and relax." Record as follows:
- "Muscle": If muscle contraction during clenching can be felt by the finger; or if after the subject protrudes, or opens/closes, and returns to their "comfortable position" and the lateral pole is not felt.
 - "Joint": If there is no perceptible muscle contraction directly beneath the finger during clenching; or if after the subject protrudes, or opens/closes, and returns to their "comfortable position" and the lateral pole is felt.
 - "Both": If the site over the lateral pole is painful and muscle contraction is felt over the joint [or just anterior to the joint and on the masseter muscle] during clenching.
 - The examiner's decision is made independent
- go z ruchów bocznych, a od drugiego odjęta. Na przykład: jeśli pacjent ma 2 mm odchylenia linii środkowej w prawo, należy odjąć 2 milimetry od wartości podanej dla prawego bocznego ruchu żuchwy i dodać 2 milimetry do wartości podanej dla lewego bocznego ruchu żuchwy.
10. Jeśli pacjent zgłasza inne odczucia niż „ból”, takie jak „napięcie, ucisk albo dyskomfort” osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?”
11. Analiza „mięśni” przez pacjentów zgłaszających ból w pozycjach I, III oraz V: mięśnie, które mogą być zaznaczone w formularzu, gdy pacjent wskazuje ból w obrębie mięśni uciskanych w trakcie przeprowadzania badania (pozycja VII), ale nie bierze się pod uwagę mięśni niebiorących udziału w żuciu (np. mostkowo-obojęczkowo-sutkowy, mięsień potyliczny, itp.).
12. Jeśli osoba przeprowadzająca badanie, nie jest pewna czy pacjent wskazuje staw, mięsień czy obie struktury, powinna ucisnąć badane miejsce tak lekko, jak to możliwe, żeby poprawnie zidentyfikować strukturę anatomiczną. Jeśli osoba przeprowadzająca badanie wciąż nie jest pewna, gdzie występuje ból, trzymając delikatnie palec na strukturze, prosi pacjenta, żeby wysunął żuchwę do przodu i/lub otworzył i zamknął (do momentu wyczuwalności ruchu w stawie). Następnie prosi pacjenta, aby powrócił do „wygodnej pozycji żuchwy” ze złączonymi całkowicie tylnymi zębami i zacisnął zęby. Osoba przeprowadzająca badanie powinna powiedzieć: „Proszę wysunąć żuchwę do przodu do momentu, kiedy poproszę, żeby Pan/Pani przestała, a następnie proszę powrócić do wygodnej pozycji dla żuchwy z zębami całkowicie złączonymi, a następnie zacisnąć zęby;” i/lub „Proszę otwierać usta do momentu, kiedy poproszę, żeby Pan/ Pani przestała, a następnie zamknąć usta w wygodnej pozycji z tylnymi zębami całkowicie złączonymi”. Po tym jak pacjent wykona ten(te) ruchy, osoba przeprowadzająca badanie mówi: „A teraz proszę delikatnie zacisnąć zęby i zrelaksować się”. Proszę zapisać według poniższych instrukcji:
- „Mięśnie”: jeśli osoba przeprowadzająca ba-

of feedback from the subject. For example, if the subject indicates pain in the joint but the examiner identifies the location as muscle, the examiner's findings are those recorded.

13. If the subject has a positive pain report not associated with palpations, (items I, II and III), then clarification is allowed. For item I, ask the subject: "Could you point with one fingertip to each of the areas where you have felt pain in the past month". If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you felt pain in the past month?" For items III and V, ask the subject: "Could you point with one fingertip to each of the areas where you felt pain with that movement?" If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you felt pain with that movement?"

Note: Because the Research Diagnostic Criteria require self-report of pain location (examination items I), verified by the examiner, these items have been moved from the questionnaire to the examination. This will allow the examiner the opportunity to reliably confirm the type and location of pain.

Before beginning the Examination the examiner first says, "I am going to ask about areas of pain, and these are the areas [all palpation sites in the exam] that I am primarily interested in here here here and also possibly areas within the mouth." As the examiner says this, she touches, bilaterally, the temporalis, TMJ, masseter area, posterior-mandibular area, and sub-mandibular areas. The examiner does not identify the areas by name.

danie może wyczuć palcem skurcz mięśni podczas zaciskania zębów pacjenta lub gdy pacjent wysuwa żuchwę do przodu, lub przy otwarciu/zamknięciu i powrocie do „wygodnej pozycji”, równocześnie boczne pole stawu skroniowo-żuchwowego nie jest wyczuwalne.

- b. "Staw": jeśli osoba przeprowadzająca badanie nie wyczuwa skurczu mięśnia bezpośrednio pod palcem podczas zaciskania lub gdy pacjent wysuwa żuchwę lub przy otwarciu/zamknięciu i powrocie do „wygodnej pozycji” i równocześnie boczne pole stawu skroniowo-żuchwowego jest wyczuwalne.
 - c. „Obie struktury”: jeśli miejsce wokół bocznej pola stawu skroniowo-żuchwowego jest bolesne i wyczuwalny jest skurcz mięśni nad stawem (lub przed stawem i na mięśniu żwacz) podczas zaciskania.
 - d. Decyzja osoby przeprowadzającej badanie powinna być podjęta niezależnie od tego, co zgłasza pacjent. Na przykład: jeśli pacjent zgłasza ból w obrębie stawu, a osoba przeprowadzająca badanie identyfikuje ból w obrębie mięśnia, należy zanotować wnioski osoby przeprowadzającej badanie.
13. W przypadku gdy pacjent zgłasza ból niezwiązany z badaniem palpacyjnym (I, III, V), wyjaśnienie jest dozwolone. Dla pozycji I, proszę zasugerować pacjentowi: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w przeciągu ostatniego miesiąca”. Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać: „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w ostatnim miesiącu?” Dla pozycji III i V osoba przeprowadzająca badanie powinna zasugerować: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?” Jeśli pacjent wskazuje co najmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać pacjenta „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?”

Uwaga: Ponieważ Badawcze Kryteria Diagnostyczne wymagają informacji od pacjenta

B. EXAMINATION

1. Ask the subject, "In the past month, have you had pain on the right side of your face, the left side, or both sides?" Circle the appropriate answer.
2. "Could you point with one fingertip to each of the areas where you have felt pain *in the past month*." If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you felt pain *in the past month*?" Circle the appropriate answer. If it is unclear to the examiner whether the subject is indicating a joint or muscle, press on the area as lightly as possible to correctly identify the anatomic site. For example, if the subject indicates pain in the joint, but the examiner identifies the location as muscle, the examiner's findings are those which are recorded.
3. *Opening Pattern*. General Instruction: Ask the subject to position the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position with your back teeth completely together.") Place your thumb under the subject's lower lip so that the lip reveals the lower teeth. This will facilitate observing midline deviation. Ask the subject to open the mouth as wide as possible, even if he/she feels pain. ("I'd like you to open your mouth as wide as you can, even if it's painful.") If the degree of deviation is unclear, then use a millimeter ruler held

o lokalizacji bólu (I pozycja formularza), zweryfikowanych przez osobę przeprowadzającą badanie, ta pozycja została przeniesiona z kwestionariusza do badania. To umożliwi osobie przeprowadzającej badanie wiarygodne potwierdzenie rodzaju i miejsca bólu. Przed rozpoczęciem badania osoba przeprowadzająca badanie mówi: „ Zapytam o lokalizację bólu, są to miejsca (wszystkie badane miejsca w trakcie palpacji), którymi jestem głównie zainteresowany/a . . . tu... tu... tu... , a także ewentualne miejsca wewnątrz ust”. Kiedy osoba przeprowadzająca badanie wypowiada te słowa, dotyka obustronnie skroni, SSŻ, mięśni żwaczy, okolicy tylnej żuchwy, okolicy podżuchwowej. Osoba przeprowadzająca badanie nie nazywa obszarów, których dotyka.

B. BADANIE

1. Proszę zapytać pacjenta: „Czy kiedykolwiek w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/Pani ból po prawej stronie twarzy, lewej stronie lub po obu stronach twarzy?”. Proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź.
2. „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pan ból w przeciągu ostatniego miesiąca.” Jeśli pacjent wskaże przynajmniej jedno miejsce, proszę zapytać: „ Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w ostatnim miesiącu?” Proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź. Jeśli osoba przeprowadzająca badanie nie jest pewna, czy pacjent wskazuje staw czy mięsień, powinna uciśnąć badane miejsce tak lekko, jak to możliwe, żeby poprawnie zidentyfikować strukturę anatomiczną. Na przykład, jeśli pacjent wskazuje staw jako źródło bólu, a osoba przeprowadzająca badanie uważa, że to mięsień, należy zanotować wnioski osoby przeprowadzającej badanie.
3. *Ruch odwodzenia*. Ogólne instrukcje: Proszę poprosić pacjenta, aby ułożył żuchwę w wygodnej pozycji. („Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji z tylnymi zębami całkowicie złączonymi.”). Proszę odchylić kciukiem dolną wargę pacjenta w taki sposób, aby uwidocznić dolne zęby. Pozwoli to na obserwację odchylenia od linii środkowej. Proszę poprosić pacjenta o otwarcie ust tak szeroko, jak to możliwe,

vertically between the maxillary and mandibular incisor embrasures (or mark mandibular incisor if midlines do not match) as a guide. Ask the subject to open three times. If the subject exhibits more than one opening pattern then ask the subject to repeat the three openings and score the most reproducible pattern according to the following criteria (*note*: only opening pattern is assessed).

- a. *Straight*. If there is no perceptible deviation upon opening.
- b. *Lateral Deviation to Right or Left*. For deviations that are visually perceptible to one side at maximum opening, determine which side of the subject's face the deviation goes towards and record accordingly.
- c. *Corrected Deviation (S" Deviation)*. The subject exhibits a perceptible deviation to the right or left but corrects to the midline before or upon reaching the maximum unassisted mandibular opening.

Other. The subject exhibits jerky opening (not smooth or continuous) or has an opening other than those provided; indicate this and the type of deviation. If the subject has no dominant opening pattern, use this category and write "more than one."

4. *Vertical Range of Motion of Mandible*. If the subject is wearing a denture or partial and it is loose, compress it against the ridge for all opening measurements.
 - a. *Unassisted (Mandibular) Opening Without Pain*
 - i. *Obtaining Measurement*. Ask the subject to place the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position.") Choose the maxillary incisor

nawet jeśli jest to bolesne. („Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne.”). Jeśli pomiar odchylenia jest niejednoznaczny, proszę użyć linijki z podziałką milimetrową, trzymając ją pionowo pomiędzy liniami środkowymi górnych i dolnych siekaczy centralnych (lub proszę zaznaczyć na siekaczu dolnym, jeśli linia środkowa się nie zgadza). Proszę powiedzieć pacjentowi, aby otworzył usta trzykrotnie. Jeśli pacjent wykonuje więcej niż jeden typ odwodzenia żuchwy, wtedy proszę poprosić pacjenta o powtórzenie otwarcia ust trzy razy. Proszę zapisać najczęściej odtwarzany przez pacjenta typ odwodzenia żuchwy zgodnie z następującymi kryteriami (*uwaga*: oceniamy tylko ruch odwodzenia)

- a. *Prosty*. Jeśli nie ma zauważalnej dewiacji w trakcie odwodzenia.
- b. *Boczne odchylenie w prawo lub lewo*. Dotyczy dewiacji żuchwy, która jest wyraźne skierowana w prawą lub w lewą stronę przy maksymalnym otwarciu ust. Proszę zdecydować, po której stronie występuje dewiacja i odpowiednio zanotować.
- c. *Fizjologiczna odchylenie („S" odchylenie)*. Pacjent wykonuje zauważalną dewiację w lewą lub w prawą stronę, ale koryguje położenie żuchwy do linii środkowej w trakcie lub przed aktywnym, maksymalnym otwarciem ust. Inne. Jeśli pacjent wykonuje nierówne odwodzenie (ani płynne, ani ciągłe) lub otwiera inaczej niż wskazują określenia występujące w formularzu, proszę to zanotować, jak również rodzaj dewiacji. Jeśli pacjent nie ma dominującego typu odwodzenia, proszę użyć tej kategorii i napisać „więcej niż jeden”.

4. *Pionowy zakres ruchów żuchwy*. Jeśli pacjent użytkuje ruchome protezy całkowite lub częściowe, wykazujące niedostateczne utrzymanie na podłożu, proszę je podtrzymywać na podłożu przy wszystkich pomiarach otwarcia ust
 - a. **Czynne otwarcie bez bólu**
 - i. *Wykonywanie pomiarów*. Proszę poprosić pacjenta o ułożenie żuchwy w wygodnym położeniu. („Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.”) Proszę wybrać ten z siekaczy cen-

that is most vertically oriented, [if there is no difference choose tooth #8]. Ask the subject to open the mouth as far as possible (unassisted), without feeling any pain. ("I would like for you to open your mouth as wide as you can without feeling any pain, or without increasing your current pain.") Place the edge of the millimeter ruler at the mesial-distal center of the incisal edge of the opposing mandibular central and measure vertically to the labioincisal edge of the opposing maxillary incisor; record this measurement. Indicate on the form which maxillary incisor was chosen. If the subject did not open at least 30 mm, repeat the opening in order to insure understanding. If the second opening still does not produce more than a 30-mm opening, record the measurement.

b. *Maximum Unassisted (Mandibular) Opening*

- i. *Obtaining Measurement.* Ask the subject to place the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position.") Then ask the subject to open the mouth as wide as possible, even if he/she feels pain. ("I would like for you to open your mouth as wide as you can, even if it's painful.") Place the edge of the millimeter ruler at the mesial-distal center of the incisal edge of the same mandibular central incisor and measure vertically to the labioincisal edge of the opposing maxillary incisor; record this measurement.
- ii. *Pain.* Ask the subject if he/she felt pain on maximum unassisted opening. ("When you opened this time, did you have any pain?" If "Yes", ask the subject, "Could you point with one fingertip to each of the areas where you felt pain with that movement?". If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you felt pain with that movement?") Record whether or not the subject had pain, and the location. The location is scored in two ways: by left and/or right side and specifically whether or not the pain is in the joint. Two entries are required

tralnych górnych, który jest bardziej pionowo ustawiony w łuku zębowym (jeśli nie ma różnicy, proszę wybrać ząb numer 11). Proszę poprosić pacjenta, żeby otworzył usta tak szeroko, jak to możliwe (aktywnie) bez bólu. ("Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi bez uczucia bólu lub bez zwiększania obecnie odczuwanego bólu."). Proszę przyłożyć krawędź linijki z podziałką milimetrową do mezjalno-dystalnego środka krawędzi siecznej przeciwstawnego centralnego siekacza dolnego i zmierzyć odległość pionową do wargowo-siecznego brzegu przeciwstawnego siekacza górnego. Proszę zapisać pomiar i zaznaczyć, który ząb sieczny górny został wybrany. Jeśli pacjent nie otworzył ust co najmniej na 30 mm, proszę powtórzyć pomiar dla pewności. Jeśli za drugim razem pacjent nie otworzył ust więcej niż 30 mm, to proszę zapisać uzyskany wynik.

b. *Czynne maksymalne otwarcie*

- i. *Wykonywanie pomiarów.* Proszę poprosić pacjenta o ułożenie żuchwy w wygodnym położeniu i otwarcie ust tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne ("Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne.") Proszę przyłożyć krawędź linijki z podziałką milimetrową do mezjalno-dystalnego środka krawędzi siecznej tego samego siekacza centralnego dolnego i zmierzyć odległość pionową do wargowo-siecznego brzegu przeciwstawnego siekacza górnego. Proszę zapisać pomiar.
- ii. *Ból.* Proszę zapytać pacjenta, czy czuł/ czuła ból w trakcie czynnego, maksymalnego otwarcia ust. ("Czy przy otwarciu ust odczuwał Pan/Pani jakiś ból?" Jeśli „Tak”, proszę zasugerować pacjentowi: "Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu". Jeśli pacjent wskazuje co najmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać pacjenta: „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?" Proszę zapisać, czy pacjent miał ból, czy

for items III to assess pain: for each side, record as "None" (0), "Joint" (1), "Muscle" (2) or "Both" (3). If the subject indicates pressure or tightness, the examiner will use the neutral probe, "Is that pain, yes or no?" If "No" score as "None."

c. *Maximum Assisted (Mandibular) Opening*

- i. *Obtaining Measurement.* Ask the subject to position the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position.") Ask the subject to open the mouth as wide as possible, even if he/she feels pain. ("I would like for you to open your mouth as wide as you can, even if it's painful.") After the subject has opened this wide, place your thumb on the subject's maxillary central incisors, and cross your index finger over to the subject's mandibular central incisors. From this position you will gain the leverage necessary to force the subject's mouth open wider. Use moderate pressure, but do not forcefully open the mouth wider. ("I am checking to see if I can push your mouth open a little further and I will stop if you raise your hand.") Measure from the mesial-distal center of the labioincisal edge of the same mandibular central incisor as before to the labioincisal edge of the maxillary incisor with the millimeter ruler; record the measurement. [Record on the exam form whether or not the subject raised his/her hand to terminate the opening.]
- ii. *Pain.* Record whether or not the subject felt pain and the location. ("Did you feel any pain when I tried to open your mouth wider with my fingers?" If "Yes", ask the subject, "Could you point with one fingertip to each of the areas where you felt pain with that movement". If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you feel pain with

nie i miejsce bólu. Miejsce bólu zapisywane jest na dwa sposoby: lewa i/lub prawa strona i czy ból jest obecny w stawie, czy nie. Wymagane są dwa zapisy dla pozycji III formularza („max. czynne otwarcie” i „max. bierne otwarcie”) w celu oszacowania bólu: dla każdej strony proszę zapisać jako „Żaden” (0), „Mięsień” (1), „Staw” (2) lub „Oba” (3). Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?”. Jeśli odpowiedź brzmi: „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

c. *Bierne maksymalne otwarcie*

- i. *Wykonywanie pomiarów.* Proszę poprosić pacjenta, żeby ułożył żuchwę w wygodnej pozycji. ("Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji"). Proszę poprosić pacjenta, aby otworzył usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. ("Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne.") Po tym, jak pacjent otworzy usta szeroko, proszę umieścić kciuk na górnych centralnych siekaczach i skrzyżować palec wskazujący na dolnych centralnych siekaczach. Dzięki temu otrzymuje się dźwignię niezbędną do biernego otwarcia ust pacjenta. Proszę użyć umiarkowanej siły, ale nie otwierać ust pacjenta szerzej na siłę. („Położę palce pomiędzy Pana/ Pani zębami i spróbuję otworzyć Pana/ Pani usta szerzej. Proszę podnieść rękę, jeśli będzie Pan/ Pani chciał(a), żebym przestał(a).”) Użyj linijki z podziałką milimetrową, aby zmierzyć odległość między mezjalno-dystalnym środkiem brzegu siecznego centralnej jedynki dolnej a wargowo-siecznym brzegiem przeciwstawnego siekacza górnego. Proszę zapisać pomiar. (Zaznacz w formularzu, czy pacjent podniósł rękę w celu zakończenia testu).
- ii. *Ból.* Proszę zaznaczyć, czy pacjent czuł ból i ewentualnie, w którym miejscu. („Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy próbował(a) em palcami otworzyć szerzej usta?” Jeśli

that movement?" Score pain locations as in maximum unassisted opening. If the subject indicates feeling pressure or tightness, the examiner will use the neutral probe, "is that pain, yes or no?" If "No" score as "None."

- d. *Vertical Incisal Overlap*. Ask the subject to close the teeth completely together. "Put your back teeth completely together." With a pen, pencil or fingernail, mark the line where the incisal edge of the same maxillary central incisor used before for measurements overlaps the mandibular incisor. Measure the distance from the mandibular incisal edge to the marked line and record the measurement.

5. *Temporomandibular Joint Sounds on Palpation for Vertical Range of Motion*.

General Instructions: Subjects will indicate the presence or absence of sounds; if present, the examiners will score the type of sound observed. As guidance to the examiner, ask "Do you have sounds in your right joint, left joint or both?" If the subject says "Yes", the examiner asks the subject "What sounds do your joints make and on which side do you hear these sounds?" While assessing sounds, the examiner can ask the subject if he/she heard any sounds, the type of sound(s) and which side the sound(s) occurred. The examiner says "Did you hear or feel any sounds in either of your joints when you opened and closed your mouth?" If the subject says "yes", then the examiner asks "What sounds did you hear and on which side did you hear them?" Place left index finger over the subject's right TMJ and the right index finger over the subject's left TMJ (preauricular area). Use minimal

„Tak”, proszę zasugerować/polecić pacjentowi:” Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/Pani ból w trakcie tego ruchu” Jeśli pacjent wskazuje co najmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać pacjenta: „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?” . Proszę zapisać miejsca bólu tak, jak w przypadku czynnego maksymalnego otwarcia. Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?” Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

- d. *Pionowa odległość międzysieczna*. Proszę poprosić pacjenta, aby złączył zęby. „Proszę złączyć tylne zęby”. Długopisem, ołówkiem lub paznokciem proszę zaznaczyć linię, gdzie sieczny brzeg siekacza centralnego górnego (użytego do wcześniejszych pomiarów) zachodzi na centralny siekacz dolny. Proszę zmierzyć odległość od krawędzi siecznej siekacza dolnego do zaznaczonej linii i zapisać pomiar.

5. *Badanie palpacyjne dźwięków w stanie skroniowo-żuchwowym w trakcie ruchów pionowych żuchwy*.

Ogólne instrukcje. Pacjent poinformuje o obecności lub braku dźwięków w stawie. Jeśli są obecne, osoba przeprowadzająca badanie zapisze rodzaj zaobserwowanych dźwięków. Jako wskazówkę, proszę użyć następującego pytania: „Czy zwrócił(a) Pan/Pani uwagę na dźwięki w prawym, lewym lub obu stawach skroniowo-żuchwowych?” Jeśli pacjent odpowie: „Tak”, proszę zadać kolejne pytanie: „Jakie dźwięki wydają stawy i po której stronie słyszy Pan/Pani te dźwięki?” W trakcie badania dźwięków można zapytać pacjenta, czy słyszy dźwięk/i, jaki rodzaj dźwięku/ów i po której stronie. Osoba badająca pyta: „Czy słyszał/a lub czuł/a Pan/Pani jakieś dźwięki, w którymś ze stawów podczas otwierania i zamykania ust?”. Jeśli pacjent odpowie: „Tak”, proszę zapytać: „Jaki rodzaj dźwięków słyszał/a Pan/Pani i po której stro-

pressure, less than 1lb. The pad of the finger is placed anterior to the tragus of the ear. Ask the subject to slowly open as wide as possible, even if it causes pain. Each closure should bring the teeth completely together in maximum intercuspation. Ask the subject: "While I have my fingers over your joint, I would like you to slowly open as wide as you can, even if it is painful, and then slowly close until your back teeth are completely together." Ask the subject to open and close 3 times. Use these three opening/closing movements to "get acquainted" and to determine if the subject has sounds. Next, assess each joint unilaterally. Ask the subject to repeat the three opening/closing movements and assess sounds on the right joint. Record the action/sound that the joint produces, on opening or closing as detected by palpation and as defined below. Repeat for the left joint.

a. *Definition of sounds*

0 = *None*.

1 = *Click*. A distinct sound, of brief and very limited duration, with a clear beginning and end, which usually sounds like a "click".

2 = *Coarse Crepitus*. A sound that is continuous, over a longer period of jaw movement. It is not brief like a click or pop; the sound may make overlapping continuous noises. This sound is not muffled; it is the noise of bone grinding against bone, or like a stone grinding against another stone.

3 = *Fine Crepitus*. Fine crepitus is a fine grating sound that is continuous over a longer period of jaw movement on opening or closing. It is not brief like a click; the sound may make overlapping continuous sounds. It may be described as a rubbing or crackling sound on a rough surface.

Eminence Click. This sound is not scored;

nie?". Proszę położyć lewy palec wskazujący na prawym SSŻ, a prawy palec wskazujący na lewym SSŻ. Proszę użyć minimalnej siły, mniej niż 1lb. Opuszka palca wskazującego powinna być skierowana do przodu od płatka ucha. Proszę poprosić pacjenta, aby powoli otwierał usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Przy każdym zamknięciu zęby powinny być maksymalnie złączone do pozycji zwarcia centralnego. Proszę poprosić pacjenta: „W czasie, kiedy będę trzymać opuszki palców w okolicy Pana/ Pani stawów skroniowo-żuchwowych, proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Następnie proszę powoli otwierać tak szeroko, jak to możliwe [nawet jeśli jest to bolesne], a potem proszę powoli zamykać do momentu całkowitego złączenia zębów”. Proszę poprosić pacjenta, aby otworzył i zamknął usta trzy razy. Proszę użyć tych trzech ruchów otwarcia/ zamknięcia w celu „zapoznania się” i ustalenia, czy stawy pacjenta wydają dźwięki. Następnie proszę ocenić każdy ze stawów osobno. Proszę poprosić pacjenta o trzykrotne powtórzenie ruchów otwarcia/ zamknięcia i ocenić dźwięki w prawym stawie. Proszę zapisać ruch/ dźwięk stawu w trakcie otwierania lub zamykania. Proszę powtórzyć to samo dla lewego stawu.

a. *Definicja dźwięków*

0 = *Brak*

1 = *Trzask*. Wyraźny, krótki dźwięk z wyraźnym początkiem i końcem, który brzmi jak „kliknięcie”.

2 = *Wyraźne krepitacje*. Ciągły dźwięk, wyczuwalny dłużej w trakcie ruchu żuchwy, nie jest krótki jak trzask. Dźwięk ten może zachodzić na inne dźwięki. Ten dźwięk nie jest stłumiony. Można opisać ten dźwięk jako odgłos tarcia kości o kość albo jak kamienia o kamień.

3 = *Delikatne krepitacje*. Delikatny dźwięk, wyczuwalny dłużej w trakcie ruchu żuchwy, nie jest krótki jak trzask. Ten dźwięk może zachodzić na inne dźwięki. Można opisać ten dźwięk jako odgłos tarcia o szorstką powierzchnię.

Trzask guzkowy (hypermobilny). Ten dźwięk nie jest brany pod uwagę w formularzu.

a definition is provided so that if the sound/movement is encountered, the examiner will know what it is. The eminence click has to include at least an opening click; it is detected when the condyle-disk unit translates around the eminence, which is accompanied by a bodily shift of the mandible.

b. *Scoring of clicking sounds.* While many of the following types of sounds are not pertinent to specific diagnostic criteria, this exhaustive list of definitions is provided in order to better delineate how the sound types required to meet RDC may differ from other sounds.

i. *Reproducible Opening Click.* If upon opening and closing from maximum intercuspation, a click is noted on two of three opening movements, record as "Click" for opening click.

ii. *Reproducible Closing Click.* A click present on two of three closing mandibular movements, record as "Click" for closing click.

iii. *Reproducible Reciprocal Click.* This sound is determined by the millimeter measurement of opening and closing clicks and the elimination of both clicks when the subject opens and closes from a protruded position. With the millimeter ruler, measure the interincisal distance at which the first opening and last closing clicks are heard. Measure from mesial-distal center of the mandibular central used in #III vertically to the labioincisal edge of the opposing maxillary incisor. Measurements of the click can be either subject-directed or examiner-directed. If the subject is aware of the click, and can stop as the click occurs then the subject-directed method can be used. If the subject is unaware of the click, or cannot stop the movement at the click, then the examiner must direct the subject to stop the movement. Ask the subject: "I would like you to slowly open your mouth as wide as you can, even if it's painful, until you feel a click (OR: "I ask you to stop") and I will take a measurement." Then, to get closing click measurement, "Open your mouth as wide as you can, even if it's painful, and then close until you feel a click (OR: "I ask you

Definicja jest podana w celu diagnostyki różnicowej. Aby mówić o trzasku hypermobilnym, musi występować przynajmniej trzask w trakcie ruchu odwodzenia; jest wyczuwalny, kiedy kompleks kłykieć-dysk przesunie się wokół guzka stawowego, równocześnie widoczne jest „przeskoczenie” zuchwy.

b. *Analiza trzasków.* Z uwagi na fakt, że wiele typów dźwięków nie odnosi się do konkretnych kryteriów diagnostycznych, załączona jest wyczerpująca lista definicji, aby lepiej opisać sposób, w jaki dane typy dźwięków spełniających kryteria BKD mogą różnić się od innych dźwięków.

i. *Powtarzalny trzask w trakcie otwierania.* Jeśli w trakcie otwierania i zamykania z pozycji ZC, trzask jest wyczuwalny z 2 z 3 ruchów otwierania, proszę zaznaczyć „trzask” w punkcie odpowiadającym otwarciu ust.

ii. *Powtarzalny trzask w trakcie zamykania.* Jeśli w trakcie zamykania, trzask jest wyczuwalny z 2 z 3 ruchów zamykania, proszę zaznaczyć „trzask” w punkcie odpowiadającym zamykaniu ust.

iii. *Powtarzalny trzask dwukierunkowy.* Dźwięk ten jest określony dzięki milimetrowemu pomiarowi w trakcie otwierania i zamykania ust i można wyeliminować trzask, kiedy pacjent zamyka i otwiera z zuchwą wysuniętą do przodu. Używając linijki z podziałką milimetrową, proszę określić, kiedy występuje pierwszy trzask w trakcie otwierania i ostatni w trakcie zamykania, mierząc odległość między brzegami siecznymi górnych i dolnych siekaczy. Proszę zmierzyć odległość pionową między mezjalno-dystalnym środkiem siekacza dolnego (użytego w #III) a wargowo-siecznym brzegiem przeciwstawnego siekacza górnego. Pomiar trzasku może być aktywny (pacjent wyznacza położenie trzasku) lub bierny (osoba przeprowadzająca badanie wyznacza położenie trzasku). Jeśli pacjent jest świadomy trzasku, można użyć aktywnego pomiaru. Jeśli pacjent nie jest świadomy trzasku albo nie potrafi zatrzymać zuchwy w momencie trzasku, wtedy osoba przeprowadzająca badanie powinna pokierować pa-

to stop”) and I will take a measurement.” If the clicking ceases and therefore the click is not measurable, leave the measurement fields unfilled and check “9”(Cannot Assess) on exam form. (Computer analyses will then indicate this is not a reciprocal click; even though a click had been present, it did not continue to be present.) Assess elimination of clicks on protrusive opening by asking the subject first to maximally protrude. Next ask the subject to open and close from this protruded jaw position. "Open slightly and slide your jaw straight out in front of you as far as you can, even if it is painful. Keep your jaw forward and open and close from this position." Circle "Yes" (1) if the click can be eliminated when the jaw is opened and closed in a protruded or more anterior jaw position. If the click is not eliminated, circle "No" (0). If the subject lacks a reciprocal click circle "Not Applicable" (2).

- iv. *Non-Reproducible Click* (not scored on exam form). A non-reproducible click is present if the sound is only demonstrated periodically during opening or closing; it cannot be reproduced on at least two of three full mandibular movements. More than one sound can be circled overall for Opening (a) and Closing (b). If None (0) is circled, no other responses can be circled.

cjenta, określając, kiedy zatrzymać żuchwę. Proszę poprosić pacjenta: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, następnie powoli otwierać usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, do momentu kiedy poczuje Pan/Pani trzask [lub poproszę Pana/Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary”. Następnie, aby zmierzyć trzask w trakcie zamykania: „Teraz proszę kontynuować otwieranie tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, a następnie proszę powoli zamykać, aż poczuje Pan/Pani trzask [lub poproszę Pana/Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary.” Jeśli trzask ustępuje i z tego powodu nie można go zmierzyć, proszę zostawić miejsca zapisu pomiaru w formularzu puste i zaznaczyć ”9” (Nie można ocenić) . (W takim przypadku analiza komputerowa wykaze, że nie jest to powtarzalny trzask dwukierunkowy, chociaż trzask był obecny, nie ma jego kontynuacji). Proszę określić eliminację trzasku w trakcie otwierania, sugerując, aby pacjent wysunął żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe. Następnie proszę poprosić pacjenta, aby otwierał i zamykał usta z żuchwą wysuniętą do przodu. „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Proszę delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne i z tej pozycji proszę otwierać i zamykać usta.” Proszę zakreślić „Tak”(1), jeżeli trzask został wyeliminowany w trakcie zamykania i otwierania z żuchwą wysuniętą do przodu. Jeśli trzask nie może być wyeliminowany, proszę zakreślić „Nie” (0). Jeśli pacjenta nie charakteryzuje powtarzalny trzask dwukierunkowy, proszę zaznaczyć „Nie dotyczy” (2).

- iv. *Trzask niepowtarzalny* (nie jest brany pod uwagę w formularzu egzaminacyjnym). O trzasku niepowtarzalnym mówi się wówczas, gdy dźwięk nie występuje regularnie w trakcie otwierania i zamykania ust; nie występuje przynajmniej w trakcie dwóch z trzech pełnych ruchów żuchwy. Więcej niż jeden dźwięk może być zakreślony dla „otwarcia” i „zamknięcia”. Jeśli zakreślony jest: Żaden

6. Mandibular Excursive Movements

Measurements are taken from the labioincisal embrasures between the maxillary and mandibular central incisors. If one central incisor is missing, measure from the mesial incisal edge of the other central incisor. If neither central incisor is present, then measure from the incisal papilla. If there is a diastema, measure from the middle of the space. If the subject cannot perform a movement record "9" (Cannot Assess).

a. Right Lateral Excursion

- i. *Obtaining Measurement.* Ask subject to open slightly and move the mandible as far as possible to the right, even if it is painful. If the subject is confused about which direction she/he should move their jaw, say "Move your jaw towards this hand" and touch the subject's jaw on the side of the desired movement. If necessary, for any excursive movement, repeat the movement. (Example, "Open slightly, and move your jaw as far as possible towards the right, even if it is painful. Then hold it in that position with your teeth slightly apart until I take a measurement." With the teeth slightly separated, use a millimeter ruler to measure from the labioincisal embrasure between the maxillary centrals to the labioincisal embrasure of the mandibular incisors; record this measurement. Then tell the subject to "Move your jaw back to a comfortable position".)
- ii. *Pain.* Ask the subject if he/she had pain. "Did you feel any pain when you moved your jaw to the side?" If "Yes", ask the subject, "Could you point with one fingertip to each of the areas where you felt pain with that movement?" If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you felt pain with that movement?" Record whether or not the subject felt pain and the location. The location is scored in two ways: by left and/or right side and specifically whether or not the pain is in the joint. Two

(O), nie można zaznaczyć żadnej innej odpowiedzi.

6. Poziome ruchy żuchwy

Pomiary są wykonywane pomiędzy brzegami sieczno-wargowymi linii pośrodkowych centralnych siekaczy górnych a dolnych. Jeśli brakuje jednego z siekaczy, wtedy proszę wykonać pomiary od brzegu bliższego siecznego istniejącego siekacza. Jeżeli nie ma żadnego z siekaczy, wtedy proszę wykonać pomiary od brodawki przysiecznej. Jeśli występuje diastema, proszę wykonać pomiar pośrodku tej diastemy. W przypadku kiedy pacjent nie może wykonać ruchów, proszę zapisać „9” „Nie można ocenić”.

a. Prawy boczny ruch

- i. *Wykonywanie pomiarów.* Proszę poprosić pacjenta, aby lekko otworzył usta i przesunął żuchwę w prawo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Jeśli pacjent jest zdezorientowany, w którą stronę powinien przesunąć żuchwę, proszę użyć następującego polecenia: „Proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki”. Proszę wtedy dotknąć okolicy stawu pacjenta po stronie, w którą powinien być wykonany ruch. Jeśli jest to potrzebne, należy powtórzyć ruch. (Na przykład: „Proszę otworzyć delikatnie usta i przesunąć żuchwę w prawo, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów.” Proszę użyć linijki milimetrowej, aby zmierzyć odległość między brzegiem sieczno-wargowym linii pośrodkowej siekaczy centralnych górnych a dolnych. Proszę zapisać pomiar. Następnie zalecamy pacjentowi: ”Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.”).
- ii. *Ból.* Proszę zapytać pacjenta, czy czuł/a ból: „Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy przesuwał(a) Pan/ Pani żuchwę do boku?”. Jeśli „Tak”, proszę zasugerować pacjentowi: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu”. Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden z obszarów, proszę zapytać: ”Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani

entries are required for items V through V to assess pain: for each side record as "None" (0), "Joint" (1), "Muscle" (2), or "Both" (3). If the subject indicated feeling pressure or tightness, , the examiner will use the neutral probe, "Is that pain, yes or no?" If "No", score as "None."

b. *Left Lateral Excursion*

- i. *Obtaining Measurement.* "Open slightly, and move your jaw as far as possible towards the left, even if it is painful. Then hold it in that position with your teeth slightly apart until I take a measurement". With the teeth slightly separated, use a millimeter ruler to do the measurement. Then tell the subject to "Move your jaw back to a comfortable position". Record this measurement in the same manner as right excursion.
- ii. *Pain.* Ask the subject if he/she had pain. Record whether or not the subject felt pain and the location. Ask "Did you feel any pain when you moved to the side?" If "Yes", ask the subject, "Could you point with one fingertip to each of the areas where you felt pain with that movement?" If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you felt pain with that movement?" Score pain locations as in right lateral excursion. If the subject indicated feeling pressure or tightness, the examiner will use the neutral probe, "Is that pain, yes or no?" If "No", score as "None."

c. *Protrusion*

- i. *Obtaining Measurement.* Ask the subject to open slightly and protrude the mandible. ("Open slightly and slide your jaw straight

ból w trakcie tego ruchu?" Miejsce bólu jest zapisywane na dwa sposoby: lewa i/lub prawa strona i czy ból w występuje w stawie, czy nie. Wymagane są dwa zapisy dla pozycji V w celu oszacowania bólu: dla każdej strony proszę zapisać jako: „Żaden” (0), „Mięsień” (1), „Staw” (2) lub „Oba” (3). Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?” Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

b. *Lewy boczny ruch*

- i. *Wykonywanie pomiarów.* "Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w lewo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów." Proszę użyć linijki milimetrowej, aby zmierzyć odległość, a następnie proszę pacjentowi zasugerować: „Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji” . Proszę zapisać pomiar tak samo, jak dla prawej strony.
 - ii. *Ból.* Proszę zapytać pacjenta, czy czuł/a ból. Proszę zapisać, czy pacjent odczuwał(a) ból, czy nie i zapisać, gdzie ewentualnie pojawił się ból. Proszę zapytać: „Czy czuł(a) Pan/Pani jakikolwiek ból przy przesunięciu żuchwy w lewą stronę? Jeśli "Tak", proszę pacjentowi zasugerować: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?". Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden z obszarów, proszę zapytać: "Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?". Proszę zapisać pomiar tak samo, jak dla ruchu w prawą stronę. Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból: tak czy nie?" Jeśli odpowiedź brzmi: „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.
- #### c. *Ruch doprzodni*
- i. *Wykonywanie pomiarów.* Proszę poprosić pacjenta, aby lekko otworzył usta i przesunął żuchwę do przodu. ("Proszę otworzyć de-

out in front of you as far as you can, even if it is painful. Then hold your jaw in that position until I take a measurement". Use a millimeter ruler to measure from the mesial distal center of the maxillary incisor used in #III to the labioincisal edge of the opposing mandibular incisor; record this measurement. After the measurement is done tell the subject to "Move your jaw back to a comfortable position".) If the subject has a deep overbite, ask him/her to open wider so he/she can protrude without interference from the maxillary incisors.

- ii. *Pain.* Ask the subject if he/she had pain. Record whether or not the subject felt pain and the location. ("Did you feel any pain when you moved your jaw forward?" If "Yes", ask the subject, "Could you point with one fingertip to each of the areas where you felt pain with that movement?" If the subject points to at least one area, then ask the subject, "Are there any other areas where you felt pain with that movement?") Score pain locations as in right lateral excursion. If the subject indicated feeling pressure or tightness, the examiner will use the neutral probe, "Is that pain, yes or no?" If "No", score as "None."
- d. *Midline Deviation.* Ask subject: "Put your back teeth completely together." If the incisal embrasures of the maxillary and mandibular incisors do not line up vertically, determine the horizontal difference between the two while the subject is biting together. Measure in millimeters how far the mandibular embrasure is from the maxillary embrasure and on which side of the subject the mandibular embrasure is located. If the midline deviation is less than 1 mm, or there is no deviation, enter "00."

likatnie i przesunąć zuchwę do przodu, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Następnie proszę utrzymać zuchwę w tej pozycji, dopóki nie zrobię pomiarów". Proszę użyć linijki z podziałką milimetrową, aby zmierzyć odległość między mezjalno-dystralnym środkiem siekacza górnego (użytego w #III) a wargowo-siecznym brzegiem przeciwnego siekacza dolnego, a następnie zapisać wynik. Po skończeniu pomiaru proszę pacjentowi zasugerować: „Proszę przesunąć zuchwę z powrotem do wygodnej pozycji”. Jeśli siekacze górne pacjenta nachodzą głęboko na dolne, proszę poprosić, aby otworzył szerzej, tak aby wykonać ruch doprzedni bez ingerencji siekaczy górnych.

- ii. *Ból.* Proszę zapytać pacjenta, czy czuł/a ból. Zapisać, czy pacjent odczuł ból, czy nie i zapisać, gdzie ewentualnie ból się pojawił. Proszę zapytać: „Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy przesuwał(a) Pan/ Pani zuchwę do przodu? Jeśli ”Tak”, proszę pacjentowi polecić: ”Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu”. Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden z obszarów, proszę zapytać: ”Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?”. Zapisujemy pomiar tak samo, jak przy ruchu w prawą stronę. Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „ Czy czuje Pan/Pani ból: tak czy nie?”. Jeśli odpowiedź brzmi: „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.
- d. *Odchylenie linii środkowej.* Proszę poprosić pacjenta: “Proszę złączyć tylne zęby”. Jeśli linia środkowa siekaczy górnych nie pokrywa się z linią środkową siekaczy dolnych, proszę wyznaczyć horyzontalną różnicę, kiedy pacjent ma złączone tylne zęby. Proszę zmierzyć w milimetrach, jaka jest odległość między linią środkową siekaczy dolnych zuchwy a szczęki i w którą stronę jest przesunięta. Jeśli odchylenie linii środkowej jest mniejsze niż 1 mm albo jeśli nie ma odchylenia, proszę zapisać jako ” 00.”

7. Temporomandibular Joint Sounds on Palpation for Lateral Excursions and Protrusion

The guidelines for assessing sounds are the same as for Temporomandibular Joint Sounds on Palpation for Vertical Range of Motion. Ask the subject to move to the right, to the left, and protrude (see 5). Specifically, for right excursive movements, ask the subject to "Open slightly and move your jaw as far as possible towards the right, even if it is painful, and move your jaw back to a comfortable position and put your back teeth completely together every time." For left excursive movements, ask the subject to "Open slightly and move your jaw as far as possible towards the left, even if it is painful, and move your jaw back to a comfortable position and put your back teeth completely together every time." For protrusive movements, ask the subject to "Open slightly and slide your jaw straight out in front of you as far as you can, even if it is painful and move your jaw back to a comfortable position and put your back teeth completely together every time." If the subject is confused about which direction she/he should move their jaw, say "Move your jaw towards this hand" and touch the subject's jaw on the side of the desired movement. For all excursive movements, ask the subject to repeat movement for a total of three times. Then after the subject does each movement, as guidance to the examiner, ask the subject "Did you hear or feel any sounds in either of your joints when you moved to the right?" If the subject says "Yes", the examiner asks the subject "What sounds did you hear and on which side did you hear them?"

- a. *Definition of Sounds.* Refer to item 5.
- b. *Scoring of Clicking Sounds.*
 - i. *Reproducible Laterotrusive and Protrusive Click.* Occurs when the TMJ displays a click with two of three lateral movements to the same side or protrusion of the mandible

7. Badanie palpacyjne dźwięków w stawie skroniowo-żuchwowym w trakcie ruchów bocznych oraz ruchu doprzedniego żuchwy.

Wskazówki dotyczące „badania palpacyjnego dźwięków w stawie skroniowo-żuchwowym” są takie same, jak dla „pionowego zasięgu ruchów”. Prosimy pacjenta, aby przesunął żuchwę w prawo, w lewo i do przodu (zobacz 5). Jeśli chodzi o ruch żuchwy w prawą stronę, polecamy pacjentowi: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w prawo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem.” Jeśli chodzi o ruch żuchwy w lewą stronę, polecamy pacjentowi: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w lewo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem.” Jeśli chodzi o ruch doprzedni, polecamy pacjentowi: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem.” Jeśli pacjent jest zdezorientowany, w którą stronę powinien przesunąć żuchwę, używamy następującego polecenia: „proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki” i dotykamy stawu pacjenta po stronie, w którą powinien być wykonany ruch. Każdy ruch należy powtórzyć trzykrotnie. Za każdym razem, gdy pacjent wykona ruch, pytamy: „Czy słyszał(a) lub czuł(a) Pan/Pani jakiegokolwiek dźwięki w którymś ze stawów przy przesunięciu w prawo [lewo, do przodu]? Jeśli pacjent odpowie: „Tak”, to pytamy: „Jakie dźwięki słyszał(a) Pan/Pani i po której stronie?”

- a. *Definicja dźwięków.* Zobacz punkt 5.
- b. *Analiza Trzasków*
 - i. *Powtarzalne trzaski przy poziomych ruchach żuchwy.* Jeśli trzask występuje w trakcie 2 z 3 ruchów żuchwy w prawo lub 2 z 3 w lewo, lub 2 z 3 ruchów doprzednich. Zaznacz „Trzask”

respectively. Record as "Click" on exam form.

- ii. *Nonreproducible Laterotrusive and Protrusive Clicks.* A nonreproducible click is present if the click is only demonstrated periodically during laterotrusion movements or protrusion but cannot be reproduced on at least two of three movements. Not recorded on exam form.

C. GENERAL INSTRUCTION FOR MUSCLE AND JOINT PALPATION FOR PAIN

1. Examining the muscles and joint capsules for tenderness requires that you press on a specific site using the fingertips of the index and third fingers or the spadelike pad of the distal phalanx of the index finger only with standardized pressure, as follows: palpations will be done with 2 lbs of pressure for the temporalis and masseter muscles, 1 lb of pressure on the posterior mandibular and submandibular regions, the joints and intraoral muscles. Two fingers are used for palpations when subject and examiner anatomy allow (temporalis, masseter, posterior mandibular and submandibular region); otherwise a single finger is used. Within each group of items, VII, palpate the right side then the left side; e.g. Right side: Temporalis, Masseter, Posterior Mandibular Region and Submandibular Region; then Left side Temporalis, Masseter, Posterior Mandibular Region and Submandibular Region. Palpate the muscles while using the opposite hand to brace the head to provide stability. The subject's mandible should be in a resting position, without the teeth touching. Palpate while muscles are in a passive state. As needed, have the subject lightly clench and relax to identify and to insure palpation of the correct muscle site. ("I'm going to press on some muscles. I would like you to clench your teeth together gently and then relax your jaw with your teeth slightly apart.") Also, as needed, have the subject protrude their jaw and/or open and close to insure location and palpation of the correct joint site. ("Open slightly so your teeth are not touching and slide

w formularzu egzaminacyjnym.

- ii. *Niepowtarzalny trzask przy poziomych ruchach żuchwy.* Mówi się o niepowtarzalnym trzasku, kiedy dźwięk nie występuje regularnie w trakcie przesuwania w bok lub ruchu doprzedniego żuchwy; nie występuje przynajmniej w trakcie dwóch z trzech ruchów żuchwy. Nie jest brany pod uwagę w formularzu egzaminacyjnym.

C. OGÓLNE INSTRUKCJE DOTYCZĄCE PALPACYJNEGO BADAŃIA BÓLU MIĘŚNI I STAWÓW

1. Badanie tkiwości mięśni i torebki stawu polega na ucisku opuszkami palca wskazującego oraz trzeciego lub końcową częścią palca wskazującego wygiętą w kształt łopatki, przy użyciu standardowej siły: palpacja z użyciem ucisku 2 lbs powinna być użyta w trakcie badania mięśnia skroniowego i mięśnia żwacza. Natomiast palpacja z użyciem ucisku 1lb powinna być użyta w trakcie badania stawów, okolicy tylnej żuchwy, podżuchwowej oraz mięśni wewnątrzustnych. Zaleca się użycie dwóch palców, kiedy anatomia pacjenta i osoby przeprowadzającej badanie na to pozwala (mięsień skroniowy, tylna okolica żuchwy, okolica podżuchwowa), w innym wypadku powinno się używać jednego palca. W obrębie każdej z pozycji, VII, badamy najpierw prawą stronę, a następnie lewą stronę; na przykład prawa strona: mięsień skroniowy, mięsień żwacz, okolica tylna żuchwy i okolica podżuchwowa; następnie lewa strona: mięsień skroniowy, mięsień żwacz, okolica tylna żuchwy i okolica podżuchwowa. W trakcie badania palpacyjnego mięśni drugą ręką przytrzymujemy głowę pacjenta, aby zapewnić stabilność. Żuchwa pacjenta powinna być w spoczynkowej pozycji, tak aby zęby nie stykały się. Mięśnie w trakcie badania palpacyjnego powinny być w stanie biernym. Jeśli to potrzebne, proszę poprosić pacjenta, aby zacisnął(ęła) zęby, a następnie zrelaksował(a) się w celu dokładnego zlokalizowania mięśnia. („Ucisnę niektóre mięśnie. Proszę delikatnie zacisnąć zęby, a następnie rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się.”). W celu poprawnej lokalizacji sta-

your jaw forward and then back” OR “Open until I ask you to stop and then close.”) First locate the site of palpation using the landmarks described and then press. Because the site of maximum tenderness may vary from subject to subject and is localized, it is important to press in multiple areas in the region specified to determine if tenderness exists. Before beginning the palpations, say: "In the next part of the exam, we'd like [you] to report whether you feel pain or pressure when I palpate or press on certain parts of your head and face." Ask the subject to determine if the palpation is painful or if he/she just feels pressure. If it is painful, ask the subject to indicate if the pain is mild, moderate, or severe. Ask the subject, “Did you feel pain?” If “Yes”, then ask “was that mild, moderate or severe?” For any equivocal response such as “tightness” or the report of pressure only, the examiner will use the neutral probe, “Is that pain, yes or no?” If “No”, record as "No Pain." If, for any reason, the subject asks the examiner not to palpate an area, record “Subject Refused” on exam form.

2. Description of Specific Extraoral Muscle Sites (2 lbs digital pressure)

- a. *Temporalis (Posterior)*. Palpate posterior fibers behind the ears to directly above the ears. Ask the subject to clench and then relax to help identify muscle. Walk fingers towards the subject's face (medially) to the anterior border of the ear.
- b. *Temporalis (Middle)*. Palpate fibers in the depression about 4-5 cm lateral to the lateral border of the eyebrow.
- c. *Temporalis (Anterior)*. Palpate fibers over the infratemporal fossa, immediately above the zygomatic process. Ask the subject to clench and relax to help identify muscle.
- d. *Origin of Masseter*. Ask the subject to first

wów, proszę poprosić pacjenta, aby wysunął żuchwę do przodu oraz/albo otworzył i zamknął usta. „Proszę delikatnie otworzyć usta, tak żeby zęby nie stykały się i przesunąć żuchwę do przodu, a następnie przesunąć ją z powrotem do normalnej pozycji ” LUB „Proszę otwierać usta do momentu, aż poproszę, aby Pan/Pani przestała, a następnie proszę zamknąć.”) Najpierw lokalizujemy miejsce badania, używając opisanych punktów orientacyjnych, a następnie uciskamy. Miejsce maksymalnej wrażliwości może znajdować się gdzie indziej u różnych pacjentów, dlatego ważne jest, aby uciskać wiele miejsc we wspomnianym obszarze, żeby ustalić czy występuje tkliwość. Przed rozpoczęciem palpacji, mówimy: „W następnej części badania proszę powiedzieć, czy czuje Pan/Pani ból lub ucisk w trakcie palpacji pewnych części Pana/Pani głowy i twarzy”. Proszę poprosić pacjenta, by określił czy czuje ból, czy tylko ucisk. Jeśli palpacja jest bolesna, pytamy pacjenta, czy jest to ból: łagodny, umiarkowany, silny. Pytamy pacjenta: „Czy czuł/a Pan/Pani ból?” Jeśli: „Tak”, sugerujemy: „Proszę powiedzieć, czy jest to ból: łagodny, umiarkowany, silny?” Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból: tak czy nie?” Jeśli odpowiedź brzmi: „Nie”, zapisujemy jako „Żaden”. Jeśli pacjent nie wyrazi zgody na przeprowadzenia badania, piszemy w formularzu „Pacjent Odmówił”.

2. Opis lokalizacji mięśni zewnątrzustnych (ucisk 2lbs)

- a. *Część tylna mięśnia skroniowego*. Badamy palpacyjnie tylne włókna w tyle za uchem bezpośrednio powyżej uszu. Proszę poprosić pacjenta, aby zacisnął zęby, a następnie zrelaksował się, co pozwoli zlokalizować mięsień. Przesuwamy palce w kierunku twarzy pacjenta (przysrodkowo) do przedniej granicy ucha.
- b. *Część środkowa mięsień skroniowego*. Badamy palpacyjnie włókna w zagłębieniu około 4-5 cm bocznie do bocznej krawędzi łuku brwiowego.
- c. *Część przednia mięsień skroniowego*. Badamy palpacyjnie włókna nad dołem pod-

clench then relax and observe masseter for location. Palpate the origin of the muscle beginning in the area 1 cm immediately in front of the TMJ and immediately below the zygomatic arch, and palpate anteriorly to the border of the muscle.

- e. *Body of the Masseter.* Start just below the zygomatic process at the anterior border of the muscle. Palpate from here down and back to the angle of the mandible across a surface area about two fingers wide.
- f. *Insertion of the Masseter.* Palpate the area 1 cm superior and anterior to the angle of the mandible.
- g. *Posterior Mandibular Region (Stylohyoid / Posterior Digastric).* Use only 1 lb of pressure. Ask the subject to tip the head back a little. "I would like you to tip your head back a little." Locate the area between the insertion of the SCM and the posterior border of the mandible. Place finger so it is going medially and upwards (and not on the mandible). Palpate the area immediately medial and posterior to the angle of the mandible.
- h. *Submandibular Region (Medial Pterygoid, Suprahyoid, Anterior Digastric) Only 1 lb of pressure.* Locate the site under the mandible at a point 2 cm anterior to the angle of the mandible. Palpate superiorly, pulling toward the mandible. If a subject has a lot of pain in this area, try to determine if the subject is reporting muscle or nodular pain.

3. Description of Specific Joint Palpation Sites (1 lb digital pressure)

- a. *Lateral Pole.* Place index finger just anterior to the tragus of the ear and over the subject's TMJ. Ask the subject to open slightly until

skroniowym, bezpośrednio ponad wyrostkiem jarzmowym. Proszę poprosić pacjenta, aby zacisnął zęby, a następnie zrelaksował się, co pozwoli zlokalizować mięsień.

- d. *Część górna mięśnia żwacza.*
Proszę poprosić pacjenta, aby najpierw zacisnął zęby, a następnie zrelaksował się w celu obserwacji lokalizacji żwacza. Badamy palpacyjnie początek mięśnia 1cm do przodu od stawu skroniowo-żuchwowego, zaraz poniżej łuku jarzmowego, i badamy do przodu od granicy mięśnia.
 - e. *Część środkowa mięśnia żwacza.* Zaczynamy zaraz poniżej wyrostka jarzmowego w przedniej części granicy mięśnia. Badamy palpacyjnie od tego miejsca w dół i do tyłu w kierunku kąta żuchwy wszerek powierzchni szerokiej na 2 palce.
 - f. *Część dolna mięśnia żwacza.* Badamy palpacyjnie obszar 1 cm powyżej i do przodu od kąta żuchwy.
 - g. *Tyłna okolica żuchwy (mięsień rylcowo-gnykowy/brzusiec tylny mięśnia dwubrzuścowego).* Stosujemy ucisk równy 1 lb. Proszę poprosić pacjenta, aby odchylił lekko głowę do tyłu. „Proszę odchylić głowę delikatnie do tyłu.” Lokalizujemy miejsce palpacji pomiędzy początkiem mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego a tylną granicą żuchwy. Kładziemy palec tak, aby był przyśrodkowo i do góry (i nie dotykał żuchwy). Badamy palpacyjnie okolice bezpośrednio przyśrodkowo i tylnie do kąta żuchwy.
 - h. *Okolica podżuchwowa (mięsień skrzydłowy przyśrodkowy, mięsień nadgnykowy, brzusiec przedni mięśnia dwubrzuścowego).* Stosujemy ucisk równy 1 lb. Lokalizujemy miejsce ucisku pod żuchwą 2 cm do przodu od kąta żuchwy. Badamy, kierując się w kierunku żuchwy. Jeśli pacjent czuje duży ból w tej okolicy, próbujemy określić, czy ból pochodzi z mięśnia, czy węzłów chłonnych.
- ### 3. Opis wykonywania palpacji w obrębie stawu (ucisk 1lb)
- a. *Boczne pole.* Umieszczamy palec wskazujący skierowany do przodu od płatka ucha w miejscu stawu skroniowo-żuchowego. Prosimy

the examiner feels the lateral pole of the condyle translated forward or ask the subject to protrude slightly. "Open slightly until I ask you to stop [palpate] and then close" OR "Open slightly and slide your jaw straight out in front of you and then move it back to its normal position with your teeth slightly apart" [palpate] and then close". Use 1 lb pressure on the side that is being palpated, supporting the head with the opposite hand.

- b. *Posterior Attachment*. This site can be palpated intrameatally. Place the tip of the right little finger into the subject's left external meatus and the tip of the left little finger into the subject's right external meatus. Point the fingertips towards the examiner and ask subject to slightly open the mouth (or wide open if necessary) to make sure the joint movement is felt with the fingertips. Ask subject: "Open your mouth. When your mouth is open I am going to put my little finger in each of your ears and then close your mouth and put your back teeth completely together." Place firm pressure on the right side and then the left side while the subject's teeth are completely together. (Change examination gloves.)

4. *Description of Specific Intraoral Palpation Sites (1 lb digital pressure)*

Explain to the subject that you will now be palpating the inside of the mouth: ("Now I am going to palpate around the inside of your mouth. While I do these palpations I would like you to keep your jaw in a relaxed position with your teeth apart.")

- a. *Lateral Pterygoid Area*. Before palpating, make sure the fingernail of the index finger is trimmed to avoid false positives. Ask the subject to open the mouth and move the jaw to the side that is being examined. ("Move

pacjenta, aby otworzył delikatnie usta i trzymał otwarte, aż osoba przeprowadzająca badanie zlokalizuje boczne pole kłykcia przesuniętego do przodu lub prosimy pacjenta, aby wysunął delikatnie żuchwę do przodu: „Proszę delikatnie otworzyć do momentu, kiedy powiem „stop” (palpacja), a następnie proszę zamknąć” LUB: „Proszę delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu, a następnie przesunąć ją z powrotem do normalnej pozycji tak, żeby zęby nie stykały się”. Stosujemy ucisk równy 1 lb po badanej stronie, przytrzymując jednocześnie głowę pacjenta po drugiej stronie przeciwstawną ręką.

- b. *Tyłny przyczep*. Ta strona może być badana palpacyjnie „wewnątrzprzewodowo”. Proszę umieścić opuszkę małego prawego palca w lewym zewnętrznym przewodzie usznym pacjenta, a opuszkę lewego małego palca w prawym zewnętrznym przewodzie usznym. Kierujemy opuszki palców w kierunku egzaminatora i prosimy pacjenta, aby delikatnie otworzył usta (lub szeroko, jeśli jest taka konieczność), aby upewnić się, że ruchy żuchwy są wyczuwalne przez opuszki palców. Polecamy pacjentowi: „Proszę otworzyć usta. W czasie kiedy będzie mieć Pan/Pani otwarte usta, włożę mały palec do każdego z Pana/Pani uszu, następnie poproszę o zamknięcie ust i całkowite złączenie zębów.” Stosujemy pewny ucisk po prawej stronie, a następnie lewej, kiedy pacjent ma całkowicie złączone zęby. (Proszę zmienić rękawiczki.)

4. *Opis miejsc palpacji wewnątrzustnej (ucisk 1lb)*
Proszę wytłumaczyć pacjentowi, że będzie wykonywana palpacja wewnątrzustna: („Teraz będę dotykać wnętrza Pana/ Pani jamy ustnej. Kiedy będę to robić, proszę rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się.”)

- a. *Okolica mięśnia skrzydłowego bocznego*. Przed wykonaniem badania palpacyjnego, proszę upewnić się, czy paznokieć palca wskazującego jest odpowiednio skrócony, aby uniknąć fałszywie pozytywnych wyników. Proszę poprosić pacjenta, aby otworzył usta i przesunął żuchwę w stronę, która jest

your jaw towards this hand.") Place the index finger on lateral side of alveolar ridge above the right maxillary molars. Move finger distally, upward, and medial to palpate. If the index finger is too large, use the little finger (5th digit).

- b. *Tendon of Temporalis*. After completing the lateral pterygoid, rotate your [index] finger laterally near the coronoid process, ask the subject to open slightly, and move your [index] finger up the anterior ridge of the coronoid process. Palpate on the most superior aspect of the process. Note: If it is difficult to determine if the subject is feeling pain in the lateral pterygoid or the tendon of the temporalis, rotate and palpate with the index finger medially then laterally. If there is still difficulty, the lateral pterygoid is usually the more tender of the two.

badana. („Proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki”). Kładziemy palec wskazujący na wyrostku zębodołowym od strony policzka powyżej trzonowców górnych. Następnie przesuwamy palec dystalnie, do góry, oraz przyśrodkowo. Jeśli palec wskazujący jest za duży, proszę użyć małego (5-go) palca.

- b. *Ściągnij mięśnia skroniowego*. Po zakończeniu badania mięśnia skrzydłowego bocznego, obracamy palec bocznie w pobliżu wyrostka dziobiastego. Prosimy pacjenta, aby lekko otworzył usta i przesuwamy palec do przedniej części wyrostka dziobiastego. Proszę wykonać palpację w najwyższej części wyrostka dziobiastego. Trzeba pamiętać: jeśli trudno jest zdiagnozować, czy pacjent czuje ból mięśnia skrzydłowego bocznego, czy ściągna mięśnia skroniowego, wykonujemy palpację przyśrodkowo zamiast bocznie. Jeśli nadal występują wątpliwości, mięsień skrzydłowy boczny jest bardziej bolesny niż ściągno mięśnia skroniowego.

RDC/TMD Examination Commands

REVIEW HISTORY

"In the past month, have you had pain on either the right side of your face, the left side, or both sides?"

"Could you point with one fingertip to each of the areas where you have felt pain in the past month?"

"Are there any other areas where you have felt pain in the past month?"

OPENING PATTERN

"Place your mouth in a comfortable position with your back teeth completely together but not clenching."

"I would like you to open your mouth as wide as you can three times, even if it is painful."

VERTICAL RANGE OF MOTION

PAIN FREE OPENING

[Place your mouth in a comfortable position.]

IF THERE IS NO PAIN PRIOR TO STARTING THE EXAM:

"I would like you to open your mouth as wide as you can without feeling any pain."

IF PAIN IS ALREADY PRESENT:

"I would like you to open your mouth as wide as you can without increasing your current pain."

MAXIMUM UNASSISTED OPENING

[Place your mouth in a comfortable position.]

"I would like for you to open your mouth as wide as you can, even if it is painful."

"Did you have any pain when you opened this time?"

IF YES, USE FOLLOW-UP QUESTIONS ***

MAXIMUM ASSISTED OPENING

[Place your mouth in a comfortable position.]

"I would like for you to open your mouth as wide as you can, even if it is painful."

BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZCURNIŃ WERBALNE DYREKTYWY DLA PACJENTA

WYWIAD LEKARSKI

„Czy kiedykolwiek w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/ Pani ból po prawej stronie twarzy, lewej lub po obu stronach?”

„Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w przeciągu ostatniego miesiąca”.

„Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w ostatnim miesiącu?”

ZAKRES RUCHU ODWODZENIA

„Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji z tylnymi zębami całkowicie złączonymi, ale nie zaciśniętymi”.

„Proszę otworzyć usta trzy razy z rzędu tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne”.

PIONOWY ZASIĘG RUCHÓW

OTWIERANIE BEZ BÓLU

[Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.]

JEŚLI NIE CZUJE PAN/PANI BÓLU PRZED ROZPOCZĘCIEM BADANIA:

„Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi bez uczucia bólu”.

JEŚLI JUŻ CZUJE PAN/PANI BÓL:

„Proszę otworzyć usta tak szeroko jak Pan/ Pani potrafi bez zwiększania obecnie odczuwanego bólu”.

MAKSYMALNE CZYNNE OTWARCIE

[Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.]

„Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne”.

„Czy przy otwarciu ust odczuwał Pan/ Pani jakiś ból?”

JEŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ.***

MAKSYMALNE BIERNE OTWARCIE

[Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.]

„Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani

"I will place my fingers between your teeth and I will try to open your mouth wider. Please raise your hand if you want me to stop."

"Did you feel any pain when I tried to open your mouth wider with my fingers?"

IF YES, USE FOLLOW-UP QUESTIONS.

HORIZONTAL RANGE OF MOTION

RIGHT LATERAL EXCURSION

"Open slightly, and move your lower jaw as far as possible towards the right, even if it is painful. Then hold it in that position with your teeth slightly apart until I take a measurement."

Move your jaw back to its normal position.

Did you feel any pain when you moved to the right side? "

IF YES, USE FOLLOW-UP QUESTIONS.

LEFT LATERAL EXCURSION

"Open slightly and move your lower jaw as far as possible towards the left, even if it is painful. Hold it in that position with your teeth slightly apart until I take a measurement."

Move your jaw back to its normal position.

"Did you feel any pain when you moved to the left side?"

IF YES, USE FOLLOW-UP QUESTIONS.

PROTRUSIVE

"Open slightly and slide your lower jaw forward as far as you can, even if it is painful. Then hold your jaw in that position until I take a measurement. "

Move your jaw back to its normal position.

"Did you feel any pain when you moved your jaw forward?"

IF YES, USE FOLLOW-UP QUESTIONS.

INCISAL RELATIONSHIPS

"Put your back teeth completely together, but not clenching."

"Open slightly."

potrafi, nawet jeśli jest to bolesne".

„Położę palce pomiędzy Pana/ Pani zębami i spróbuję otworzyć Pana/ Pani usta szerzej. Proszę podnieść rękę, jeśli będzie Pan/ Pani chciał(a), żebym przestał(a)".

„Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy próbowałem palcami otworzyć szerzej usta?"

JĘŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ.***

POZIOMY ZAKRES RUCHÓW

PRAWY BOCZNY ZASIĘG RUCHÓW

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w prawo, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Potem proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów".

Proszę przesunąć żuchwę do normalnej pozycji.

„Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy przesunął(a) Pan/ Pani żuchwę w prawo?"

JĘŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ

LEWY BOCZNY ZASIĘG RUCHÓW

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w lewo, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne.

Proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów".

Proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji.

„Czy czuł(a) Pan/ Pani jakikolwiek ból przy przesunięciu żuchwy w lewą stronę?"

JĘŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ

DOPRZEDNIE PRZESUNIĘCIE ŻUCHWY

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę do przodu, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Następnie proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji, dopóki nie zrobię pomiarów".

Proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji

„Czy czuł(a) Pan/ Pani jakikolwiek ból przy przesunięciu żuchwy do przodu?"

JĘŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ

ODLEGŁOŚĆ MIĘDZYSIECZNA

"Put your back teeth completely together again, while I make some measurements."

JOINT NOISES

PRESENCE OF CLICK:

VERTICAL RANGE OF MOTION

"Do you notice sounds in your right jaw joint, left jaw joint or both?"

IF YES: "What sounds do your joints make and on which side do you hear these sounds?"

"While I have my fingers over your jaw joints, I would like you to put your back teeth completely together. Then, slowly open as wide as you can [even if it is painful] and then slowly close until your back teeth are completely together again."

POSITION OF CLICK

AND ELIMINATION OF CLICK

<IF click is present on at least 2 of 3 cycles>

"I would like you to put your back teeth completely together, then slowly open your mouth as wide as you can, even if it is painful, until you feel a click on the right side [OR: I ask you to stop] and I will take a measurement."

REPEAT/SUBSTITUTE FOR LEFT SIDE

"Then, continue opening as wide as you can, even if it is painful, and now slowly close until you feel a click on the right side [OR: I ask you to stop] and I will take a measurement."

REPEAT/SUBSTITUTE FOR LEFT SIDE

"Put your back teeth completely together. Open slightly and move your lower jaw forward as far as you can, even if it is painful, and from this position open and close your mouth."

PRESENCE OF CLICK:

HORIZONTAL RANGE OF MOTION

"Put your back teeth completely together, now open slightly and move your lower jaw towards the right as far as you can, even if it is painful, and move your jaw back to its normal position and put your back teeth completely together each time."

"Put your back teeth completely together, now open slightly and move your lower jaw towards the left as far as you can, even if it is painful, and move your jaw back to its normal position and put your back teeth completely together each time."

„Proszę złączyć tylne zęby, ale nie zaciskać”.

„Proszę otworzyć delikatnie”.

„Proszę z powrotem złączyć tylne zęby, dopóki nie zrobię pomiarów”.

DŹWIĘKI STAWÓW

OBECNOŚĆ TRZASKÓW:

PIONOWY ZASIĘG RUCHÓW

„Czy zwrócił(a) Pan/Pani uwagę na dźwięki w prawym, lewym lub obu stawach skroniowo-żuchwowych?”

JEŚLI TAK: „Jakie dźwięki wydają stawy i po której stronie słyszy Pan/ Pani te dźwięki?”

„W czasie, kiedy będę trzymać opuszki palców w okolicy Pana/ Pani stawów skroniowo-żuchwowych, proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Następnie proszę powoli otwierać tak szeroko, jak to możliwe [nawet jeśli jest to bolesne], a potem proszę powoli zamykać do momentu całkowitego złączenia zębów”.

OKREŚLENIE POŁOŻENIA TRZASKU

I ELIMINACJA TRZASKU

<Jeśli trzask występuje co najmniej w 2 z 3 cykli>

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, następnie powoli otwierać usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, do momentu kiedy poczuje Pan/Pani trzask z prawej strony [lub poproszę Pana/ Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary”.

PROSZĘ POWTÓRZYĆ/ZASTĄPIĆ

DLA LEWEJ STRONY

„Następnie proszę kontynuować otwieranie tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, a teraz proszę powoli zamykać, aż poczuje Pan/Pani trzask po prawej stronie [lub poproszę Pana/Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary”.

PROSZĘ POWTÓRZYĆ/ZASTĄPIĆ DLA

LEWEJ STRONY

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Proszę delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne i z tej pozycji proszę otwierać i zamykać usta”.

OBECNOŚĆ TRZASKU:

POZIOMY ZASIĘG RUCHÓW

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w prawo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne,

"Put your back teeth completely together, now open slightly and move your lower jaw forward as far as you can, even if it is painful, and move your jaw back to its normal position and put your back teeth completely together each time."

"Did you hear or feel any sounds in either of your joints when you moved to the right [left, forward]? What sounds did you hear and on which side did you hear them?"

IF SUBJECT IS CONFUSED: "Move your lower jaw towards this hand."

MUSCLE AND JOINT PALPATION FOR TENDERNESS

"Now I am going to touch different areas of your face and head. I will ask you if you feel pain or pressure. If you feel pain, I want you to tell me if the pain is mild, moderate, or severe. Please relax your jaw with your teeth slightly apart while I am pressing."

"I am going to press on some muscles. I would like you to gently clench your teeth together and then relax your jaw with your teeth slightly apart."

"Open slightly, and slide your lower jaw forward and then move it back to its normal position with your teeth slightly apart."

"Now, I am going to put my finger in each of your ears. Then, I would like you to open your mouth about half way and then close your mouth, putting your back teeth completely together."

"Now I am going to touch inside of your mouth. While I do this, I would like you to keep your jaw in a relaxed position with your teeth apart."

"Open slightly, and move your jaw towards this hand."

proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem".

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w lewo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem”.

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem”.

„Czy słyszał(a) lub czuł(a) Pan/Pani jakiegokolwiek dźwięki w którymś ze stawów przy przesunięciu w prawo[lewo, do przodu]? Jakie dźwięki słyszał(a) Pan/Pani i po której stronie?”

JESLI PACJENT NIE JEST PEWNY: „Proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki”.

PALPACYJNE BADANIE TKLIWOŚCI MIĘŚNI I STAWÓW

„Teraz będę dotykać różnych części Pana/ Pani twarzy i głowy. Będę pytać, czy czuje Pan/Pani ból lub ucisk. Jeśli czuje Pan/Pani ból, proszę powiedzieć, czy jest to ból: łagodny, umiarkowany, silny. Proszę rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się, podczas gdy ja będę uciskać”.

„Ucisnę niektóre mięśnie. Proszę delikatnie zaciśnąć zęby, a następnie rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się”. „Proszę delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu, a następnie przesunąć ją z powrotem do normalnej pozycji tak, żeby zęby nie stykały się”.

„Teraz włożę palec do każdego z Pana/Pani uszu. Następnie proszę otworzyć usta do połowy, a potem zamknąć, całkowicie złączając zęby”.

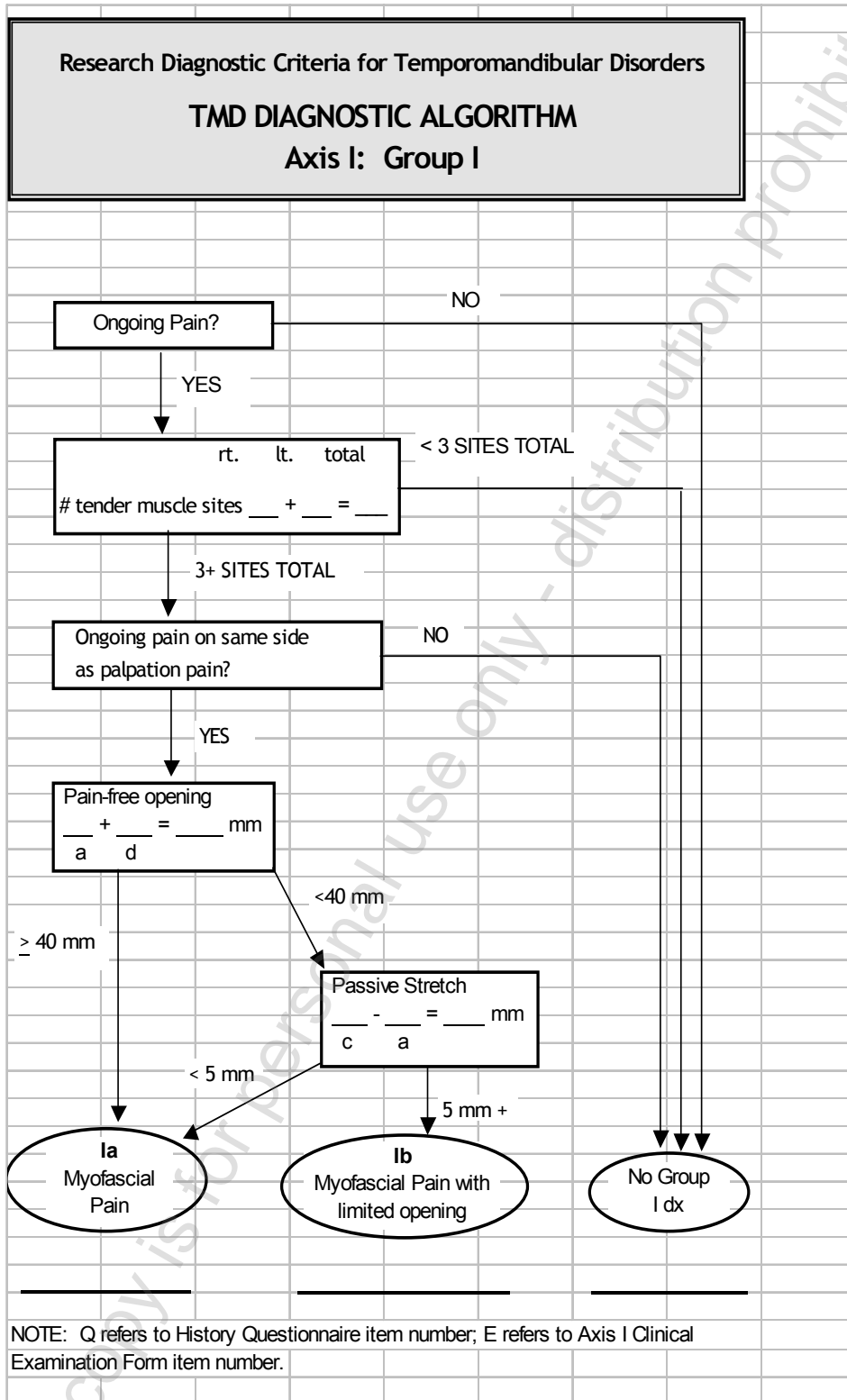
„Teraz będę dotykać wnętrza Pana/ Pani jamy ustnej. Kiedy będę to robić, proszę rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się”.

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w kierunku mojej ręki”.

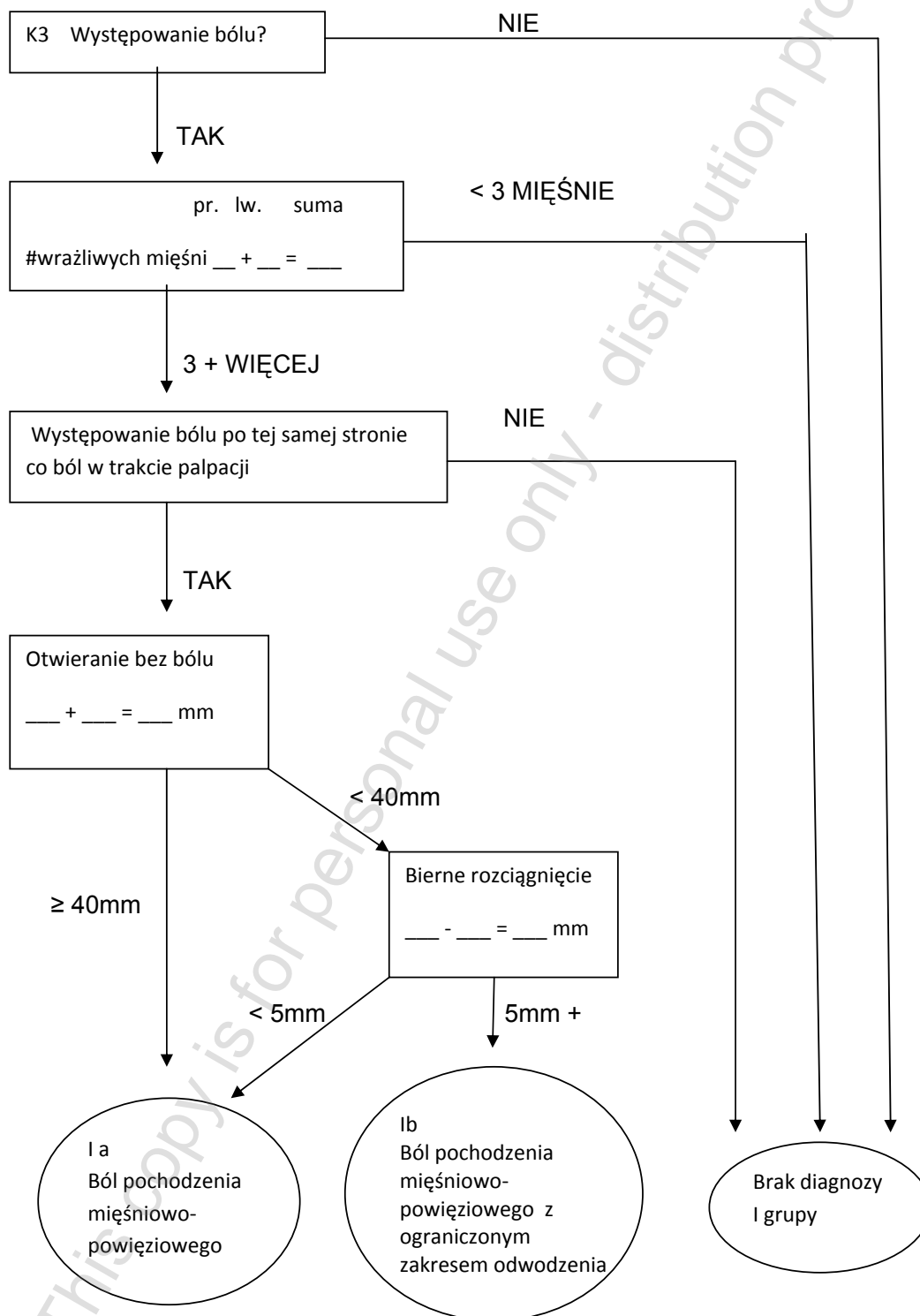
Part 3
Scoring the RDC

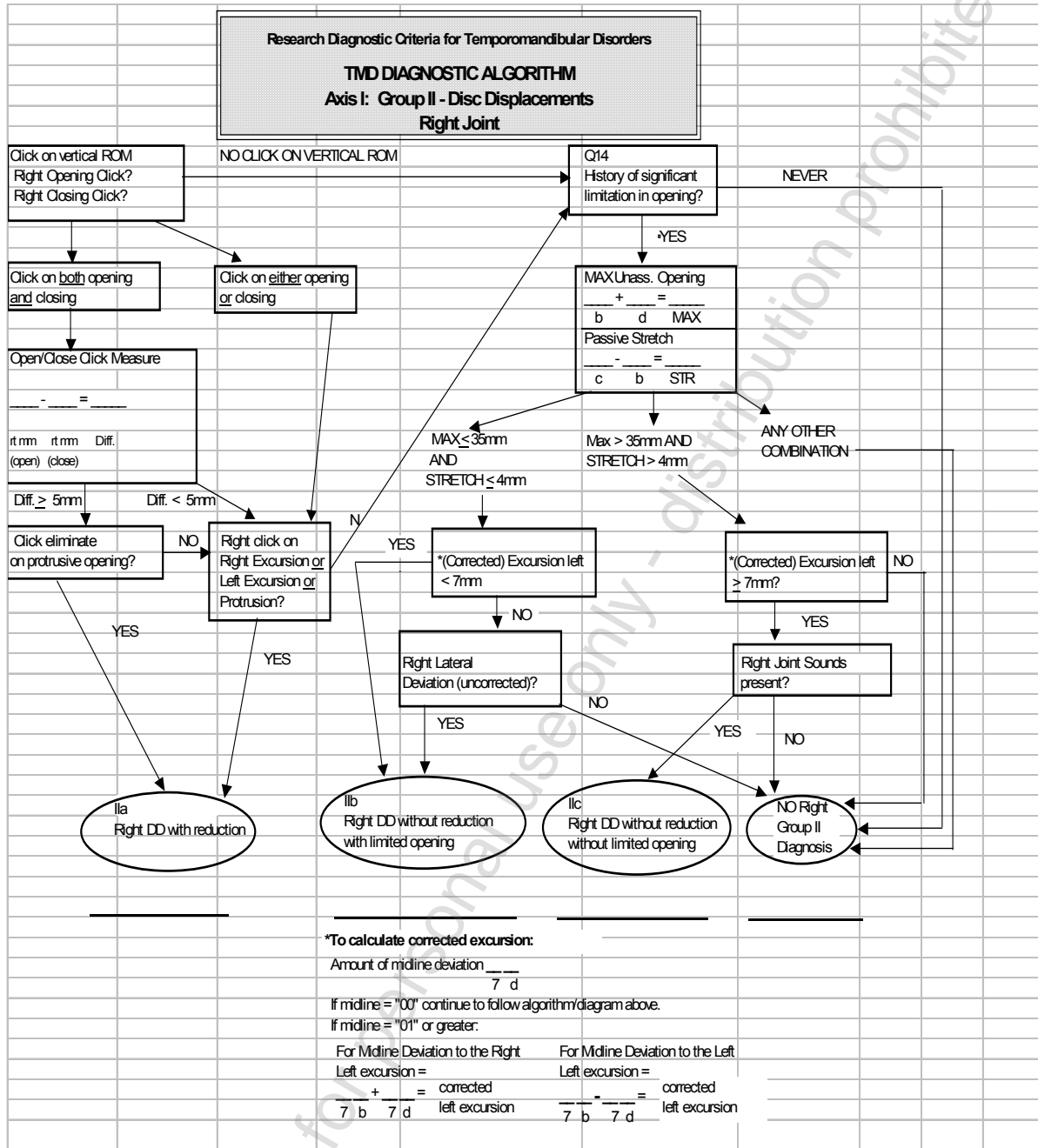
Część 3
Pomiar BKD

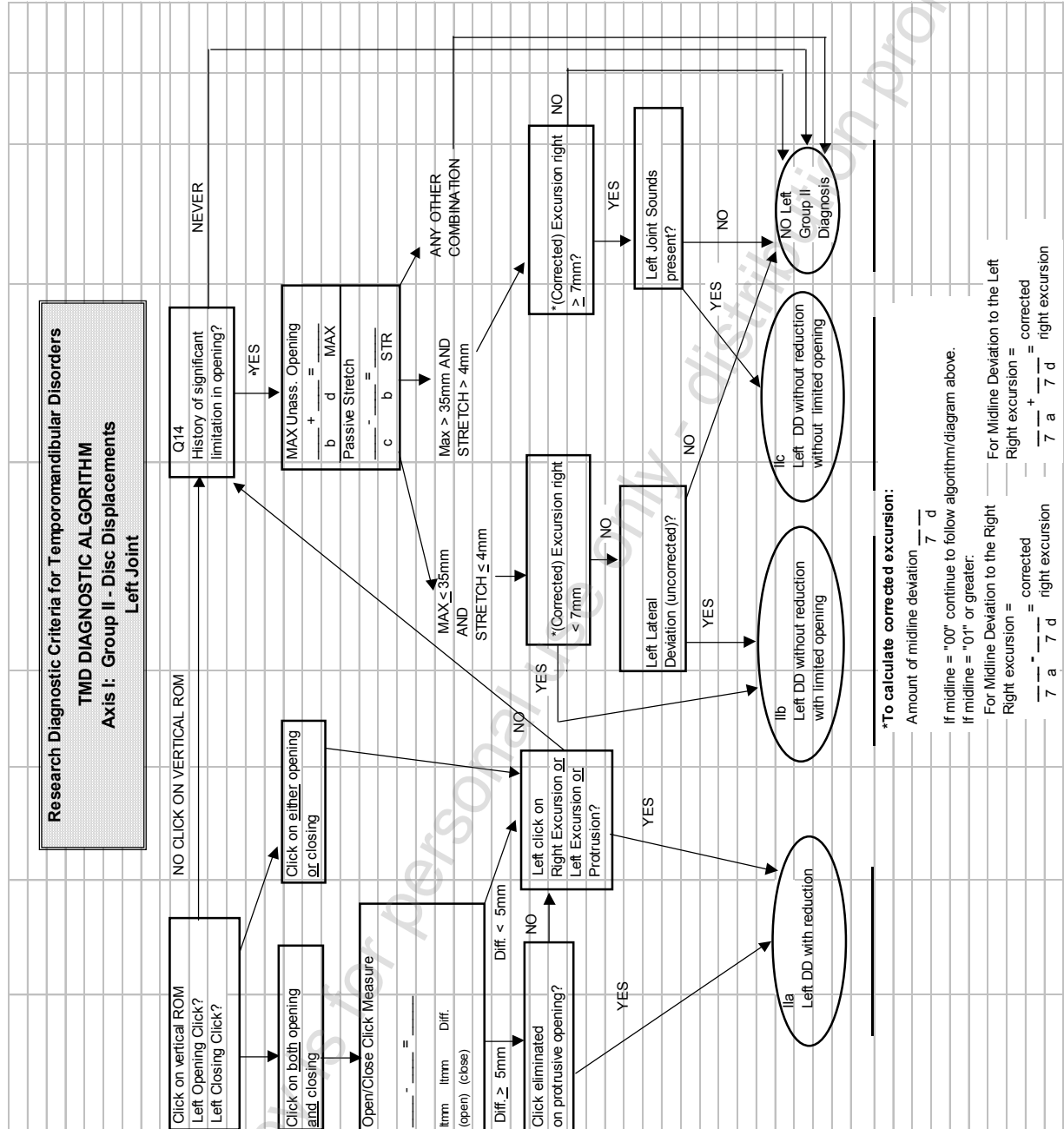




**Badawcze Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń
Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia
ALGORYTMY DIAGNOSTYCZNE ZCURNŹ
Oś I: Grupa I**

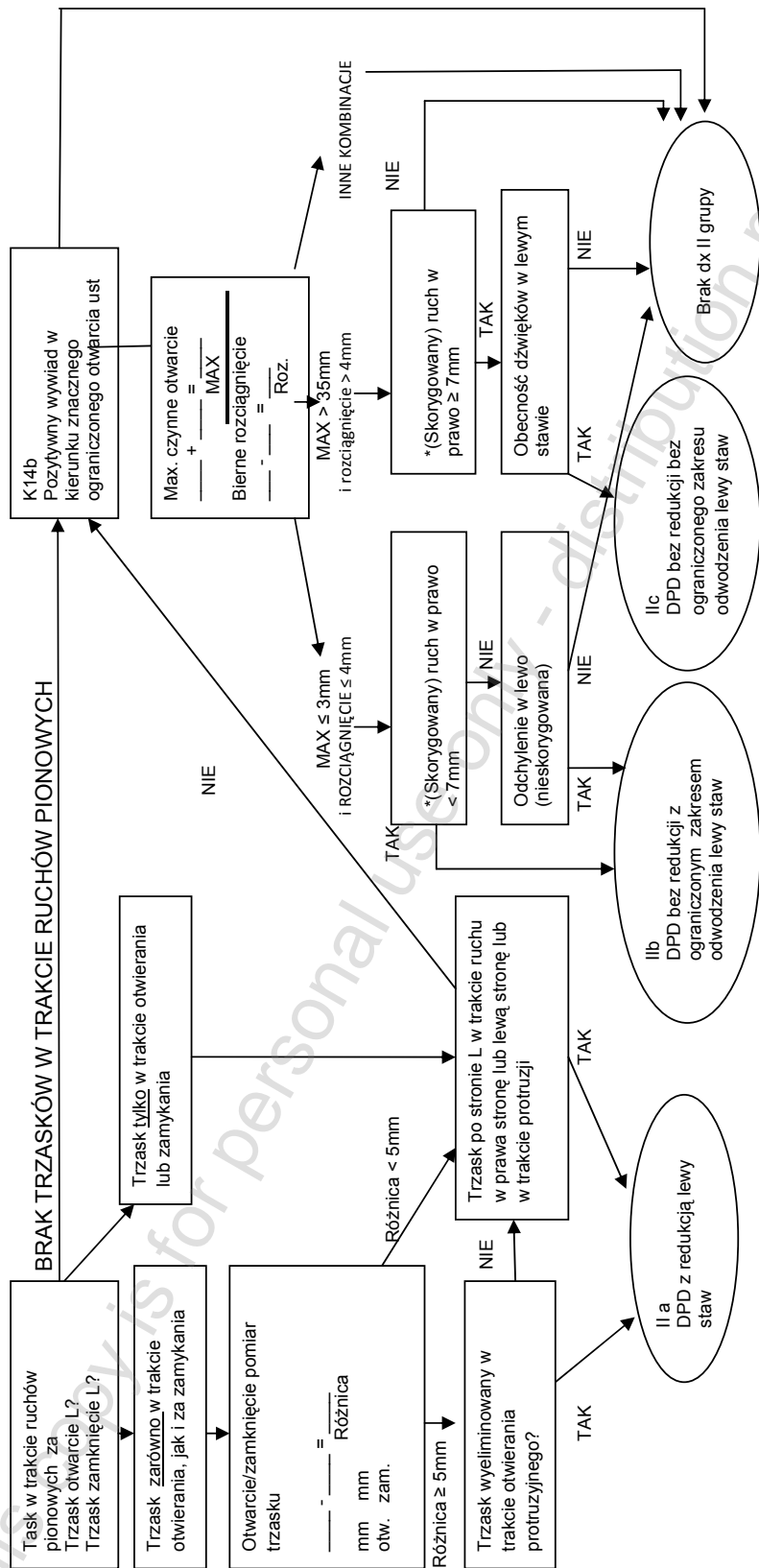






This copy is for personal use only - distribution prohibited.

**Badawcze Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń
Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia
ALGORYTMY DIAGNOSTYCZNE ZCURNŹ
Oś I: Grupa II – Lewy staw**

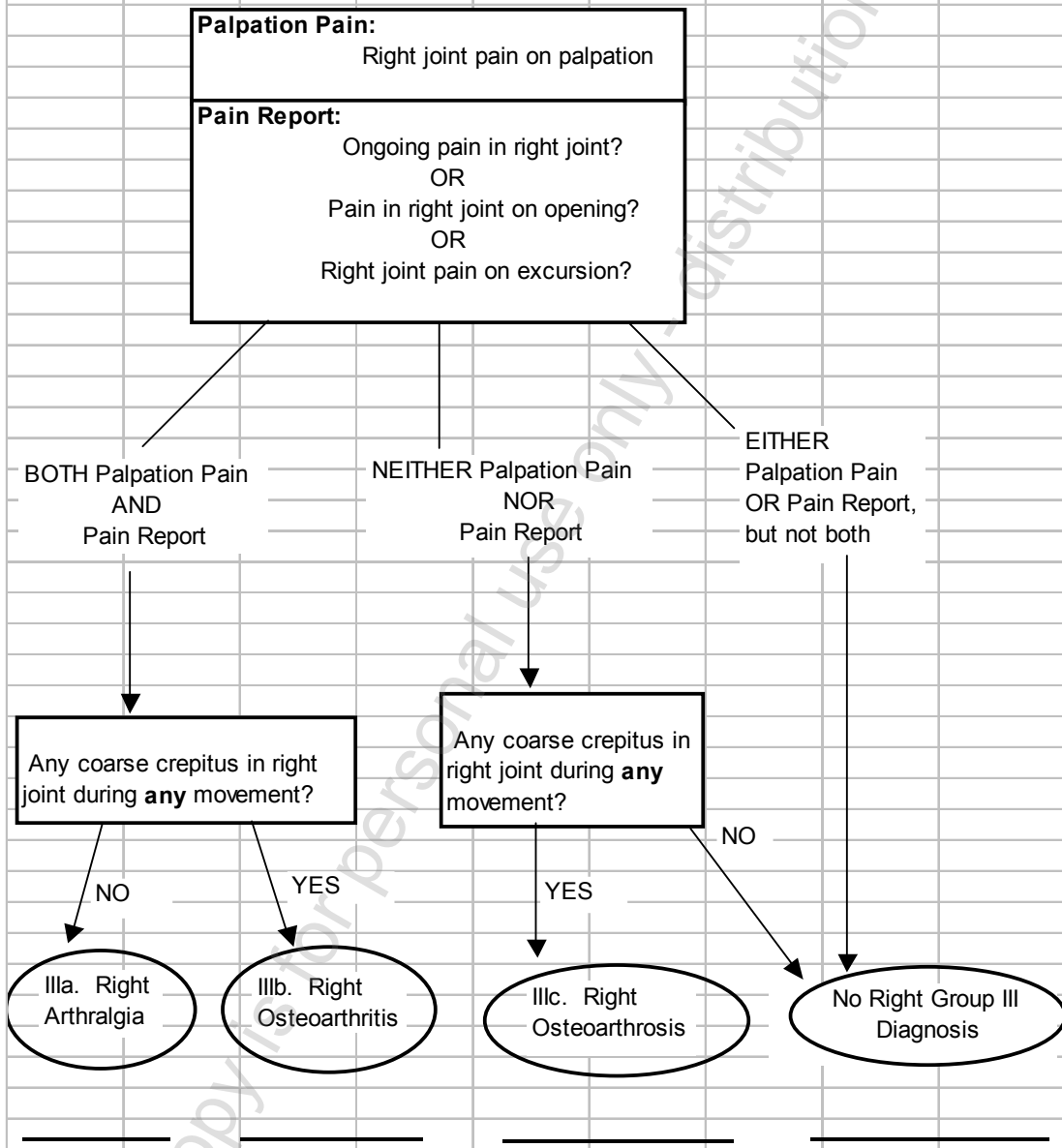


*Wielkość dewiacji linii pośrodkowej ___

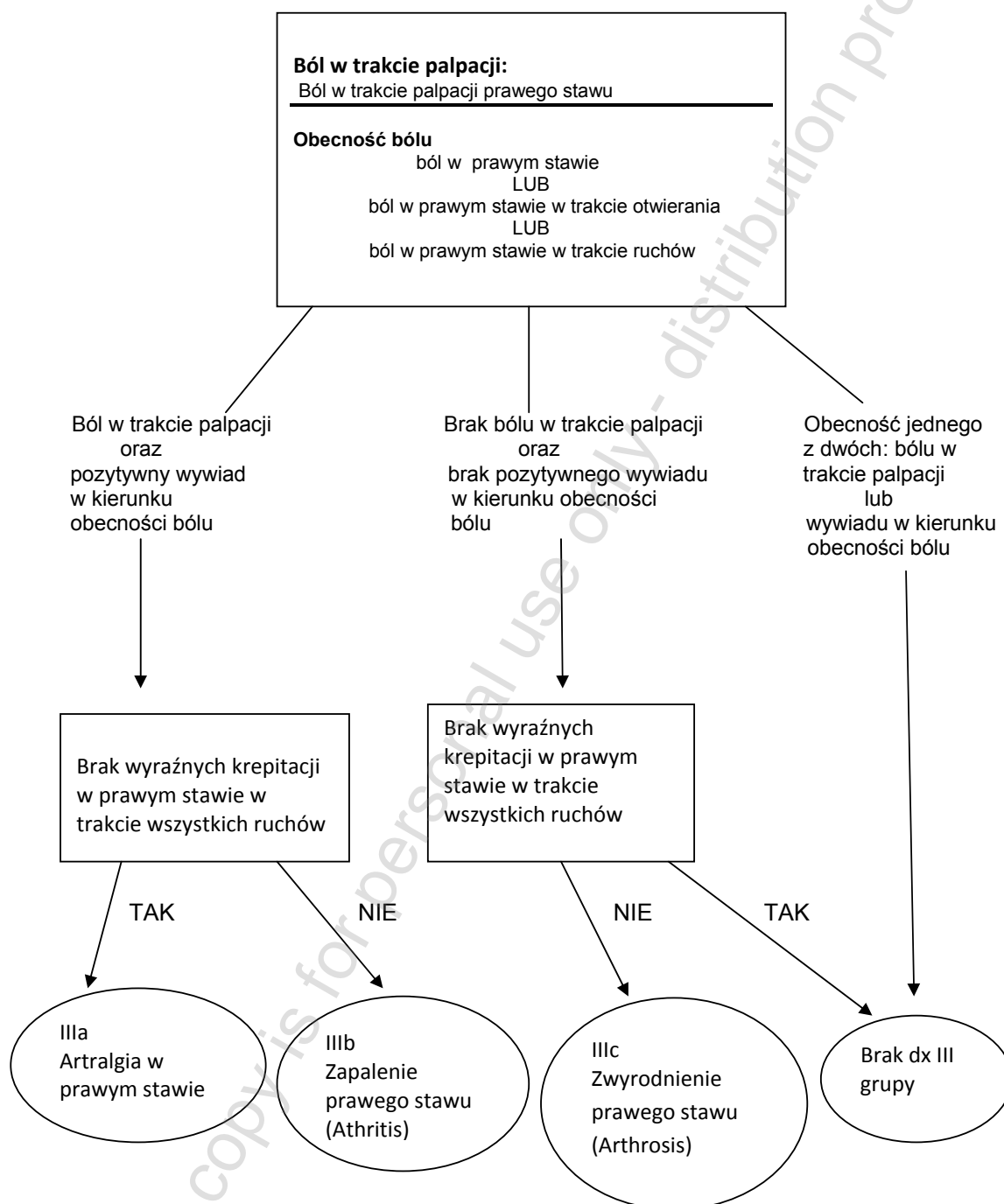
Jeśli linia pośrodkowa = „00” kontynuuj uzupełnianie powyższego algorytmu
 Jeśli odchylenie jest w PRAWO
 Ruch w prawo =

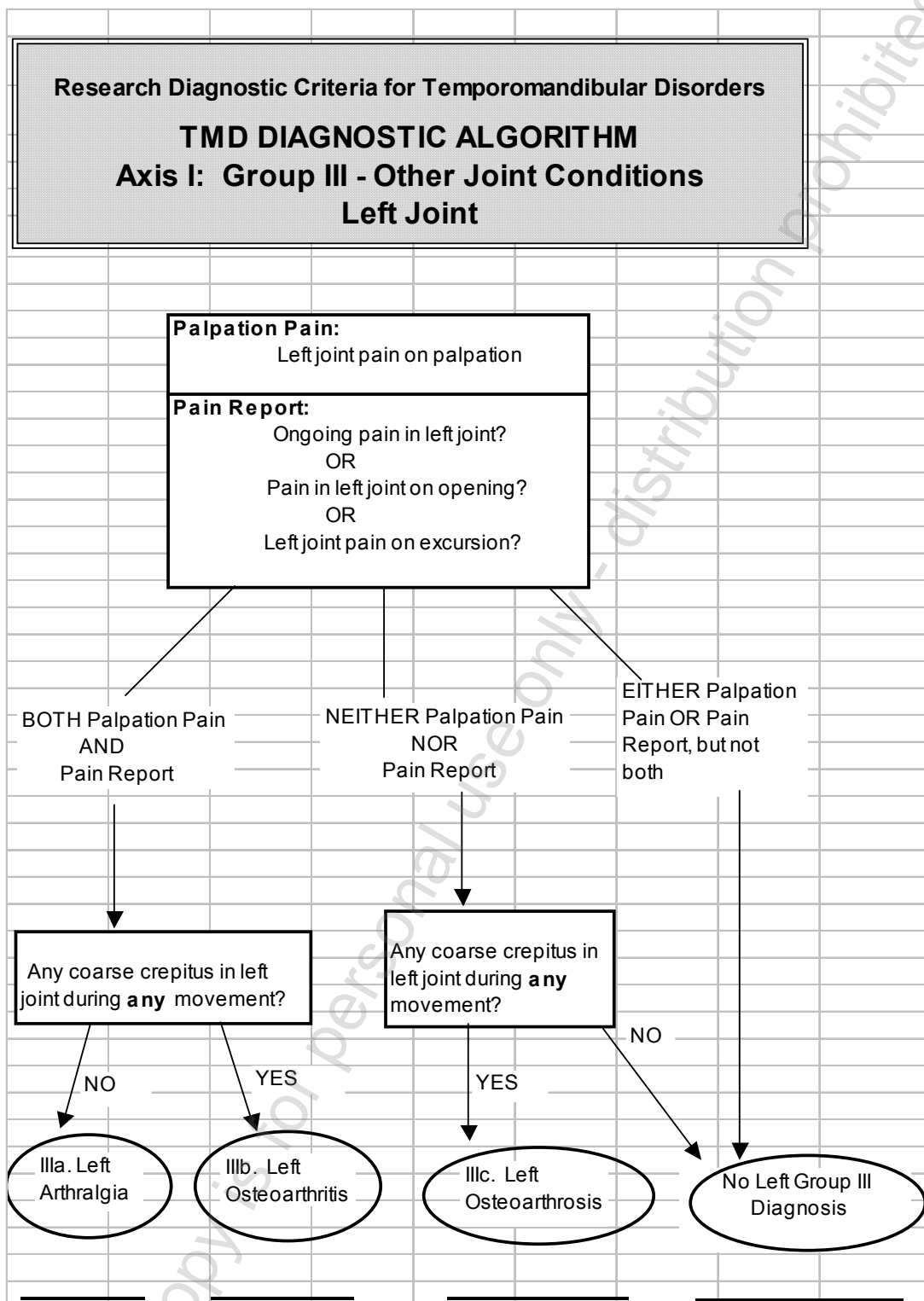
pr. boczny ruch – odch. linii śr. = **skorygowany**
 pr. boczny ruch – odch. linii śr. = **skorygowany**
 ruch w prawo

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
TMD DIAGNOSTIC ALGORITHM
Axis I: Group III - Other Joint Conditions
Right Joint

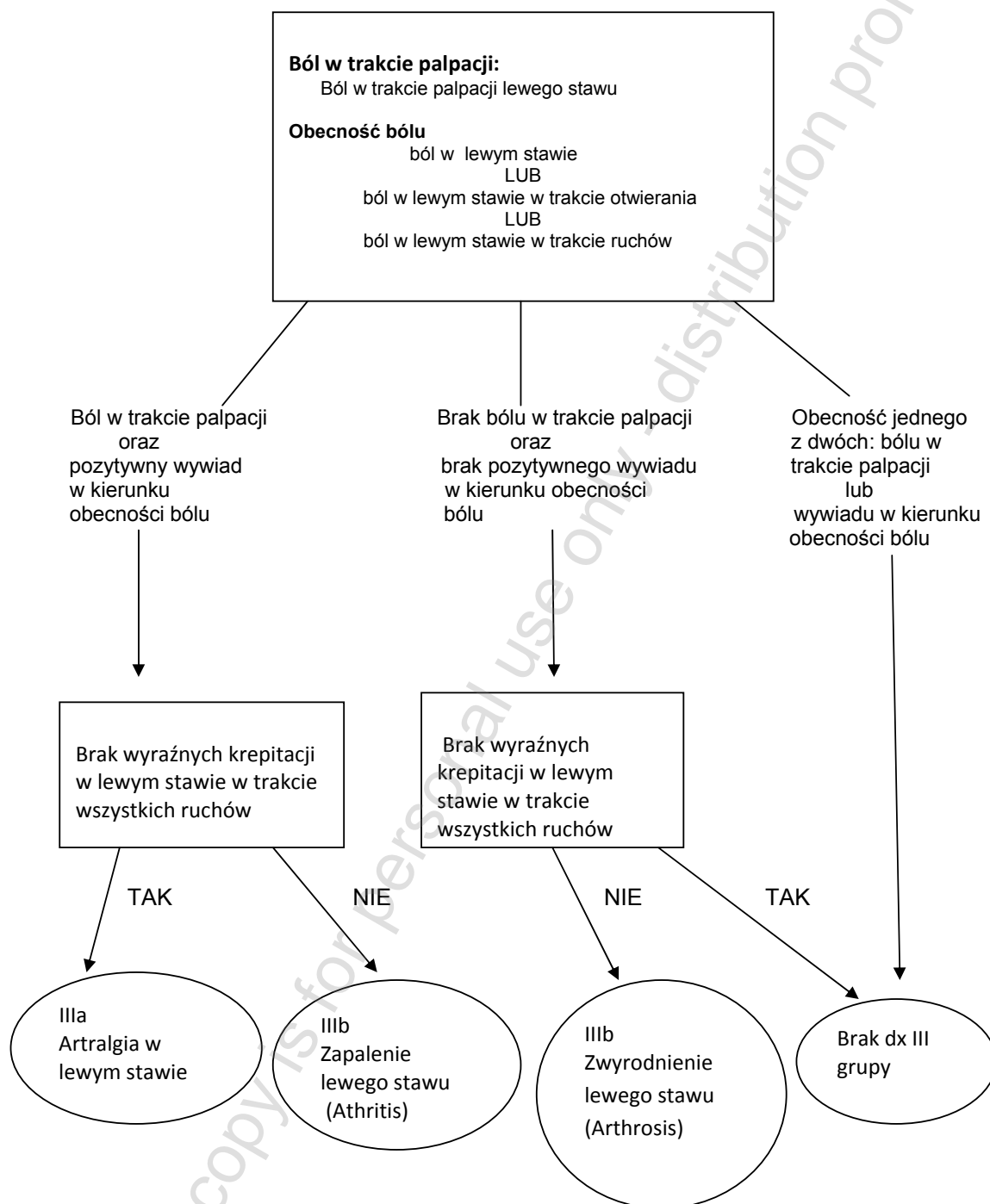


**Badawcze Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń
Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia
ALGORYTMY DIAGNOSTYCZNE ZCURNŻ
Oś I: Grupa III- Prawy staw**





**Badawcze Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń
Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia
ALGORYTMY DIAGNOSTYCZNE ZCURNŹ
Oś I: Grupa III – Lewy staw**



AXIS II: SCORING PROTOCOL FOR GRADED CHRONIC PAIN

ID# _____

Date: ____ / ____ / ____

ANY TMD PAIN REPORTED IN THE PRIOR MONTH? (*History Questionnaire, Question 3*)

If NO, Graded Chronic Pain (GCP)= 0
If YES, Continue

CHARACTERISTIC PAIN INTENSITY (CPI): (*GCP Scale, Questions 7, 8, and 9*) Calculate as follows:

$$CPI = \frac{\text{_____}}{\text{(Question \#7.)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Question \#8.)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Question \#9.)}} = \text{_____} \text{ divided by } 3 = \frac{\text{_____}}{\text{_____}} \times 10 = \boxed{\text{_____}}$$

DISABILITY POINTS:

Disability Days: (*GCP Scale, Question 10*)

Disability Score: (*GCP Scale, Questions 11,12,and 13*)

$$\text{Number of Disability Days} = \frac{\text{_____}}{\text{(Question \#10.)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Question \#11.)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Question \#12.)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Question \#13.)}} = \text{_____}$$

$$\text{divided by } 3 = \text{_____}$$

$$\times 10 = \text{_____}$$

- 0-6** days = **0** Disability Points
- 7-14** days = **1** Disability Point
- 15-30** days = **2** Disability Points
- 31+** days = **3** Disability Points

- Score of **0-29** = **0** Disability Points
- Score of **30-49** = **1** Disability Point
- Score of **50-69** = **2** Disability Points
- Score of **70+** = **3** Disability Points

$$\frac{\text{_____}}{\text{(Points for Disability Days)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Points for Disability Score)}} = \boxed{\text{_____}} \text{ (DISABILITY POINTS)}$$

CHRONIC PAIN GRADE CLASSIFICATION:

- Grade 0** No TMD pain in prior 6 months
- Low Disability
 - Grade I** *Low Intensity* Characteristic Pain Intensity < 50, and less than 3 Disability Points
 - Grade II** *High Intensity* Characteristic Pain Intensity ≥ 50, and less than 3 Disability Points
- High Disability
 - Grade III** *Moderately Limiting* 3 to 4 Disability Points, regardless of Characteristic Pain Intensity
 - Grade IV** *Severely Limiting* 5 to 6 Disability Points regardless of Characteristic Pain Intensity

OŚ II: PROTOKÓŁ OCENY BÓLU CHRONICZNEGO

JAKIKOLWIEK BÓL ODCZUWANY W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA? (Kwestionariusz, pytanie 3)

Jeśli „NIE”, Ocena Bólu Chronicznego (OBC)=0

Jeśli „TAK”, proszę kontynuować

CHARAKTERYSTYKA INTENSYWNOŚCI BÓLU (CIB): (OBC scala, pytania 7,8 i 9)

Proszę obliczyć jak poniżej:

CIB= _____ + _____ + _____ = _____ podzielone przez 3 = _____ ×10 =

(pytanie #7) (pytanie #8) (pytanie #9)

POMIAR UPOŚLEDZENIA:

DNI: (OBC Scala, pytanie 10)

PUNKTOWANIE UPOŚLEDZENIA: (OBC Scala, pytania 11, 12 i 13)

Ilość dni w trakcie których

występuje upośledzenie sprawności = _____ + _____ + _____ = _____

(pytanie #10) (pytanie #11) (pytanie #12) (pytanie #13)

dzielone przez 3 = _____

× 10 = _____

0-6 dni = **0** punktów

0-29 wynik = **0** punktów

7-14 dni = **1** punktów

30-49 wynik = **1** punktów

15-30 dn = **2** punktów

50-69 wynik = **2** punktów

31+ dni = **3** punktów

70+ wynik = **3** punktów

_____ + _____ = _____ (POMIAR UPOŚLEDZENIA)

(punktowanie dni) (punktowanie upośledzenia)

KLASYFIKACJA STOPNI BÓLU CHRONICZNEGO

STOPIEŃ 0

brak bólu ZCURNŹ w poprzednich 6 miesiącach

NISKIE UPOŚLEDZENIE

STOPIEŃ I niska intensywność

CIB < 50, i mniej niż 3 pomiar upośledzenia

STOPIEŃ II wysoka intensywność

CIB ≥ 50, i mniej niż 3 pomiar upośledzenia

WYSOKIE UPOŚLEDZENIE

STOPIEŃ III umiarkowany

3 i 4 Pomiar upośledzenia, niezależnie od CIB

STOPIEŃ IV ciężki

5 i 6 Pomiar upośledzenia, niezależnie od CIB

AXIS II: SCORING THE SCALE ITEMS

1. Count items answered. Enter "Total Items" below in the third column. If this number of "Total Items" is less than the minimum number indicated in the first column, the scale cannot be scored and should be recorded as "missing."
2. Add up the item score for all items answered: Not at all=0; A little bit=1; Moderately=2; Quite a bit=3; Extremely=4. Enter "Total Score" below.
3. Divide score obtained by the total number of items answered. Enter "Scale Score" below.
4. Use guide below to classify patient on each scale.

	Minimum Number	Total Score	[divided by]	Total Items	[equals]	Scale Score
Depression:	(12)	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Nonspecific physical symptoms (pain items included):	(8)	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Nonspecific physical symptoms (pain items excluded):	(5)		÷		=	

This copy is for personal use only - distribution prohibited.

This copy is for personal use only - distribution prohibited.

OŚ II : POMIAR SKAL

1. Proszę policzyć pozycje, co do których udzielono odpowiedzi. Proszę wpisać "sumę pozycji" poniżej, w trzeciej kolumnie. Jeśli "suma pozycji" jest mniejsza niż minimalna liczba uwzględniona w pierwszej kolumnie, skala nie może być określona i należy wpisać "brakującą".
2. Proszę dodać punkty z poszczególnych pozycji:
w ogóle = 0; trochę = 1; umiarkowanie =2; dość mocno =3; wyjątkowo mocno =4.
Proszę wpisać "wynik całkowity" poniżej.
3. Proszę podzielić "wynik całkowity" przez "sumę pozycji". Proszę wpisać "wynik skali" poniżej.
4. Proszę użyć poniższego schematu, aby zaklasyfikować pacjenta do konkretnej skali.

	minimalna liczba	wynik całkowity	(dzielone przez)	suma pozycji	(równa się)	wynik skali
DEPRESJA:	(12) (20)	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>

Pytanie 20: b, e, h, i, k, l, m, n, v, y, cc, dd, ee, f, g, q, z, aa, bb, ff

Niespecyficzne fizyczne objawy (pozycje związane z bólem uwzględnione):	(8) (12)	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
--	-------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Pytanie 20: a, c, d, j, o, p, r, s, t, u, w, x

Niespecyficzne fizyczne objawy (pozycje związane z bólem nieuwzględnione):	(5) (7)	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
---	------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Pytanie 20: c, r, s, t, u, w, x

