

KLINIMETRIA

W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
I KSZTAŁCENIU NA KIERUNKACH
MEDYCZNYCH



MARIOLA GŁOWACKA
MACIEJ SŁODKI

Mariola Głowacka, Maciej Słodki

**KLINIMETRIA
W DOSKONALENIU JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH I KSZTAŁCENIA
NA KIERUNKACH MEDYCZNYCH**

*Skale i kwestionariusze standaryzowane z zastosowaniem
w realizacji świadczeń zdrowotnych, w programach studiów
i procesie nauczania na kierunkach medycznych oraz w badaniach
naukowych w dziedzinie nauki medyczne i nauki o zdrowiu*

Podręcznik bezpłatny
przygotowany w ramach Projektu nr rej. SONP/SP/515048/2021,
pt.: *Klinimetria w doskonaleniu jakości świadczeń zdrowotnych i kształcenia
na kierunkach medycznych*”

Recenzent

prof. dr hab. n. zdr. Beata Maria Karakiewicz

prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kułak

Projekt okładki

Andżelika Kłopotowska

©Copyright by Wydawnictwo Naukowe Akademii Mazowieckiej w Płocku
Płock 2023

ISBN 978-83-66277-59-5

Nakład 100 egz.



**WYDAWNICTWO
NAUKOWE
AKADEMII MAZOWIECKIEJ
W PŁOCKU**

plac Dąbrowskiego 2, 09-402 Płock

tel. 24 366 54 00 wew. 210

e-mail: wydawnictwo@mazowiecka.edu.pl

www.mazowiecka.edu.pl

Skład i druk

druk-24h.com.pl
DRUKARNIA CYFROWA

Grabówka, ul. Szosa Baranowicka 77

15-523 Białystok; tel. 85 653-78-04

e-mail: biuro@partnerpoligrafia.pl

WSTĘP	18
I. SKALE I KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE O CHARAKTERZE UNIWERSALNYM	21
I. 1. Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym	23
<i>I. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	24
I. 1. A. 1. Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS)	24
I. 1. A. 2. Kwestionariusz Przełomu Połowy Życia (KPPŻ)	29
I. 1. A. 3. Skala Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (WEB)	32
I. 1. A. 4. Kwestionariusz Pomyślnego Starzenia Się (SAI)	34
I. 1. A. 5. Skala Powodów do Życia (RFL-48)	36
I. 1. A. 6. Ateńska Skala Bezsenności (AIS)	41
I. 1. A. 7. Kwestionariusz Oczekiwanych Efektów Używania Alkoholu (KOEUA)	43
I. 1. A. 8. Tablice SCORE skalibrowane dla polskiej populacji (Pol-SCORE 2015)	46
I. 2. Narzędzia/skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych	49
<i>I. 2. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	50
I. 2. A. 1. CECS – Skala Kontroli Emocji (CECS)	50
I. 2. A. 2. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	52
I. 2. A. 3. Skala Pomiaru Typu D (DS14)	54
I. 2. A. 4. Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC)	56
I. 2. A. 5. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)	58
I. 2. A. 6. Skala Ekspresji Gniewu (SEG)	60
I. 2. A. 7. Test Orientacji Życiowej (LOT-R)	62
I. 2. A. 8. Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)	64
I. 2. A. 9. Skala Kompetencji Osobistej (KompOs)	66
<i>I. 2. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich</i>	68
I. 2. B. 1. The Perceived Ability to Cope With Trauma Scale (PACT)	68
I. 2. B. 2. The Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)	68
I. 2. B. 3. Clinical Anger Scale (CAS)	69
<i>I. 2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych</i>	69
I. 2. C. 1. Skala Depresji Lęku i Stresu (DASS-21)	69
I. 2. C. 2. Kwestionariusz lęku uogólnionego (GAD-7)	70

I. 3. Narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu	71
I. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	72
I. 3. A. 1. Satysfakcja i pewność siebie studenta w procesie uczenia się (SSCL)	72
I. 3. A. 2. Kwestionariusz Oceny Technik Edukacyjnych (EPQ)	76
I. 3. A. 3. Skala Oceny Scenariusza Symulacyjnego (SDS)	80
I. 3. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich	86
I. 3. B. 1. Oxford Non Technical Skills Scale (NOTECHS)	86
I. 3. B. 2. Lasater Clinical Judgement Rubric (LCJR)	87
I. 3. B. 3. Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI)	88
I. 3. B. 4. Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)	89
I. 3. B. 5. Simulation Effectiveness Tool - Modified (SET-M)	91
I. 3. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych	92
I. 3. C. 1. Ottawa Crisis Recourse Management Global Rating Scale	92
I. 3. C. 2. Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS)	94
I. 3. C. 3. Global Interprofessional Therapeutic Communication Scale short form (GITCS)	95
I. 3. C. 4. Anaesthetists Non Technical Skills (ANTS)	96
I. 4. Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizycznym	98
I. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	99
I. 4. A. 1. Przesiewowa ocena sprawności funkcji poznawczych osoby badanej (AMTS)	99
I. 4. A. 2. Behavioral Pain Scale (BPS)	107
I. 4. A. 3. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	115
I. 4. A. 4. Skale obrazkowe zawierające obrazy twarzy odzwierciedlające odczuwanie bólu — (zmodyfikowana skala VAS)	120
I. 4. A. 5. Kwestionariusz uzależnienia od alkoholu (AUDIT)	124
I. 4. A. 6. Skala do oceny zdrowia jamy ustnej w powiązaniu z jakością życia u pacjentów z chorobami ogólnymi (GOHAI)	134
I. 4. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich	144
I. 4. B. 1. Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)	144
I. 4. B. 2. Milani Comporetti Motor Development Screening Test (MCMDST)	145
I. 4. B. 3. Cough Severity Score (CSS)	147
I. 4. B. 4. Simple Pediatric Nutritional Risk Screening Tool (SPENS)	149
I. 5. Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia	150
I. 5. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	151
I. 5. A. 1. Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny	151

Spis treści

I. 5. A. 2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ	154
I. 5. A. 3. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ 28)	157
I. 5. A. 4. Skala Uogólnionej Własnej skuteczności (GSES)	160
I. 5. A. 5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)	162
I. 5. A. 6. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC)	169
I. 5. A. 7. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE)	172
I. 5. A. 8. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)	174
I. 5. A. 9. Skala gotowości do wypisu ze szpitala po zawale	177
I. 5. B. Wykaz skal powszechnie stosowanych	186
I. 5. B. 1. Skala adherence w chorobach przewlekłych	186
I. 5. B. 2. Skala Akceptacji Choroby (AIS)	190
I. 5. B. 3. Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej	192
 II. SKALE I KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE Z ZASTOSOWANIEM WIODĄCYM W NIEZABIEGOWYCH DZIAŁACH MEDYCYNY	
II. 1. Alergologia i pielęgniarstwo alergologiczne	201
II. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	202
II. 1. A. 1. Kwestionariusz European Community Respiratory Health Survey	202
II. 1. A. 2. Kwestionariusz International Study of Asthma and Allergies in Childhood	229
II. 1. A. 3. Kwestionariusz St. George Respiratory Questionnaire	242
II. 1. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich	250
II. 1. B. 1. Visual analogy scale	250
II. 1. B. 2. Total Four Symptom Score (T4SS)	251
II. 1. B. 3. Total nasal symptoms score	252
II. 1. B. 4. Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire	253
II. 1. B. 5. Asthma Quality of Life Questionnaire	254
II. 1. B. 6. Asthma Predict Tool	254
II. 1. B. 7. Scoring Atopic Dermatitis Index (SCORAD)	255
II. 1. B. 8. Eczema Area and Severity Index (EASI)	256
II. 1. B. 9. Average Urticaria Activity Score for 7 days – UAS7	256
II. 1. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych	257
II. 1. C. 1. Kwestionariusz oceny jakości życia SF 35	257
II. 1. C. 2. Dzienniczek alergii	258
II. 1. C. 3. Test kontroli astmy	259
II. 1. C. 4. Wskaźnik dla atopowego zapalenia skóry (W-AZS)	260

II. 2. Choroby zakaźne	- - - - - 261
II. 2. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	- - - - - 262
II. 2. A. 1. Kwestionariusz do oceny jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby (CLDQ)	- - - - - 262
II. 2. A. 2. Wskaźnik Wpływu Dolegliwości Skórnych na Jakość Życia (DLQI)	266
II. 2. A. 3. Kwestionariusz oceniający wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny (FDLQI)	- - - - - 271
II. 2. A. 4. Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy (GNDS)	- - 275
II. 2. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich	- - - - - 281
II. 2. B. 1. Quality from Patient Perspective – Intrapartal	- - - - - 281
II. 2. B. 2. Stoma Quality of Life Index (SQLI)	- - - - - 281
II. 2. B. 3. PROQOL-HIV Patient Related Outcomes Quality of Life-HIV	- - - 282
II. 2. B. 4. Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS)	- - - - - 283
II. 2. B. 5. HIV Treatment Satisfaction Questionnaire (HIVTSQ)	- - - - - 284
II. 2. B. 6. World Health Organisation Quality of Life for HIV (WHOQOL-HIV BREF)	- - - - - 284
II. 2. B. 7. Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/AIDS	- - - - - 284
II. 2. B. 8. The Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV)	- - - 285
II. 2. B. 9. Hepatitis Quality of Life Questionnaire Version (CLDQ-HCV)	- - - 285
II. 2. B. 10. The Infant Toddler Quality of Life Questionnaire (ITQOL)	- - - - 286
II. 2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych	- - - - - 287
II. 2. C. 1. Skala Baxtera	- - - - - 287
II. 2. C. 2. TIME	- - - - - 287
II. 2. C. 3. Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R.)	- - - - - 288
II. 2. C. 4. Skala punktowa oceny prawdopodobieństwa zakażenia Streptococcus pyogenes wg Centora i McIsaaca	- - - - - 289
II. 2. C. 5. Skala NERDS (skala do oceny rozwijania się infekcji w ranie)	- - - 290
II. 2. C. 6. Skala STONEES (skala do oceny rozwijania się infekcji w ranie)	- - 291
II. 2. C. 7. Skala niewydolności narządów związanej z sepsą (SOFA)	- - - - 292
II. 2. C. 8. Skala ASA	- - - - - 293
II. 2. C. 9. Ocena ryzyka zakażenia miejsca operowanego (ZMO)	- - - - - 294
II. 2. C. 10. Indeks PASI	- - - - - 295
II. 2. C. 11. HIV Symptom Index służy do oceny objawom towarzyszącym HIV	295
II. 3. Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne	- - - - - 296
II. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	- - - - - 297
II. 3. A. 1. Skala niedogodności spowodowanych przez cukrzycę (DDS)	- - - - 297
II. 3. A. 2. Kwestionariusz Obszarów Problemowych w Cukrzycy (PAID-PL)	- - 399
II. 3. A. 3. Wskaźniki Dobrego Samopoczucia (WHO-5)	- - - - - 306

Spis treści

II. 3. A. 4. Przegląd jakości życia zależnej od cukrzycy (ADDQoL)-	311
II. 3. A. 5. Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 (FINDRISC)	316
II. 3. A. 6. Inwentarz samoopieki w cukrzycy (SCODI)	320
II. 3. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach	
a niewalidowanych do warunków polskich	324
II. 3. B. 1. Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI)	324
II. 3. B. 2. Neuropathy Symptoms Score (NSC)	325
II. 3. B. 3. Hypoglycemia Risk Stratification Tool	327
II. 3. B. 4. Self-Management Assessment Scale (SMASc)	328
II. 3. B. 5. Diabetic Treatment Burden Questionnaire (DTBQ)	329
II. 3. B. 6. Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R)	329
II. 3. B. 7. Diabetes Self-Management Profile (DSMP)	331
II. 4. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne	334
II. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	336
II. 4. A. 1. Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych (NOSGER)	336
II. 4. A. 2. Skala GARS do oceny stanu funkcjonalnego osób starszych wiekiem w Polsce	339
II. 4. A. 3. Skala Oceny Jakości Życia (WHOQOL-AGE)	341
II. 4. A. 4. Geriatryczna Skala Depresji (GDS)	344
II. 4. A. 5. Skala Podatności na Nadużycia (VASS)	346
II. 4. A. 6. Skala wsparcia społecznego w populacji osób starszych wiekiem w Polsce SSL 12-I	348
II. 4. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach	
a niewalidowanych do warunków polskich	351
II. 4. B. 1. Ambivalent Ageism Scale (Skala pomiaru poziomu dyskryminacji ze względu na wiek)	351
II. 4. B. 2. Lubben Social Network Scale (Skala kontaktów społecznych Lubben)	351
II. 4. B. 3. Kihon Checklist (Lista Kontrolna Kihon)	352
II. 4. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych	352
II. 4. C. 1. Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza (ADL)	352
II. 4. C. 2. Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego według Lawtona (IADL)	353
II. 4. C. 3. Skala Barthel (Index Barthel)	353
II. 4. C. 4. Test „wstań i idź”	354
II. 4. C. 5. Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM)	354
II. 4. C. 6. Test Tinetti (Skala Ryzyka Upadków POMA)	355

II. 5. Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej	- 356
<i>II. 5. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- 357
II. 5. A. 1. Barthel Index (BI, indeks Barthel)	- 357
II. 5. A. 2. MMSE (Mini-Mental State Examination)	- 361
II. 5. A. 3. AMTS- Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodkinsona (Abbreviated Mental Test Score)	- 365
II. 5. A. 4. Clock Drawing Test (CDT)	- 368
II. 5. A. 5. TINETTI Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)	- 370
II. 5. A. 6. WHOQOL-BREF	- 375
<i>II. 5. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- 380
II. 5. B. 1. Psychogeriatric Assessment Scales	- 380
II. 5. B. 2. Camberwell Assessment of Need for the Elderly	- 380
<i>II. 5. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych</i>	- 381
II. 5. C. 1. Skala DOS (Delirium Observation Scale)	- 381
II. 5. C. 2. ADL wg Katza	- 381
II. 5. C. 3. IADL wg Lawtona	- 382
II. 5. C. 4. Test Mini-Cog	- 383
II. 6. Opieka paliatywna	- 384
<i>II. 6. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- 385
II. 6. A. 1. Skala RSCL	- 385
II. 6. A. 2. Skala STAS	- 389
II. 6. A. 3. Skala ESAS	- 395
II. 6. A. 4. Skala HADS - M	- 398
II. 6. A. 5. MMRC	- 404
II. 6. A. 6. DOLOPLUS	- 406
II. 6. A. 7. Skala Karnofsky'ego	- 409
II. 6. A. 8. NRS	- 412
II. 6. A. 9. Skala Likerta	- 413
II. 6. A. 10. Skala Barthel	- 415
<i>II. 6. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- 419
II. 6. B. 1. The Cancer Dyspnea Skale	- 419
<i>II. 6. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych</i>	- 419
II. 6. C. 1. Kwestionariusz Melzacka	- 419
II. 6. C. 2. Wizualna skala analogowa	- 420
II. 6. C. 3. Skala ECOG	- 420

II. 7. Urologia, nefrologia i pielęgniarstwo urologiczne i nefrologiczne	- - - 422
<i>II. 7. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- - - - - 423
II. 7. A. 1. Ocena nasilenia nietrzymania moczu - zmodyfikowany 1-godzinny test podpaskowy	- - - - - 423
II. 7. A. 2. Ocena występowania i nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu - kwestionariusz Gaudenza	- - - - - 424
II. 7. A. 3. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (CKD-EPI)	- - - - - 427
II. 7. A. 4. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (MDRD)	430
II. 7. A. 5. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Cockcrofta-Gaulta	- - - - - 432
II. 7. A. 6. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Schwartza	- - - - - 434
II. 7. A. 7. Ocena adekwatności hemodializy	- - - - - 437
II. 7. A. 8. Ocena adekwatności dializy otrzewnowej	- - - - - 437
II. 7. A. 9. Ocena ujścia zewnętrznego według Twardowskiego i wsp.	- - - - 439
II. 7. A. 10. Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaefera i wsp	- - - - - 441
II. 8. Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne	- - - - - 444
<i>II. 8. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- - - - - 445
II. 8. A. 1. Skala Ferrimana i Gallweya	- - - - - 445
II. 8. A. 2. Skala Hamilltona-Norwooda (HNS)	- - - - - 447
II. 8. A. 3. Skala Glogau	- - - - - 450
II. 8. A. 4. Dermatology Life Quality Index (DLQI)	- - - - - 452
II. 8. A. 5. Comprehensive Acne Severity Scale (CASS)	- - - - - 456
<i>II. 8. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- - - - - 458
II. 8. B. 1. Acne grading method by Cook using photographic standards	- - - - 458
<i>II. 8. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych</i>	- - - - - 458
II. 8. C. 1. Skala Ludwiga	- - - - - 458
II. 8. C. 2. Globalny system klasyfikacji trądziku	- - - - - 459
II. 9. Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne	- - - - - 460
<i>II. 9. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- - - - - 461
II. 9. A. 1. Test przesiewowy określający prawdopodobieństwo zagrożenia zaburzeniem używania alkoholu (CAGE)	- - - - - 461
II. 9. A. 2. Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS)	- 462
II. 9. A. 3. Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry'ego (BPAQ)	- - - - - 470
II. 9. A. 4. Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS)	- - - - - 473
II. 9. A. 5. Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MOCA)	- - - - 477

II. 10. Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne	- - - - - 481
<i>II. 10. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- - - - - 482
II. 10. A. 1. Skala Apgar	- - - - - 482
II. 10. A. 2. Skala Dubowitza	- - - - - 483
II. 10. A. 3. Skala Ballarda	- - - - - 486
II. 10. A. 4. Skala Silvermana	- - - - - 489
II. 10. A. 5. Neonatal Facial Coding System (NFCS)	- - - - - 491
II. 10. A. 6. Premature Infant Pain Profile (PIPP)	- - - - - 493
II. 10. A. 7. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	- - - - - 495
<i>II. 10. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach</i>	
<i>a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- - - - - 497
II. 10. B. 1. Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)	- - - - - 497
II. 10. B. 2. Cry, Requires oxygen, Increased vital signs, Ezpressions, Sleeplessness (CRIES)	- - - - - 497
II. 10. B. 3. Clinical Risk Index for Babies (CRIB)	- - - - - 498
II. 11. Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne	- - - - - 499
<i>II. 11. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- - - - - 500
II. 11. A. 1. Wskaźnik Funkcjonalny „Repty” (WFR)	- - - - - 500
II. 11. A. 2. Skala Wydolności Funkcjonalnej (SWF/FCS)	- - - - - 502
II. 11. A. 3. Kwestionariusz Oswestry (ODI)	- - - - - 504
II. 11. A. 4. Skala Zmęczenia (MFIS)	- - - - - 509
<i>II. 11. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach</i>	
<i>a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- - - - - 513
II. 11. B. 1. The Functional Independence Measure (FIM)	- - - - - 513
II. 11. B. 2. Schwab and England Activities of Daily Living Scale(ADL)	- - - - - 513
<i>II. 11. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych</i>	- - - - - 514
II. 11. C. 1. Skala Glasgow (GCS)	- - - - - 514
II. 11. C. 2. Zmodyfikowana skala Rankina (MRS)	- - - - - 515
II. 11. C. 3. Rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzke’go (EDSS)	- - 516
II. 12. Podstawowa opieka zdrowotna	- - - - - 518
<i>II. 12. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- - - - - 519
II. 12. A. 1. KARTA SCORE 2 oraz SCORE2-OP dla krajów wysokiego ryzyka	559
II. 12. A. 2. Kwestionariusz Przestrzegania Przyjmowania Leków i Współpracy (MMAS-8)	- - - - - 522
<i>II. 12. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach</i>	
<i>a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- - - - - 525
II. 12. B. 1. Thai Family Health Routine (TFHR)	- - - - - 525
II. 12. B. 2. Family Practise Scale (FNPS)	- - - - - 525

Spis treści

II. 12. B. 3. The Dementia Quality of Life Scale for Older Family Carers (DQoL-OC)	- - - - -	526
II. 12. B. 4. Medication Adherence Questionnaire (MAQ)	- - - - -	526
II. 12. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych	- - - - -	527
II. 12. C. 1. Test „Wstań I Idź”	- - - - -	527
II. 12. C. 2. Skala NYHA	- - - - -	529
II. 12. C. 3. Skala CCS	- - - - -	530
II. 12. C. 4. Kwestionariuszem Bólu wg. Laitinena (LPS)	- - - - -	530
II. 13. Rehabilitacja	- - - - -	532
II. 13. A. Wybrane narzędzia standaryzowane	- - - - -	533
II. 13. A. 1. Wskaźnik słabowitości Tilburg (TFI)	- - - - -	533
II. 13. A. 2. Kwestionariusz Oswestry (ODI)	- - - - -	539
II. 13. A. 3. Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności kończyn górnych (DASH)	- - - - -	545
II. 13. A. 4. Wskaźnik niesprawności szyjnej (NDI)	- - - - -	549
II. 13. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach		
a niewalidowanych do warunków polskich	- - - - -	552
II. 13. B. 1. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ)	- - - - -	552
II. 13. B. 2. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index function scale (WOMAC)	- - - - -	552
II. 13. B. 3. Morton Mobility Index (DEMMI)	- - - - -	553
II. 13. B. 4. Berg Balance Scale (BBS)	- - - - -	554
II. 13. B. 5. Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)	- - - - -	555
II. 13. B. 6. Cardiac Rehabilitation Barriers Scale (CRBS)	- - - - -	556
II. 13. B. 7. General Rehabilitation Adherence Scale	- - - - -	556
II. 13. B. 8. Activities Scale for Kids (ASK)	- - - - -	557
II. 13. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych	- - - - -	557
II. 13. C. 1. System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej	- - - - -	557
II. 13. C. 2. Skala Ashworth’a/ Zmodyfikowana Skala Ashworth’a	- - - - -	558
II. 13. C. 3. Bostoński Kwestionariusz Zespołu Ciepły Nadgarstka (BCTQ)	- - - - -	559
II. 13. C. 4. Zmodyfikowana Skala Rankina (MRS)	- - - - -	560
II. 14. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne	- - - - -	561
II. 14. A. Przykłady skal stosowanych w innych państwach		
a niewalidowanych do warunków polskich	- - - - -	562
II. 14. A. 1. Peabody Developmental Gross Motor Scale (PDMS-GM)	- - - - -	562
II. 14. A. 2. Alberta Infant Motor Scale (AIMS)	- - - - -	562
II. 14. A. 3. Glasgow Coma Scale (CCS)	- - - - -	563
II. 14. A. 4. Bayley Scale of Infant Development Third Edition (Bayley III)	- - - - -	563

Spis treści

II. 14. A. 5. General Developmental Screening Tool Ages and Stages Questionnaires (ASQ) - - - - -	564
II. 14. A. 6. Skala Non-communicating Children's Pain Checklis(NCCPC) - - -	565
II. 14. A. 7. Ages and Stages Questionnaires (ASQ:SE-2) - - - - -	566
II. 14. A. 8. Brigance Screens – II - - - - -	567
II. 14. A. 9. Denver Developmental Screening Test - - - - -	567
II. 14. A. 10. Child Development Inventory (CDI) - - - - -	567
II. 14. B. Wykaz skal powszechnie stosowanych - - - - -	568
II. 14. B. 1. Skala Lansky'ego - - - - -	568
II. 14. B. 2. Skala Apgar - - - - -	569
II. 14. B. 3. Skala Rossa - - - - -	569
II. 14. B. 4. Skala Silvermana - - - - -	570
 III. SKALE O KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE Z ZASTOSOWANIEM WIODĄCYM W ZABIEGOWYCH DZIAŁACH MEDYCYNY - - - - -	
572	
 III. 1. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne – cz. I - - - - -	574
III. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane - - - - -	575
III. 1. A. 1. Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R) - - - - -	575
III. 1. A. 2. Skala oceny rany (TELER) - - - - -	577
III. 1. A. 3. Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran (TILI) - - -	579
III. 1. A. 4. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pielęgniarek (KWJPBP) - - - - -	582
III. 1. A. 5. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pacjenta (SCQIPP) - - - - -	584
III. 1. A. 6. Skala owrzodzeń w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej (WIFI) -	587
III. 1. A. 7. Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ) - - - - -	589
III. 1. A. 8. Skala Rockalla - - - - -	591
III. 1. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich - - - - -	594
III. 1. B. 1. Scar Cosmesis Assessment and Rating Scale (SCAR) - - - - -	594
III. 1. B. 2. Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS) - - - - -	594
III. 1. B. 3. Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning (ELPO) - - - - -	594
III. 1. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych - - - - -	595
III. 1. C. 1. Skala dla oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych (POSSUM) -	595
III. 1. C. 2. Klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żylniej (CEAP) - -	596
III. 1. C. 3. Skala przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine'a -	596
III. 1. C. 4. Ocena stopnia ryzyka zakrzepicy żył głębokich (WELLSA) - - -	597

Spis treści

III. 1. C. 5. Ocena ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym (skala Capriniego) - - - - -	598
III. 1. C. 6. Skala oceniająca głębokość i poziom uszkodzenia tkanek (MCW) - - - - -	598
III. 1. C. 7. Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii (SACS) - - - - -	599
III. 1. C. 8. Skala stosowana w rozpoznawaniu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki (RANSONA) - - - - -	599
III. 1. C. 9. Podstawowa ocena zaawansowania i ciężkości zakażenia w zespole stopy cukrzycowej (PEDIS) - - - - -	600
III. 2. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne – cz. II - - - - -	601
III. 2. A. Wykaz skal powszechnie stosowanych - - - - -	602
III. 2. A. 1. Trauma Index - - - - -	602
III. 2. A. 2. Skala Glasgow-Blatchford - - - - -	602
III. 2. A. 3. Skale ryzyka krwawienia podczas leczenia przeciwkrzepliowego (HAS- BLED) - - - - -	603
III. 2. A. 4. Skala Balthazara (CTSI) - - - - -	604
III. 2. A. 5. Skale oceny lęku przedoperacyjnego - - - - -	604
III. 2. A. 6. Skala Boston - Ocena przygotowania jelita do kolonoskopii (BBPS) - - - - -	605
III. 2. A. 7. Klasyfikacja Forresta do oceny ryzyka nawrotu krwawienia z gopp - - - - -	606
III. 2. A. 8. Klasyfikacja Los Angeles oceny nasilenia nadżerkowego zapalenia przełyku - - - - -	607
III. 2. A. 9. Skala Padewska Oceny Ryzyka (ŻChZZ) - - - - -	607
III. 2. A. 10. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Jorge-Wexnera (Skala Cleveland) - - - - -	608
III. 2. A. 11. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Rockwooda –Fecal Incontinence Severity Index (FISI) - - - - -	609
III. 2. A. 12. Ocena stanu obrażeń u pacjenta w okresie pourazowym (RTS) - - - - -	609
III. 3. Ortopedia i pielęgniarstwo ortopedyczne - - - - -	611
III. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane - - - - -	612
III. 3. A. 1. Formularz Międzynarodowego Komitetu Dokumentacji Kolana (IKDC) - - - - -	612
III. 3. A. 2. Punktowa ocena stawu kolanowego - skala Lysholm & Gillquist - - - - -	615
III. 3. A. 3. Skala KOOS - - - - -	618
III. 3. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich - - - - -	622
III. 3. B. 1. The Tapper and Hoover grading system - - - - -	622
III. 3. B. 2. Harris Hip Score (HHS) - - - - -	622
III. 3. B. 3. Musculoskeletal Functional Assessment Questionnaire (MFA) - - - - -	623

Spis treści

III. 3. B. 4. The Activities of Daily Living Scale of the Knee Outcome Survey (ADLS) - - - - -	623
III. 3. B. 5. Lequesne Index of Severity – Knee (Lequesne ISK) - - - - -	624
III. 3. B. 6. Dreiser’s functional index - - - - -	624
III. 3. B. 7. Hip distability and osteoarthritis outcome score (HOOS) - - - - -	625
III. 3. B. 8. Oxford Knee Score - - - - -	625
III. 3. B. 9. Modified Cincinnatti Rating System - - - - -	626
III. 3. B. 10. Intermittent and constant osteoarthritis pain – hip or knee version (ICOAP) - - - - -	626
III. 3. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych - - - - -	626
III. 3. C. 1. Indeks WOMAC - - - - -	626
III. 3. C. 2. Skala SF-36 - - - - -	628
III. 3. C. 3. Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne’a - - - - -	629
III. 3. C. 4. Skala Laitinena - - - - -	629
III. 4. Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo – ginekologiczne	631
III. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane - - - - -	632
III. 4. A. 1. The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale (IIFAS) - - - - -	632
III. 4. A. 2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - - - - -	634
III. 4. A. 3. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire for Breast Cancer (EORTC QLQ- BR23) - - - - -	638
III. 4. A. 4. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, The cervical cancer-specific Quality of Life (EORTC QLQ- CX24) - - - - -	640
III. 4. A. 5. The Fertility Quality of Life (FertiQoL) - - - - -	642
III. 4. A. 6. Female Sexual Function Index Questionnaire (FSFI) - - - - -	647
III. 4. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich - - - - -	653
III. 4. B. 1. The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) - - - - -	653
III. 4. B. 2. Menopause Rating Scale (MRS) - - - - -	653
III. 4. B. 3. Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire– Self-Administered (PCOSQ) - - - - -	654
III. 4. B. 4. Kwestionariusz 30-item Endometriosis Health Profile (EHP-30) - - - - -	654
III. 4. B. 5. The Birth Satisfaction Scale (BBS) - - - - -	655
III. 4. B. 6. The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) - - - - -	655
III. 4. B. 7. Pregnancy Health Behaviors Scale (PHBS) - - - - -	656
III. 5. Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne - - - - -	657
III. 5. A. Wybrane narzędzia standaryzowane - - - - -	658
III. 5. A. 1. Skala GRBAS - - - - -	658

Spis treści

III. 5. A. 2. Skala Lund- Mackay	- - - - -	661
III. 5. A. 3. Skala House'a- Brackmana	- - - - -	663
III. 5. A. 4. Skala Centora	- - - - -	665
IV. INNE	- - - - -	669
IV. 1. Dietetyka	- - - - -	671
<i>IV. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- - - - -	672
IV. 1. A. 1. Uniwersalna przesiewowa metoda oceny niedożywienia (MUST)	- - - - -	672
IV. 1. A. 2. Malnutrition Screening Tool (MST)	- - - - -	680
IV. 1. A. 3. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)	- - - - -	683
IV. 1. A. 4. Nutrition Risk in the Critically Ill Score (NUTRIC)	- - - - -	685
IV. 1. A. 5. Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)	- - - - -	688
IV. 1. A. 6. Nutritional Risk Index (NRI)	- - - - -	690
IV. 1. A. 7. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)	- - - - -	692
IV. 1. A. 8. Miniskala oceny stanu odżywienia (MNA)	- - - - -	695
IV. 1. A. 9. Prognostic Inflammatory and Nutritional Index (PINI)	- - - - -	698
IV. 1. A. 10. Prognostyczny Index Odżywienia (PNI)	- - - - -	700
<i>IV. 1. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- - - - -	702
IV. 1. B. 1. Instant nutritional assessment (INA)	- - - - -	702
IV. 1. B. 2. Nutritional screening initiative checklist (DETERMINE)	- - - - -	702
IV. 1. B. 3. Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN)	- - - - -	702
IV. 1. B. 4. Malnutrition inflammatory score (MIS)	- - - - -	703
IV. 1. B. 5. South Manchester University Hospitals nutritional Assessment Score	703	
IV. 1. B. 6. Controlling nutritional status (CONUT)	- - - - -	703
IV. 1. B. 7. British nutrition screening tool (NST)	- - - - -	704
IV. 1. B. 8. Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)	- - - - -	704
IV. 1. B. 9. Canadian Nutrition Screening Tool (CNST)	- - - - -	705
IV. 1. B. 10. Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST)	- - - - -	705
IV. 1. B. 11. Eating Validation Scheme (EVS)	- - - - -	705
IV. 1. B. 12. Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT)	- - - - -	705
IV. 1. B. 13. Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease Nutrition Risk Tool	- - - - -	706
IV. 1. B. 14. Nutritional Screening inflammatory bowel diseases (NS-IBD)	- - - - -	706
<i>IV. 1. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych</i>	- - - - -	706
IV. 1. C. 1. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)	- - - - -	706
IV. 1. C. 2. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)	- - - - -	707

IV. 2. Zarządzanie w pielęgniarstwie – część I	708
<i>IV. 2. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	710
IV. 2. A. 1. Skala pomiaru obciążenia pracą na poziomie OIOM (NEMS)	710
IV. 2. A. 2. Skala czynności pielęgniarzkich (NAS)	713
IV. 2. A. 3. Kwestionariusz niedostarczonej opieki (PIRNCA)	719
IV. 2. A. 4. Skala zadowolenia z pielęgnacji (NEWCASTLE – NSNS)	725
IV. 2. A. 5. Kwestionariusz postaw bezpieczeństwa – polska adaptacja (SAQ-SF-PL)	740
IV. 2. A. 6. Kwestionariusz do oceny pominiętej opieki (BERNCA)	749
IV. 2. A. 7. Kwestionariusz do pomiaru mobbingu w miejscu pracy (NAQ-R)	752
<i>IV. 2. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich</i>	756
IV. 2. B. 1. Nurses Occupational Stressor Scale (NOSS)	756
IV. 2. B. 2. Survey The Missed Nursing Care Survey (MISSCARE)	757
IV. 2. B. 3. CLeeNA	757
IV. 2. B. 4. Global Trigger Tool (IHI)	758
IV. 2. B. 5. NPC Scale Short Form	758
IV. 2. B. 6. The Connor-Davidson Resilience (CD-RISC)	759
IV. 2. B. 7. Intensive Care Unit Nurse-Physician Questionnaire (ICU-NPQ)	759
IV. 2. B. 8. Critical Care Nursing Competence Questionnaire for Patient Safety (C3Q-Safety)	759
IV. 2. B. 9. Healthy Work Environment Assessment Tool (AACN HWEAT)	760
IV. 2. B. 10. Workload Assessment of Nurses on Emergency (WANE)	760
IV. 2. B. 11. Safer Nursing Care Tool (SNCT)	761
IV. 2. B. 12. Nurse Operation Workload (NOW)	761
IV. 2. B. 13. The Revised Nursing Work Index (NWI-EO)	762
IV. 2. B. 14. Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL)	762
IV. 2. B. 15. Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist	762
<i>IV. 2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych</i>	763
IV. 2. C. 1. BOHIPSZPO	763
IV. 2. C. 2. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)	764
IV. 2. C. 3. Skala Oceny Bezpieczeństwa Farmakoterapii (NURIPH)	764
IV. 2. C. 4. Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag	765
IV. 2. C. 5. Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy (PWP)	766
IV. 3. Zarządzanie w pielęgniarstwie – część II	768
<i>IV. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	768
IV. 3. A. 1. Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP)	768

IV. 4. Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	- 780
<i>IV. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- 781
IV. 4. A. 1. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja krótka (IPAQ- SF)	- 781
IV. 4. A. 2. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja długa (IPAQ-LF)	- 786
IV. 4. A. 3. Duke Activity Status Index (DASI)	- 798
IV. 4. A. 4. Seven Day Physical Activity Recall (PAR)	- 802
IV. 4. A. 5. Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej (VSAQ)	- 806
IV. 5. Wielokulturowość w naukach o zdrowiu i naukach medycznych	- 809
<i>IV. 5. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- 810
IV. 5. A. 1. Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI)	- 810
IV. 5. A. 2. Nurse Cultural Competence Scale (NCCS)	- 811
<i>IV. 5. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich</i>	- 812
IV. 5. B. 1. Your Religiousness (P-NCCS)	- 812
IV. 5. B. 2. Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R)	- 813
IV. 6. Narzędzia stosowane w dydaktyce medycznej	- 815
<i>IV. 6. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- 815
IV. 6. A. 1. Inwentarz klinicznego środowiska uczenia się (CLEI)	- 815
IV. 6. A. 2. Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży	- 816
IV. 7. Seksuologia	- 819
<i>IV. 7. A. Wybrane narzędzia standaryzowane</i>	- 820
IV. 7. A. 1. Kwestionariusz satysfakcji seksualnej (KSS)	- 820
IV. 7. A. 2. Skala służąca do badania motywacji seksualnych (AMORE)	- 822
IV. 7. A. 3. Poczucie satysfakcji z życia seksualnego Nomejko, Dolińskiej-Zygmunt	- 825
IV. 7. A. 4. Skala satysfakcji seksualnej kobiet (SSS-W-R15)	- 827
IV. 7. A. 5. Ocena funkcjonowania seksualnego kobiet (FSFI)	- 830
IV. 8. Wykaz innych wybranych skal i kwestionariuszy standaryzowanych dostępnych w literaturze	- 836

Drogi Czytelniku,

przekazujemy Ci podręcznik *Klinimetria w doskonaleniu jakości świadczeń zdrowotnych i kształcenia na kierunkach medycznych*.

Podręcznik dedykujemy pracownikom medycznym (lekarzom, pielęgniarkom, położnym, fizjoterapeutom, ratownikom medycznym) oraz innym osobom uczestniczącym w realizacji świadczeń zdrowotnych i kosmetologicznych (dietetykom, psychologom, kosmetologom, opiekunom medycznym itd.), nauczycielom i studentom kierunków przyporządkowanych do dziedziny nauki medyczne i nauki o zdrowiu (lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, ratownictwo medyczne, dietetyka, kosmetologia itd.), osobom prowadzącym badania w tej dziedzinie, a także samym pacjentom i ich opiekunom nieprofesjonalnym (rodzinom i bliskim).

Zebrane narzędzia standaryzowane, skale i kwestionariusze umożliwią obiektywną ocenę stanu pacjenta/ klienta i jego wydolność funkcjonalną w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych i in., monitorowanie ich skuteczności i jakości, ewaluację organizacji pracy, dydaktyki medycznej; monitoring w procesie kształcenia na kierunkach medycznych, w sprawowaniu opieki nieprofesjonalnej w środowisku życia pacjenta, a także w kolejnych badaniach naukowych. Niniejsze opracowanie wpisuje się w Evidence Based Medicine oraz Evidence Based Practice Nursing w obszarze świadczeń zdrowotnych, kosmetologicznych i in. oraz w programy studiów i realizowane procesy kształcenia na kierunkach medycznych.

Narzędzia klinimetryczne, tj. skale, kwestionariusze i inne narzędzia skupiono w czterech głównych rozdziałach z uszczegóławiającymi je podrozdziałami. W rozdziale pierwszym opisano skale uniwersalne (kwestionariusze i skale ogólne; narzędzia psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych; narzędzia do oceny efektywności, jakości i organizacji kształcenia symulacyjnego; skale i kwestionariusze stosowane w badaniu fizykalnym oraz narzędzia mające zastosowanie w promocji zdrowia. Z kolei w rozdziale drugim zebrano skale i kwestionariusze standaryzowane z zastosowaniem wiodącym w niezabiegowych działach medycyny (w alergologii i pielęgniarstwie alergologicznym, w odniesieniu do osób z chorobami zakaźnymi, w diabetologii i pielęgniarstwie diabetologicznym, w geriatrii i pielęgniarstwie geriatrycznym, w opiece długoterminowej i pielęgniarstwie w opiece długoterminowej, w opiece paliatywnej i pielęgniarstwie, w urologii /nefrologii i pielęgniarstwie urologicznym/ nefrologicznym, w dermatologii i pielęgniarstwie dermatologicznym, w psychiatrii i pielęgniarstwie psychiatrycznym, w neonatologii i pielęgniarstwie neonatologicznym, w neurologii i pielęgniarstwie neurologicznym, w podstawowej opiece zdrowotnej, rehabilitacji, pediatrii i pielęgniarstwie pediatrycznym), przy czym mogą one być wykorzystywane również w innych świadczeniach zorientowanych

na człowieka zdrowego i/ lub chorego. Z kolei trzeci rozdział poświęcono narzędziom i skalom standaryzowanym z zastosowaniem wiodącym w zabiegowych działach medycyny (w chirurgii i pielęgniarstwie chirurgicznym – dwie części; w ortopedii i pielęgniarstwie ortopedycznym; w położnictwie, ginekologii i pielęgniarstwie położniczo- ginekologicznym, laryngologii i pielęgniarstwie laryngologicznym) z zastrzeżeniem, że zaproponowane narzędzia mogą być również wykorzystywane w innych świadczeniach zorientowanych na człowieka zdrowego i/ lub chorego. Rozdział czwarty (*Inne*) zawiera narzędzia standaryzowane z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia, w tym również w pielęgniarstwie oraz narzędzia dotyczące aktywności fizycznej. Zawiera także wykaz innych wybranych skal i kwestionariuszy standaryzowanych dostępnych w literaturze.

Każdy z podrozdziałów zawiera trzy części: wybrane narzędzia standaryzowane; przykłady skal stosowanych w innych państwach a nie walidowanych do warunków polskich oraz wykaz skal powszechnie stosowanych. Przedstawiając taki układ treści dajemy *Wam* możliwość łatwiejszego wyboru narzędzi standaryzowanych w zależności od wykonywanej pracy, podmiotu opieki lub rodzaju i zakresu badań, w tym również badań naukowych, a także nauczanych treści i umiejętności zawodowych i badawczych. Z kolei przedstawiając przykłady skal stosowanych w innych państwach a nie walidowanych do warunków polskich zachęcamy do procedury ich walidacji do naszych warunków krajowych jako nowatorskiego przedsięwzięcia naukowo-empirycznego. Natomiast prezentując narzędzia powszechnie stosowane mamy nadzieję na pytanie każdego *Czytelnika* dotyczące powszechności tych narzędzi w jego miejscu pracy i/lub nauki.

Przekazując niniejszy podręcznik *Czytelnikowi* mamy na celu, przede wszystkim:

- najwyższą jakość świadczeń zdrowotnych, najwyższą jakość kształcenia na kierunkach studiów przypisanych do dziedziny nauki medyczne i nauki o zdrowiu oraz najwyższą jakość badań naukowych w tej dziedzinie;
- popularyzację (mających zastosowanie w profilaktyce, diagnostyce, terapii, pielęgnowaniu, rehabilitacji, ratownictwie medycznym, kosmologii, dietetyce, psychologii) kwestionariuszy, skal i innych narzędzi standaryzowanych (wypracowanych w toku badań naukowych) wśród pracowników medycznych (lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, ratowników medycznych) i in. (dietetyków, psychologów, kosmetologów, opiekunów medycznych itd.) oraz nauczycieli i studentów uczelni kształcących na kierunkach medycznych (lekarski i/ lub pielęgniarstwo i/lub położnictwo i/lub fizjoterapia i/ lub ratownictwo medyczne) i innych (dietetyka, kosmetologia, psychologia), a także zapewnienie do nich dostępu jak najszerszej grupie społecznej sprawującej

opiekę nad drugim człowiekiem i/lub prowadzącym badania w tym zakresie;

- popularyzację Evidence Based Medicine oraz Evidence Based Practice Nursing w podmiotach leczniczych i ośrodkach akademickich poprzez zwiększenie dostępności (popularyzację) narzędzi klinimetrycznych;
- kompatybilność i spójność działań popularyzujących klinimetrię na etapie kształcenia studentów kierunków medycznych oraz w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne;
- popularyzację narzędzi klinimetrycznych do zastosowania przez pacjentów i ich opiekunów w środowisku życia pacjenta;
- popularyzację narzędzi klinimetrycznych (wypracowanych w toku badań naukowych) możliwych do jak szerszego zastosowania w dalszych badaniach naukowych służących poprawie jakości opieki nad pacjentem i zapewnienia mu bezpieczeństwa. Wdrażania narzędzi standaryzowanych od samego początku kształtowania aktywności badawczej, czyli od pracy licencjackiej i pracy magisterskiej, a także w ramach działalności studenckich kół naukowych do zaawansowanych badań naukowych.

Mariola Głowacka

Maciej Słodki

I. SKALE I KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE O CHARAKTERZE UNIWERSALNYM

W tym rozdziale opisano wybrane narzędzia, skale, kwestionariusze, które mogą być stosowane w badaniach różnych grup osób, w różnych stanach klinicznych i funkcjonalnych, przebywających w różnych miejscach, np. środowisku domowym, podmiocie leczniczym, ośrodku pomocy społecznej, centrum symulacji medycznej, ośrodku akademickim itd. Sklasyfikowano je w pięć grup: wybrane narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym; narzędzia/skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych; narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu, kwestionariusze wykorzystywane w badaniu fizykalnym oraz narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia.

W grupie pierwszej (*Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym*) opisano wybrane narzędzia standaryzowane [*Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS)*; *Kwestionariusz Przełomu Połowy Życia (KPPŻ)*; *Skala Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (WEB)*; *Kwestionariusz Pomyślnego Starzenia Się (SAI)*; *Skala Powodów do Życia (RFL-48)*; *Ateńska Skala Bezsenności (AIS)*; *Kwestionariusz Oczekiwanych Efektów Używania Alkoholu (KOEUA)*; *Tablice SCORE skali-browane dla polskiej populacji (Pol-SCORE 2015)*], a w pozostałych wybrane narzędzia standaryzowane; przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich oraz wykaz skal powszechnie stosowanych. W drugiej grupie (*Narzędzia/skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych*) w pakiecie wybrane narzędzia standaryzowane opisano: *Skalę Kontroli Emocji (CECS)*; *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)*; *Skalę Pomiaru Typu D (DS14)*, *Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC)*; *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)*; *Skalę Ekspresji Gniewu (SEG)*; *Test Orientacji Życiowej (LOT-R)*; *Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)*, *Skalę Kompetencji Osobistej (KompOs)*; w pakiecie *przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich*: *The Perceived Ability to Cope With Trauma Scale (PACT)*, *The Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*; *Clinical Anger Scale (CAS)*, a w pakiecie *skal powszechnie stosowanych*: *Skalę Depresji, Lęku i Stresu (DASS-21)* oraz *Kwestionariusz lęku uogólnionego (GAD-7)*.

W grupie trzeciej (*Narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu*) w pakiecie wybranych narzędzi standaryzowanych opisano: *Kwestionariusz satysfakcji i pewności siebie studenta w procesie uczenia się*

(SSCL), Kwestionariusz Oceny Technik Edukacyjnych (EPQ) oraz Skalę Oceny Scenariusza Symulacyjnego (SDS); jako przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich wskazano: Oxford Non Technical Skills Scale (NOTECHS); Lasater Clinical Judgement Rubric (LCJR); Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI); Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH); Simulation Effectiveness Tool - Modified (SET-M); natomiast w pakiecie skal powszechnie stosowanych: Ottawa Crisis Recourse Management Global Rating Scale; Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS); Global Interprofessional Therapeutic Communication Scale short form (GITCS) i Anaesthetists Non Technical Skills (ANTS)

W grupie czwartej (Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym), w pakiecie Wybrane narzędzia standaryzowane opisane kwestionariusze to: Przesiewowa ocena sprawności funkcji poznawczych osoby badanej (AMTS); Behavioral Pain Scale (BPS); Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT); Skale obrazkowe zawierająca obrazy twarzy odzwierciedlające odczuwanie bólu — (zmodyfikowana skala VAS); Kwestionariusz uzależnienia od alkoholu (AUDIT); Skala do oceny zdrowia jamy ustnej w powiązaniu z jakością życia u pacjentów z chorobami ogólnymi (GOHAI); jako przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich przedstawiono: Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS); Milani Comparetti Motor Development Screening Test (MCMDST); Cough Severity Score (CSS); Simple Pediatric Nutritional Risk Screening Tool (SPENS).

Należy podkreślić, że w badaniu podmiotowym i fizykalnym mogą być zastosowane wszystkie kwestionariusze opisane w niniejszym Podręczniku.

W ostatniej grupie (Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia), w pakiecie Wybrane narzędzia standaryzowane przedstawiono: Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ 28), Skalę Uogólnionej Własnej skuteczności (GSES), Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29), Wielowymiarową Skalę Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (MHLC), Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE), Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS), Skalę gotowości do wypisu ze szpitala po zawale; jako przykłady skal powszechnie stosowanych opisano: Skalę adherence w chorobach przewlekłych, Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Skalę funkcjonowania w chorobie przewlekłej.

I.1. Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Głowacka Mariola ^{1,2}, Frydrysiak – Brzozowska Adrianna ¹

¹ Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa

² Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

I.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- I. 1. A. 1. Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS)
- I. 1. A. 2. Kwestionariusz Przełomu Połowy Życia (KPPŻ)
- I. 1. A. 3. Skala Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (WEB)
- I. 1. A. 4. Kwestionariusz Pomyślnego Starzenia Się (SAI)
- I. 1. A. 5. Skala Powodów do Życia (RFL-48)
- I. 1. A. 6. Ateńska Skala Bezsensowności (AIS)
- I. 1. A. 7. Kwestionariusz Oczekiwanych Efektów Używania Alkoholu (KOEUA)
- I. 1. A. 8. Tablice SCORE skalibrowane dla polskiej populacji (Pol-SCORE 2015)

I.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.1. Skala Postaw Wobec Seniorów	
Nazwa skali w języku angielskim	Brak	
Skrót	SPWS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Łukasiewicz Jacek, Kowalski Wiesław
	Rok publikacji	2021
	Źródło	Łukasiewicz J., Kowalski W., Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS). Prezentacja narzędzia., Przegląd psychologiczny, 2021, 64, 3, 81-101. Łukasiewicz J., Kowalski W., Postawy społeczne wobec osób starszych – teoria i badania, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe, Lublin 2021, 98-105.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Nie dotyczy
	Rok publikacji	Nie dotyczy
	Źródło	Nie dotyczy
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Postrzeganie osób starszych.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie dotyczy
	Struktura skali	Narzędzie składa się z 60 stwierdzeń, do których badany odnosi się na 6 stopniowej skali Likerta, gdzie cyfry kolejno oznaczają: 1 – całkowicie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – raczej nie zgadzam się 4 – raczej zgadzam się 5 – zgadzam się 6 – całkowicie się zgadzam. W strukturze skali wyodrębniono trzy podskale tj. Szacunek i Wsparcie, Odrzucenie i Niezrozumienie, Dystans Społeczny. Numery pytań przynależące do podskal: – Szacunek i Wsparcie (1, 3, 5, 6, 7, 9, 16, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 53, 54, 55, 59); – Odrzucenie i Niezrozumienie (10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 35, 36, 37, 49, 50, 51, 52, 56); – Dystans Społeczny (2, 4, 8, 25, 29, 30, 38, 46, 57, 58, 60).
	Orientacyjny czas badania	10 – 15 minut

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Według autorów kwestionariusz może okazać się pomocny w procesie planowania działań budujących dialog międzypokoleniowy.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież i osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Narzędzie może być wykorzystywane podczas badań diagnostycznych lub naukowych związanych z postrzeganiem osób starszych.
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Narzędzie może być wykorzystywane przez psychologów, socjologów, pedagogów oraz przedstawicieli nauk medycznych i nauk o zdrowiu (pielęgniarki, położne, lekarze).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	W skali wyodrębniono trzy podskale: – Szacunek i Wsparcie: „Wysoki wynik opisuje osoby, które odnoszą się do starszych z dużym szacunkiem i atencją. Osoby starsze wywołują w nich pozytywne emocje i budzą chęć otaczania ich należytą opieką. Źródłem takiej postawy jest przekonanie, iż osoby starsze charakteryzuje duża życiowa mądrość i doświadczenie, którymi chętnie dzielą się z innymi. Dla takich osób seniorzy, poprzez swoje życie, osobowość i wiedzę, stanowią ogromną wartość dla rodziny, całego społeczeństwa, a zwłaszcza młodego pokolenia.” [1] – Odrzucenie i Niezrozumienie: „Wysoki wynik charakteryzuje negatywną postawę wobec osób starszych. Źródłem takiej postawy jest dostrzeganie u seniorów pejoratywnych cech osobowości (drażliwość, niezadowolenie z życia, życiowa nuda, brak pomysłu na dalsze życie) oraz nieprzychylnych zachowań wobec innych osób, zwłaszcza młodego pokolenia. Konsekwencją takich zachowań ma być postrzegana samotność osób starszych oraz ich izolacja od osób najbliższych (i ogólnie, społeczeństwa), potęgujące różnorodne problemy i niezadowolenie na zasadzie sprzężenia zwrotnego.” [1] – Dystans Społeczny: „Wysoki wynik oznacza postawę dystansu wobec osób starszych a zarazem podkreśla świadomość ich dobrej kondycji ekonomicznej i społecznej. Jednak nadmierne przywiązywanie uwagi u osób starszych do podnoszenia komfortu życia (zwłaszcza przez gromadzenie dóbr materialnych), bez uwzględnienia potrzeb innych, stanowi zarazem źródło negatywnych odniesień i emocjonalnego dystansu wobec osób starszych.” [1] Aby pozyskać wynik należy obliczyć średnią ważoną dla każdej podskali poprzez podzielenie uzyskanego wyniku przez liczbę pozycji danego czynnika, tj. skala 1–30; skala 2–19; skala 3–11. [1] Im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie wymiaru składającego się na postawy wobec seniorów. [1] W zależności od celu badawczego i potrzeb praktycznych można średnią ważoną przekształcić w wyniki znormalizowane wyrażone na skali stenowej. [1]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS) [1]

Niniejsza ankieta przeznaczona jest o badania percepcji osób starszych w społeczeństwie. Ma ona charakter w pełni anonimowy. W związku z prowadzonymi badaniami prosimy o dokładne przeczytanie poniższych stwierdzeń i ustosunkowanie się do nich poprzez zaznaczenie wybranej odpowiedzi. Wybierając odpowiedź, najlepiej polegać na swoim pierwszym wrażeniu. Przy każdym stwierdzeniu lub pytaniu zaznacz tylko jedną wybraną odpowiedź. Upewnij się, że odpowiedziałeś (odpowiedziałaś) na wszystkie pozycje. Wskaż, na ile każde z tych stwierdzeń jest prawdziwe lub nieprawdziwe w stosunku do Ciebie.

Pozycja	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam
1) Osoby starsze posiadają mądrość życiową, którą ukształtowali na podstawie osobistych doświadczeń.	1	2	3	4	5	6
2) Osoby starsze mają wystarczająco dużo pieniędzy, tylko nie potrafią nimi gospodarować.	1	2	3	4	5	6
3) Uważam, że młodzi mogą się wiele nauczyć od starszego pokolenia.	1	2	3	4	5	6
4) Ludzie starsi mają więcej możliwości zdobycia pieniędzy na swoje potrzeby niż ludzie młodzi.	1	2	3	4	5	6
5) Starsi posiadają doświadczenie życiowe, które może służyć młodszemu pokoleniom.	1	2	3	4	5	6
6) Boli mnie to, że osoby starsze tak często są porzucane przez rodziny i pozostawione bez właściwej opieki.	1	2	3	4	5	6
7) Zdecydowana większość starszych osób stara się wspierać młode pokolenie swoim doświadczeniem i wiedzą.	1	2	3	4	5	6
8) Czuję zazdrość, gdy myślę jak wiele mogą zdziałać starsze osoby mając tak dużo wolnego czasu.	1	2	3	4	5	6
9) Ludzie starsi dużo swego wolnego czasu poświęcają rodzinie.	1	2	3	4	5	6
10) Myślę, że ludzie starsi są na ogół mało przychylni dla młodego pokolenia.	1	2	3	4	5	6
11) Ludzie starsi mają mnóstwo wolnego czasu, w którym robią zawsze to samo.	1	2	3	4	5	6
12) Starsze osoby potrzebują tyle uwagi od innych co małe dzieci.	1	2	3	4	5	6
13) Ludzie starsi są roszczeniowi wobec osób młodszych.	1	2	3	4	5	6
14) Ludzie starsi są przesadnie oszczędni i żałują na wszystko pieniądze.	1	2	3	4	5	6
15) Starsi często wtrącają się w sprawy, które ich nie dotyczą.	1	2	3	4	5	6

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

16) Czuję się zobowiązana(y) ustąpić miejsce w autobusie osobie starszej.	1	2	3	4	5	6
17) Starsze osoby mają dużo wolnego czasu i nie wiedzą jak go właściwie wykorzystać.	1	2	3	4	5	6
18) Stereotyp zrzędlivego staruszka jest wciąż aktualny.	1	2	3	4	5	6
19) Ludzie starsi często są niezadowoleni i zmęczeni życiem.	1	2	3	4	5	6
20) Narzekanie to domena ludzi starszych.	1	2	3	4	5	6
21) Czuję, że osoby starsze nie chcą obciążać rodziny swoimi problemami.	1	2	3	4	5	6
22) Gdyby starsi chętniej poznawali innych, byłoby weselsi.	1	2	3	4	5	6
23) Podziwiam starsze osoby za schludność ich mieszkań.	1	2	3	4	5	6
24) Czuje smutek, myśląc o odejściu ludzi starszych.	1	2	3	4	5	6
25) Ludzie starsi są na ogół otoczeni gronem dobrych przyjaciół i znajomych.	1	2	3	4	5	6
26) Osoby starsze chętnie opowiadają pasjonujące historie.	1	2	3	4	5	6
27) Chętnie korzystam z przepisów babci lub porad dziadka.	1	2	3	4	5	6
28) Starsze osoby to filar rodziny i społeczeństwa.	1	2	3	4	5	6
29) Ludzie starsi mają wystarczająco dobrą sytuację finansową, gdyż pracowali na to całe życie.	1	2	3	4	5	6
30) Ludzie starsi są zadowoleni z życia bez względu na swoje wcześniejsze doświadczenia.	1	2	3	4	5	6
31) Czuję ogromny szacunek dla wiedzy i doświadczenia ludzi starszych.	1	2	3	4	5	6
32) Starsze pokolenie stanowi ogromną pomoc dla młodych członków rodziny.	1	2	3	4	5	6
33) Osoby starsze mają bogatą osobowość.	1	2	3	4	5	6
34) Ludzie starsi zawsze budzą we mnie pozytywne emocje.	1	2	3	4	5	6
35) Osoby starsze zasadniczo nie podejmują już żadnego wysiłku samorozwoju.	1	2	3	4	5	6
36) Ludzie starsi wciąż myślą o nadchodzącej śmierci.	1	2	3	4	5	6
37) Starsi są zamknięci w sobie i robią różne rzeczy w samotności.	1	2	3	4	5	6
38) Nie dziwię się, że inni znęcają się nad osobami starszymi.	1	2	3	4	5	6
39) Starsi są skarbnicą wiedzy dla młodego pokolenia.	1	2	3	4	5	6
40) Czuję się dobrze w towarzystwie osób starszych.	1	2	3	4	5	6
41) Mieszkanie starszej osoby zawsze kojarzy mi się z elegancją i porządkiem.	1	2	3	4	5	6

42) Nie mam żadnych oporów, aby pomóc starszej osobie w sprzątaniu jej mieszkania.	1	2	3	4	5	6
43) Myślę, że ludzie starsi często borykają się z problemem samotności.	1	2	3	4	5	6
44) Uważam, że starsi mają dużą wiedzę niezależnie od poziomu wykształcenia.	1	2	3	4	5	6
45) Czuję smutek, gdy widzę osobę starszą, która nosi stare i zniszczone ubrania.	1	2	3	4	5	6
46) Osoby starsze przesadnie zabiegają o luksusowe warunki mieszkaniowe.	1	2	3	4	5	6
47) Starsi ludzie zawsze chętnie dzielą się z innymi tym co mają.	1	2	3	4	5	6
48) Lubię pracować z osobami starszymi, gdyż są bardziej doświadczone.	1	2	3	4	5	6
49) Ludzie starsi mają dużą wiedzę, ale w większości nieaktualną.	1	2	3	4	5	6
50) W domach osób starszych można znaleźć mnóstwo niepotrzebnych rzeczy.	1	2	3	4	5	6
51) Ludzie starsi często mają żal do innych.	1	2	3	4	5	6
52) Osoby starsze spędzają czas głównie na oglądaniu telewizji.	1	2	3	4	5	6
53) Gdy rozmawiam ze starszymi osobami to myślę, że wiedzą bardzo dużo o życiu.	1	2	3	4	5	6
54) Jestem zawsze gotowy(a) stanąć w obronie osoby starszej	1	2	3	4	5	6
55) Czuję się bardzo dobrze, gdy wracam z ludźmi starszymi do ich wspomnień.	1	2	3	4	5	6
56) Osoby starsze mają dużo wolnego czasu, ale większość zajmują im wizyty lekarskie.	1	2	3	4	5	6
57) Starsze osoby lepiej odnajdują się w niebezpiecznych sytuacjach niż inni.	1	2	3	4	5	6
58) Denerwują mnie starsi ludzie, którzy wciąż szukają dodatkowej pracy.	1	2	3	4	5	6
59) Mimo mniejszych dochodów większość starszych ludzi jest bardziej szczodra niż młodzi.	1	2	3	4	5	6
60) Osoba w sędziwym wieku to osoba spełniona i szczęśliwa.	1	2	3	4	5	6

Bibliografia	1. Łukasiewicz J., Kowalski W., Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS). Prezentacja na- rządza., Przegląd psychologiczny, 2021, 64, 3, 81-101. 2. Łukasiewicz J., Kowalski W., Postawy społeczne wobec osób starszych – teoria i bada- nia, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe, Lublin 2021, 98-105. 3. Łukasiewicz J., Kowalski W., Obraz samego siebie a postawy wobec seniorów u mło- dzieży wkraczającej w dorosłość, [w]: Gaś Z.B., Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce, Seria wydawnicza: Monografie Wydziału Nauk o Człowieku WSEI, Lublin 2019, 145-156. 4. Reder M., Sikorska I., Lipp N., Postawy młodzieży wobec starości: sztuka łączy poko- lenia!, [w]: Kielar-Turska M., Szanse rozwoju w starości: starość: jak ją widzi psycho- logia, Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, Kraków 2020, 229-244.
--------------	--

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.2. Kwestionariusz przełomu połowy życia	
Nazwa skali w języku angielskim	Mid-Life Transition Questionnaire	
Skrót	w języku polskim – KPPŻ w języku angielskim - MTQ	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Elżbieta Kluska, Piotr Łabuz, Aleksandra Mrugalska, Piotr Oleś
	Rok publikacji	2016
	Źródło	Kluska E., Łabuz P., Mrugalska A., Oleś P., Kwestionariusz przełomu połowy życia (KPPŻ) – konstrukcja i charakterystyka psychometryczna, Psychologia Społeczna, 2016, 11, 2, 37, 196-210.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Nie dotyczy
	Rok publikacji	Nie dotyczy
	Źródło	Nie dotyczy
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Narzędzie służy do pomiaru psychologicznego funkcjonowania kobiet i mężczyzn w wieku średnim.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Skala ma zastosowanie dla kobiet i mężczyzn w wieku średnim: 35 – 55 lat.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z trzech skal: – pozytywny bilans życia, – nasilenie kryzysu, – przewartościowania. Narzędzie zawiera łącznie 36 twierdzeń, po 12 w każdej skali. Badany każde twierdzenie ocenia według poniższej punktacji: 5 – zdecydowanie prawdziwe, 4 – prawdziwe, 3 – trudno ocenić, 2 – nieprawdziwe, 1 – zdecydowanie nieprawdziwe.
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz może być stosowany w badaniach naukowych (wraz z innymi skalami lub jako samodzielna metoda) oraz w diagnozie indywidualnej.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	35 – 55 lat
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	– w poradnictwie psychologicznym dla osób w wieku średnim – podczas coachingu – podczas interwencji kryzysowej – w obszarze psychologii pracy i organizacji – podczas innych form działań psychologicznych wspierających zmiany rozwojowe

	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wyniki oblicza się dla każdej skali osobno. Za każde twierdzenie można uzyskać od 1 do 5 punktów, zatem zakres punktów możliwych do uzyskania w każdej ze skal wynosi od 12 do 60. Im wyższy wynik uzyskany w danej skali, tym większe nasilenie danego aspektu przełomu.[1] Numery pytań przynależące do skal: Pozytywny bilans życia: 1, 2, 7*, 10, 12, 14, 17*, 18, 20*, 22*, 26, 28* Nasilenie kryzysu: 3, 5, 13,15, 21, 23, 27, 29*, 30, 31, 33, 34 Przewartościowania: 4, 6, 8,9,11, 16, 19, 24, 25, 32, 35, 36 * odwrócona punktacja. [1] Autorzy skali interpretację wyników dzielą na dwa aspekty: profilowy i funkcjonalny W pierwszym przypadku zakładają możliwość wnioskowania na podstawie konfiguracji wyników w trzech podskalach. Autorzy przytaczają kilka przykładów: – „Skala przewartościowania może mieć odmienną interpretację w zależności od układu pozostałych skal, zwłaszcza wyniku na skali pozytywny bilans życia. Wysokie wyniki w skali przewartościowania w przypadku pozytywnego bilansu życia (wysokie wyniki) mogą oznaczać pragnienie rozwoju, otwieranie się na nowy etap w życiu, chęć doświadczania i przeżywania nowych rzeczy. W takim przypadku osoba pozytywnie ocenia swoje przeszłe i obecne życie, a jednocześnie ma poczucie, że dojrzewa i chce dokonać pewnych istotnych zmian w swoich priorytetach i wartościach. [1] – „Wysokie wyniki w skali przewartościowania połączone z negatywnym bilansem życia (niskie wyniki w tej skali) będą oznaczały chęć zerwania z dotychczasowym stylem życia. To wyraz gotowości dokonania trudnych i odważnych zmian, wpływających na strukturę życia, zmian w wartościach i priorytetach na rzecz bardziej adaptacyjnego i dojrzałego funkcjonowania. Osoby o takiej konfiguracji wyników mogą potrzebować wsparcia w planowaniu nowego etapu życia i konstruktywnym przechodzeniu przełomu.” [1] Interpretując wyniki w aspekcie funkcjonalnym celem jest określenie nasilenia przemian związanych z przełomem połowy życia i opis możliwości adaptacyjnych jednostki. Według autorów: „Wysokie wyniki w skalach nasilenie kryzysu i przewartościowania przy niskich w skali pozytywny bilans życia wskazują na silne doświadczanie trudności związanych z wchodzeniem w wiek średni. Sugerują potrzebę dokonania oceny, czy osoba uzyskująca taki wynik ma możliwości poradzenia sobie z przeżywanym kryzysem, gdyż nieporadzenie sobie z nasileniem symptomów przełomu/kryzysem może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych i mieć wpływ na ważne sfery życia człowieka”. [1]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

KWESTIONARIUSZ KPPŻ WERSJA DLA MĘŻCZYZN I KOBIET [1]

Instrukcja: Poniżej znajduje się szereg twierdzeń wyrażających różne postawy wobec życia i jego problemów. Przeczytaj uważnie każde z nich i oceń, w jakim stopniu jest ono prawdziwe w stosunku do Ciebie. Dokonaj oceny każdego ze zdań, stosując poniższą skalę ocen. Staraj się unikać oceny „3”, gdyż daje ona mało informacji.

Skala ocen:

- 1 – zdecydowanie nieprawdziwe
- 2 – nieprawdziwe
- 3 – trudno ocenić
- 4 – prawdziwe
- 5 – zdecydowanie prawdziwe

1. Mam przekonanie, że zrealizuję w życiu wiele ze swoich pragnień (P11)	1	2	3	4	5
2. Moja sytuacja zawodowa pozwala mi cieszyć się życiem (P50)	1	2	3	4	5
3. Przygłębia mnie myśl, że więcej jest za mną niż przede mną (P26)	1	2	3	4	5
4. Myślę o dużej zmianie życiowej (P60)	1	2	3	4	5
5. Mój wiek przynosi już pewne ograniczenia i konieczność zmian w życiu (P28)	1	2	3	4	5
6. Częściej niż kiedyś rozmawiam ze znajomymi o zmianach w życiu (49)	1	2	3	4	5
7. Gdybym mógł/mogła cofnąć czas, zmieniłbym/abym niektóre decyzje podjęte w przeszłości (58)	1	2	3	4	5
8. Coraz częściej myślę o tym, ile warta jest moja praca (47)	1	2	3	4	5
9. Moja relacja z partnerem/małżonkiem przestała być satysfakcjonująca (P46)	1	2	3	4	5
10. Moja pozycja zawodowa odpowiada moim wcześniejszym planom (41)	1	2	3	4	5
11. Coraz częściej myślę o sensie życia (P30)	1	2	3	4	5
12. Oceniam pozytywnie swoje decyzje z okresu młodości i jestem zadowolony/-a z tego, jak teraz funkcjonuję (P34)	1	2	3	4	5
13. Obawiam się chorób i starości (P8)	1	2	3	4	5
14. Zrealizowałem/am wiele swoich pragnień młodzieńczych (42)	1	2	3	4	5
15. Martwi mnie to, że staję się coraz mniej atrakcyjny/a fizycznie (27)	1	2	3	4	5
16. Częściej niż kiedyś zastanawiam się nad kwestiami religijnymi/duchowymi (P20)	1	2	3	4	5
17. Żałuję, że w młodości nie zdecydowałem/am się pójść za własnymi marzeniami (P23)	1	2	3	4	5
18. Moje życie jest pełne wartości (P38)	1	2	3	4	5
19. Mam poczucie, że zmieniłem/am się bardzo w ciągu ostatnich lat (P59)	1	2	3	4	5
20. Nie odnalazłem/am życiowego celu (P17)	1	2	3	4	5
21. Mam zdecydowanie mniej energii niż dawniej (P7)	1	2	3	4	5
22. Czuję, że powinienem/nam coś zmienić w życiu, ale nie wiem jeszcze, co (P56)	1	2	3	4	5
23. To, że nie mogę zaspokoić wszystkich swoich potrzeb, staje się dla mnie coraz większym problemem (P16)	1	2	3	4	5
24. Jestem na etapie bilansowania osiągnięć i porażek życiowych (P18)	1	2	3	4	5
25. Moje decyzje z okresu młodzieńczego mają wpływ na poczucie sensu życia, jakie odczuwam (P57)	1	2	3	4	5
26. Wydaje mi się, że życie jest pozytywnie zaskakujące (P13)	1	2	3	4	5
27. Czuję się niezrozumiany/a i osamotniony/a (P21)	1	2	3	4	5
28. Mam poczucie, że to, czym zajmuję się obecnie, kłóci się z moimi wewnętrznymi wartościami (P43)	1	2	3	4	5
29. Akceptuję to, jaki/a jestem (P1)	1	2	3	4	5
30. Wiem, że nie zdążę zrealizować kilku ważnych dążeń życiowych (P33)	1	2	3	4	5
31. Staję się coraz bardziej nerwowo/a (P9)	1	2	3	4	5

32. Chcę być bardziej niezależny/a i samodzielnie decydować o sobie w sferze zawodowej (P22)	1	2	3	4	5
33. Czuję się zagrożony/a umiejętnościami młodszych pracowników (45)	1	2	3	4	5
34. Nie zrealizowałem/am wielu ze swych planów i dążeń i jest to dla mnie problem (P54)	1	2	3	4	5
35 Z biegiem czasu staję się coraz bardziej refleksyjny/a (P14)	1	2	3	4	5
36 Inaczej oceniam teraz to, co jest ważne w życiu, niż dawniej (P3)	1	2	3	4	5

Bibliografia	1. Kłuska E., Łabuz P., Mrugalska A., Oleś P., Kwestionariusz przełomu połowy życia (KPPŻ) – konstrukcja i charakterystyka psychometryczna, Psychologia Społeczna, 2016, 11, 2, 37, 196-210. 2. Skrzypińska K., Drzeżdżon T., Inteligencja duchowa i jej buforowa rola w przebiegu kryzysów egzystencjalnych na przykładzie kryzysu wieku średniego, 117-141. 3. Kozera – Mikuła P., Sens życia – analiza pojęcia w świetle nauk humanistycznych, Psychologia Rozwojowa 2020, 25, 2, 9-28.
--------------	--

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.3. Skala Doświadczeń Maltretowanych Kobiet	
Nazwa skali w języku angielskim	Women's Experience With Battering Scale	
Skrót	WEB	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Smith Paige Hall, Earp Jo Anne., De Vellis Robert
	Rok publikacji	1995
	Źródło	Smith PH., Earp J.A., De Vellis R., Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale, Womens Health, 1995, 1, 4, 273-288.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Karakuła-Juchnowicz Hanna, Łukasik Paulina
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Karakuła-Juchnowicz H., Łukasik P. Polska adaptacja i walidacja Skali Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (Women's Experience With Battering Scale - WEB Scale), Current Problems of Psychiatry, 2013, 14, 4, 201-205.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala służy do przesiewowej oceny występowania przemocy ze strony partnera, tj.: - przemoc psychiczna, - przemoc fizyczna, - poczucie zagrożenia przemocą, - poczucie utraty kontroli i władzy w związku, - poczucie upokorzenia, - poczucie izolacji, - poczucie bezsilności.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	W badaniu mogą brać udział kobiety będące w związkach.

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 10 twierdzeń. Kobieta badana zaznacza stopień w jakim się zgadza lub nie zgadza przy każdym z nich, według poniższej punktacji: 6 – zdecydowanie się zgadzam, 5 – raczej się zgadzam, 4 – nie do końca się zgadzam, 3 – nie do końca się nie zgadzam, 2 – raczej się nie zgadzam, 1 – zdecydowanie się nie zgadzam.
	Orientacyjny czas badania	około 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skalę wykorzystano podczas badania 200 pacjentek Podstawowej Opieki Zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego. Ponad 70% pacjentek wypełniło kwestionariusz w czasie krótszym lub równym 10 minutom, żadna nie potrzebowała więcej niż 20 minut.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Kobiety będące w związku.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala do stosowania zarówno w codziennej praktyce medycznej oraz w badaniach dotyczących przemocy wobec kobiet ze strony partnera.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Osoba badana może uzyskać od 10 do 60 punktów. Za wynik dodatni, czyli wskazujący na występowanie przemocy psychicznej i/lub fizycznej lub poczucia zagrożenia przemocą, uważa się wynik o wartości 20 lub więcej. [1]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Doświadczeń Maltretowanych Kobiet [1]

Poniżej znajduje się 10 stwierdzeń użytych przez inne kobiety do opisu swojego życia z partnerem. Przeczytaj każde stwierdzenie i zakresł odpowiedź, która najlepiej oddaje stopień, w jakim zgadzasz się lub nie zgadzasz się z każdym z nich. Odpowiedz na pytania w odniesieniu do swojego obecnego (lub ostatniego) partnera.

Pozycja	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie do końca się zgadzam	Nie do końca się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
1) Sprawia, że nie czuje się bezpiecznie nawet we własnym domu.	6	5	4	3	2	1
2) Wstydę się rzeczy, które mi robi.	6	5	4	3	2	1
3) Staram się nie narażać, bo boję się, co może zrobić.	6	5	4	3	2	1
4) Czuje się, jakbym była zaprogramowana, by reagować na niego w określony sposób.	6	5	4	3	2	1
5) Czuje się przez niego więziona.	6	5	4	3	2	1

6) Sprawia, że czuję, jakbym nie miała żadnej kontroli nad własnym życiem, żadnej władzy, żadnej ochrony.	6	5	4	3	2	1
7) Ukrywam prawdę przed innymi, bo boję się ją wyjawiać.	6	5	4	3	2	1
8) Czuję się, jakbym była jego własnością i pod jego kontrolą.	6	5	4	3	2	1
9) Umie mnie przerazić, nawet mnie nie dotykając.	6	5	4	3	2	1
10) Jego spojrzenie mnie przeszywa i przeraża.	6	5	4	3	2	1

Bibliografia	1. Karakuła-Juchnowicz H., Łukasik P. Polska adaptacja i walidacja Skali Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (Women's Experience With Battering Scale - WEB Scale), Current Problems of Psychiatry, 2013, 14, 4, 201-205. 2. Łukasik P., Karakuła-Juchnowicz H., Moryłowska-Topolska J., Who are those guys? Portret sprawcy przemocy domowej biorąc pod uwagę sytuację zawodową, ekonomiczną i zdrowotną, Current Problems of Psychiatry, 2014, 15, 4, 184-190. 3. Smith P.H., Earp J.A., De Vellis R., Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale, Womens Health, 1995, 1, 4, 273-288. 4. Smith P.H., Tessaro I., Earp J.A., Women's Experiences with Battering: A Conceptualization from Qualitative Research, Womens Health, 1995, 5, 4, 173-182. 5. Houry D., Rhodes K., Kemball R.S., Click L., Cerulli C., McNutt L.A., Kaslow N.J., Differences in Female and Male Victims and Perpetrators of Partner Violence With Respect to WEB Scores, Journal of Interpersonal Violence, 23, 8, 1041-1055. 6. Coker A.L., Pope, B.O., Smith, P.H., Hussey, J.R., Assessment of Clinical Partner Violence Screening Tools, Journal of the American Medical Women's Association, 2001, 56, 1, 19-23. 7. Bonomi A.E., Anderson M.L., Reid R., Carrell D., Fishman P.A., Rivara F.P., Thompson R.S., Intimate Partner Violence in Older Women, The Gerontologist, 2007, 47, 1, 34-41. 8. Mason S.M., Wright S.J., Hibert E.N., Spiegelman D., Forman J.P., Rich-Edwards J.W., Intimate partner violence and incidence of hypertension in women, Annals of Epidemiology, 2012, 22, 8, 562-567. 9. Smith P.H., Smith J.B., Earp J.A., Beyond the Measurement Trap: A Reconstructed Conceptualization and Measurement of Woman Battering, Psychology of Women Quarterly, 2016, 23, 1, 177-193.
--------------	--

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.4. Kwestionariusz Pomyślnego Starzenia się	
Nazwa skali w języku angielskim	Successful Aging Index	
Skrót	SAI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Knapik Andrzej
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Knapik A., Assessing the Quality of Aging - Presentation of Research Tool, Physiotherapy and Health Activity, 2014, 22, 1.

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Knapik Andrzej, Michałek Karolina, Marcisz Czesław, Rottermund Jerzy, Skrzypek Michał
	Rok publikacji	2016
	Źródło	Knapik A., Michałek K., Marcisz Cz., Rottermund J., Skrzypek M., Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się, Hygeia Public Health, 2016, 51, 4, 368 - 374.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Pomiar postaw wobec elementów składających się na konstrukt teoretyczny zwany pomyślnym starzeniem się.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wiek badanej osoby: 65 lat i więcej. Wystarczający poziom percepcyjny i mentalny do wypełnienia kwestionariusza ze zrozumieniem.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 12 pytań. Do każdego pytania przyporządkowanych jest po 5 odpowiedzi. Każda z odpowiedzi punktowana jest od 1 do 5. Średnia punktów pytań przypisanych danej domenie stanowi jej wynik, natomiast suma domen jest wskaźnikiem pomyślnego starzenia się. Skala pozytywnego starzenia się obejmuje domeny: - zdrowie/samopoczucie (m.in. stan zdrowia fizycznego, poziom zmęczenia, nastrój), - poczucie bezpieczeństwa (m.in. wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i znajomych, aktualny stan finansowy), - czynniki retrospektywne (m.in. zadowolenie z pracy, przeszły status finansowy, satysfakcja z życia, trudności napotkane w życiu).
	Orientacyjny czas badania	5 – 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz ten może być przydatny w badaniach o charakterze populacyjnym.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	65 lat i więcej
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Wystarczający poziom percepcyjny i mentalny do wypełnienia kwestionariusza ze zrozumieniem.
	Sytuacje	Nie dotyczy
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Średnia punktów pytań przypisanych danej domenie stanowi jej wynik, natomiast suma domen jest wskaźnikiem pomyślnego starzenia się.	
	Domeny i wchodzące w ich skład pytania: zdrowie/samopoczucie – pytania: 1, 2, 10, 11, 12 poczucie bezpieczeństwa – pytania: 7, 8, 9 czynniki retrospektywne – pytania: 3, 4, 5, 6.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Aneks. Skala Pogodnego Starzenia się

1. Twoje zdrowie – w porównaniu do osób w Twoim wieku oceniasz.	Źle	Raczej źle	Nie wiem	Raczej dobrze	Dobrze
2. Uważasz – że w porównaniu z osobami w Twoim wieku jesteś.	Dużo mniej sprawny	Mniej sprawny	Tak samo jak inni	Bardziej sprawny	Dużo bardziej sprawny
3. Jak ogólnie oceniasz swoje dotychczasowe życie?	Źle	Raczej źle	Nie wiem	Raczej dobrze	Dobrze
4. Uważasz, że Twoje dotychczasowe życie było.	Bardzo ciężkie	Ciężkie	przeciętne	Raczej dobre	Bardzo dobre
5. Czy jesteś zadowolony ze swojej pracy (kariery) zawodowej?	Nie	Raczej nie	Nie mam zdania	Raczej tak	Zdecydowanie tak
6. Status materialny (jak Ci się powodziło) – w przeszłości	Źle	Raczej źle	Nie wiem	Raczej dobrze	Dobrze
7. Czy teraz starcza Ci pieniędzy na Twoje potrzeby?	Nie	Często brakuje	Na skromne życie tak	Tak	Tak – aż nadto
8. Czy miałeś/masz przyjaciół lub znajomych na których możesz liczyć?	Nie	Raczej nie	Nie mam zdanie	Chyba tak	Na pewno tak
9. Rodzina – uważasz, że możesz na nią liczyć?	Nie	Raczej nie	Nie mam zdania	Chyba tak	Na pewno tak
10. W jakim nastroju jesteś zazwyczaj?	Często złym	Raczej nienajlepszym	Nie wiem	Raczej dobrym	Dobrym
11. Jak często czujesz się zmęczony, tak że nie masz siły już na nic?	Ciągle	Często	Tak samo jak osoby w moim wieku	Rzadko	Bardzo rzadko
12. Jak często wychodzisz z domu?	Prawie wcale	Mało	Jak jest taka potrzeba	Codziennie	Kilka razy dziennie

Bibliografia	1. Knapik A., Michałek K., Marcisz Cz., Rottermund J., Skrzypek M., Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się, Hygeia Public Health, 2016, 51, 4, 368 - 374. 2. Knapik A., Assessing the Quality of Aging - Presentation of Research Tool, Physiotherapy and Health Activity, 2014, 22, 1. 3. Zadworna M., Developmental tasks' attainment in late adulthood – the construction of a new psychometric tool, Gerontologia Polska, 2017, 25, 156-162.
--------------	--

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.5. Skala Powodów do Życia	
Nazwa skali w języku angielskim	Reasons for Living Scale	
Skrót	RFL-48	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Linehan Marsha, Goodstein Judith, Nielsen Stevan, Charles John
	Rok publikacji	1983

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

	Źródło	Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A., Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983, 51, 2, 276-286.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Siewierska Joanna, Chodkiewicz Jan
	Rok publikacji	2022
	Źródło	Siewierska J., Chodkiewicz J., Polska adaptacja Skali Powodów do Życia (RFL-48) M.M. Linehan i współpracowników, Psychiatria Polska, 56, 3, 603-621
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala ocenia szereg przekonań i oczekiwań adaptacyjnych dotyczących sytuacji rozważania samobójstwa.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie dotyczy.
	Struktura skali	Skala składa się z 48 twierdzeń. Do każdego z nich przyporządkowanych jest sześć odpowiedzi: 1 - w ogóle nieważne, 2 – całkiem nieważne, 3 – do pewnego stopnia nieważne, 4 –do pewnego stopnia ważne, 5 – całkiem ważne, 6 - bardzo ważne. [1] W kwestionariuszu wyróżniono czynniki oparte na przekonaniach poznawczych, które mogą być pomocne w przezwyciężaniu życiowych kryzysów: 1. Przekonanie o umiejętności radzenia sobie (Survival and Coping Beliefs – SCB) – jest związane z przeświadczeniem o umiejętności sprostania życiowym wyzwaniom. 2. Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny (Responsibility to Family – RF) - nawiązuje do przekonania o swoim oddaniu rodzinie i o jej znaczeniu. 3. Lęk przed samobójstwem (Fear of Suicide – FS), - jest to lęk przed śmiercią i aktem samobójczym. 4. Wątpliwości moralne (Moral Objections – MO), - są związane z dysonansem poznawczym między myślami samobójczymi i pragnieniem samobójstwa a przekonaniami religijnymi i moralnymi. 5. Lęk przed dezaprobatą społeczną (Fear of Social Disapproval – FSD) - odzwierciedla obawę przed negatywną oceną i krytyką aktu samobójczego przez otoczenie. 6. Obawy związane z dziećmi (Child-Related Concerns – CRC) - odnoszą się do przekonań o wpływie własnej śmierci samobójczej na przyszłość potomstwa. [1]
	Orientacyjny czas badania	20 – 30 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania potwierdziły użyteczność metody w analizie czynników chroniących przed popełnieniem samobójstwa w różnych grupach, na przykład wśród studentów, kierowców biorących udział w wypadkach drogowych, matek o niskich dochodach, osób starszych, osób uzależnionych od narkotyków, osób LGBT, dorosłych leczonych psychiatrycznie.

		Narzędzie znajduje swoje zastosowanie w badaniach naukowych oraz w diagnostyce klinicznej, przy opracowywaniu programów terapeutycznych i w profilaktyce samobójstw.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie dotyczy.
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Nie dotyczy.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Obliczane są średnie wartości dla każdej skali:	
	Przekonanie o umiejętności radzenia sobie (Survival and Coping Beliefs – SCB) – 24 pozycje. Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny (Responsibility to Family – RF) – 7 pozycji. Lęk przed samobójstwem (Fear of Suicide – FS) – 7 pozycji. Wątpliwości moralne (Moral Objections – MO) – 4 pozycje. Lęk przed dezaprobatą społeczną (Fear of Social Disapproval – FSD) – 3 pozycje. Obawy związane z dziećmi (Child-Related Concerns – CRC) – 3 pozycje. Ponadto obliczany jest wynik sumaryczny – „ogólne powody do życia”. Wyższy wynik oznacza silniejsze znaczenie powodów do życia.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Powodów do Życia [1]

Instrukcja: Wielu ludzi co najmniej raz myślało o samobójstwie. Inni nigdy nie brali tego pod uwagę. Bez względu na to, czy przeszło Ci to kiedyś przez myśl, czy nie, jesteśmy zainteresowani powodami, które zadecydowałyby o niepopelnieniu przez Ciebie samobójstwa, w przypadku gdyby taka myśl przeszła Ci przez głowę lub gdyby ktoś ją zasugerował. Na kolejnych stronach znajdziesz podawane czasami przez ludzi powody niepopelnienia samobójstwa. Chciałabym wiedzieć, jak bardzo każdy z wymienionych powodów byłby ważny dla Ciebie w tym momencie życia, aby nie podejmować decyzji o samobójstwie. Proszę o ich ocenę w miejscu po lewej stronie każdego pytania. Każda z przyczyn może być oceniona od 1 („w ogóle nieważne”) do 6 („bardzo ważne”). Jeśli wymieniona przyczyna nie odnosi się do Ciebie lub jeśli uważasz, że stwierdzenie nie jest prawdziwe, wtedy uważasz je za nieważne i powinieneś zaznaczyć 1. Proszę o wykorzystanie pełnej skali ocen tak, aby nie zaznaczać tylko ocen środkowych (2, 3, 4, 5) lub tylko ocen skrajnych (1, 6).

W każdej linijce wstaw liczbę po lewej stronie stwierdzenia, odpowiadającą temu, jak ważny każdy z powodów niepopelnienia samobójstwa byłby dla Ciebie.

1 – W ogóle nieważne (jako powód do niepopelnienia samobójstwa lub ten punkt mnie nie dotyczy, w ogóle się z nim nie zgadzam)

2 – Całkiem nieważne

3 – Do pewnego stopnia nieważne

4 – Do pewnego stopnia ważne

5 – Całkiem ważne

6 – Bardzo ważne (jako powód do niepopelnienia samobójstwa, z którym bardzo się zgadzam i jest to dla mnie bardzo istotne)

Nawet jeśli jesteś głęboko przekonany, że nigdy poważnie nie rozważałbyś popełnienia samobójstwa, ważne jest, abyś ocenił każdy z powodów. W takim przypadku oprzyj się na stwierdzeniu, dlaczego popelnienie samobójstwa nie jest albo nigdy nie byłoby dla Ciebie alternatywą.

W każdym miejscu wstaw liczbę odpowiadającą temu, jak ważne dane stwierdzenie jest dla Ciebie w kontekście niepopelnienia samobójstwa.

1. W ogóle nieważne

4. Do pewnego stopnia ważne

2. Całkiem nieważne

5. Całkiem ważne

3. Do pewnego stopnia nieważne

6. Bardzo ważne

1. Mam zobowiązania wobec mojej rodziny.

2. Jestem przekonany, że mogę nauczyć się dostosowywać i radzić sobie z moimi problemami.

3. Wierzę, że mam kontrolę nad moim życiem i przeznaczeniem.

4. Mam chęć do życia.

5. Wierzę, że tylko Bóg ma prawo zakończyć życie.

6. Boję się śmierci.

7. Moja rodzina może pomyśleć, że ich nie kochałem.

8. Nie wierzę, że sprawy wyglądają tak żałośnie lub beznadziejnie, że wolałbym nie żyć.

9. Moja rodzina polega na mnie i potrzebuje mnie.

10. Nie chcę umrzeć.

11. Chcę zobaczyć, jak dorastają moje dzieci.

12. Życie jest wszystkim, co mamy i jest czymś lepszym niż nic.

13. Mam plany na przyszłość, które zamierzam zrealizować.

14. Nieważne jak źle się czuję, wiem, że to nie będzie trwało wiecznie.

15. Boję się nieznanego.

16. Kocham moją rodzinę tak bardzo, że nie mógłbym jej zostawić.

17. Chcę doświadczyć wszystkiego, co życie ma do zaoferowania; jest wiele rzeczy, których jeszcze nie spróbowałem, a których chciałbym spróbować.

18. Obawiam się, że moja metoda popelnienia samobójstwa by zawiodła.

19. Wystarczająco troszczę się o siebie, żeby żyć.

20. Życie jest zbyt piękne i cenne, żeby je zakończyć.

21. Nie byłoby w porządku zostawić dzieci innym do opieki.

22. Wierzę, że mogę znaleźć inne rozwiązania moich problemów.

23. Boję się pójścia do piekła.
24. Kocham życie.
25. Jestem zbyt stabilny, żeby się zabić.
26. Jestem tchórzem i nie mam odwagi, żeby to zrobić.
27. Moje przekonania religijne mi tego zabraniają.
28. Miałoby to szkodliwy wpływ na moje dzieci.
29. Jestem ciekawy, co stanie się w przyszłości.
30. Za bardzo zraniłoby to moją rodzinę i nie chciałbym, żeby cierpieć.
31. Obchodzi mnie, co inni by o mnie pomyśleli.
32. Wierzę, że we wszystkim istnieje sposób znalezienia najlepszego rozwiązania.
33. Nie mógłbym zdecydować gdzie, kiedy i jak to zrobić.
34. Uważam to za moralnie niewłaściwe.
35. Wciąż zostało wiele rzeczy do zrobienia.
36. Mam odwagę, żeby stawić czoła życiu.
37. Jestem szczęśliwy i zadowolony z życia.
38. Obawiam się samego „aktu” popełnienia samobójstwa (ból, krew, przemoc).
39. Jestem przekonany, że popełnienie samobójstwa niczego by nie rozwiązało.
40. Mam nadzieję, że sprawy poprawią się i przyszłość będzie szczęśliwsza.
41. Inni ludzie pomyśleliby, że jestem słaby i samolubny.
42. Mam wewnętrzną determinację, żeby przeżyć.
43. Nie chciałbym, żeby ludzie pomyśleli, że nie miałem kontroli nad własnym życiem.
44. Wierzę, że mogę znaleźć cel w życiu, powód, żeby żyć.
45. Nie widzę powodu, aby przyspieszać śmierć.
46. Jestem tak nieudolny, że mój sposób popełnienia samobójstwa mógłby nie działać.
47. Nie chciałbym, żeby moja rodzina po wszystkim czuła się winna.
48. Nie chciałbym, żeby moja rodzina myślała, że byłem egoistą i tchórzem.

Bibliografia	1. Siewierska J., Chodkiewicz J., Polska adaptacja Skali Powodów do Życia (RFL-48) M.M. Linehan i współpracowników, Psychiatria Polska, 56, 3, 603-621. 2. Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A., Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983, 51, 2, 276-286. 3. Pirani S., Kulhanek C., Wainwright K., Osman A., The Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA-II), Assessment, 2021, 28, 3, 942-954. 4. Osman A., Downs W.R., Kopper B.A., Barrios F.X., Baker M.T., Osman J.R., Besett T.M., Linehan M.M., The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): development and psychometric properties, Journal of Clinical Psychology, 1998, 54, 8, 1063-1078. 5. Salvé-Rainha Madeira A.R., Janeiro L.B., Guerreiro Carmo C.I., Brás M.S.V., Reasons for Living Inventory for Young Adults: Psychometric Properties Among Portuguese Sample, Omega (Westport), 2022, 85, 4, 887-903. 6. Development and psychometric evaluation of the reasons for living-older adults scale: a suicide risk assessment inventory, Gerontologist, 2009, 49, 6, 736-745.
--------------	---

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Grupa skal		OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.6. Ateńska Skala Bezsenności		
Nazwa skali w języku angielskim	Athens Insomnia Scale (AIS)		
Skrót	AIS		
Wersja skali	Właściwa		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Soldatos Constantin, Dikeos Dimitris, Paparrigopoulos Thomas	
	Rok publikacji	2000	
	Źródło	Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J., Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria, The Journal of Psychosomatic Research, 2000, 48, 6, 555-560. Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J., The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale.. The Journal of Psychosomatic Research, 2003, 55, 3, 263-267.	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Fornal – Pawłowska Małgorzata	
	Rok publikacji	2011	
	Źródło	Fornal-Pawłowska M., Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności, Psychiatria Polska, 2011, XLV, 2, 211-221.	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala pozwala na ilościowy pomiar objawów bezsenności na podstawie kryteriów ICD-10.	
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak	
	Struktura skali	Skala składa się z 8	
	Orientacyjny czas badania	5 minut	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ateńska Skala Bezsenności jest najczęściej stosowaną skalą, zarówno w celach diagnostycznych, jak i w badaniach nad skutecznością leczenia bezsenności.	
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie dotyczy	
	Miejsce badanych	Nie dotyczy	
	Stan badanych	Nie dotyczy	
	Sytuacje	Nie dotyczy	
	Inne	Nie dotyczy	
Osoby, które mogą stosować skalę	Każda zainteresowana osoba		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik w skali wynoszący 6 i więcej punktów uznano za wartość pozwalającą z wysokim prawdopodobieństwem wnioskować o występowaniu bezsenności. [1]		
Formularz skali/ kwestionariusz			

Ateńska skala bezsenności [1]

Proszę zakreślić numer przy haśle odpowiadającym wymienionym poniżej objawom, jeśli objawy te występowały co najmniej trzy razy w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca.

Zasypianie po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła.	0. Szybkie	1. Nieznacznie opóźnione	2. Opóźnione	3. Bardzo opóźnione lub bezsenność przez całą noc
Budzenie się podczas nocy.	0. Nie występuje	1. Sporadycznie	2. Często	3. Bardzo często lub bezsenność przez całą noc
Budzenie się rano wcześniej niż planowano.	0. O zamierzonej godzinie	1. Nieznacznie wcześniej	2. Znacznie wcześniej	3. Dużo wcześniej lub bezsenność przez całą noc
Całkowity czas snu.	0. Wystarczający	1. Nieznacznie niewystarczający	2. Wyraźnie niewystarczający	3. Całkowicie niewystarczający lub bezsenność przez całą noc
Jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania.	0. Satysfakcjonująca	1. Nieznacznie niesatysfakcjonująca	2. Wyraźnie niesatysfakcjonująca	3. Całkowicie niesatysfakcjonująca
Samopoczucie następnego dnia.	0. Dobre	1. Nieznacznie gorsze	2. Wyraźnie gorsze	3. Wybitnie gorsze
Sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia.	0. Niezaburzona	1. Nieznacznie zaburzona	2. Wyraźnie zaburzona	3. Wybitnie zaburzona
Senność w ciągu dnia.	0. Nie zdarza się	1. Nieznaczna	2. Wyraźna	3. Bardzo nasilona

Bibliografia	1. Fornal-Pawłowska M., Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności, <i>Psychiatria Polska</i>, 2011, XLV, 2, 211-221. 2. Dudek A., Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek, <i>Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu</i>, 2021, 6, 3, 38-58. 3. Pasierb N., Filipczyk K., Kunert Ł., Piegza M., Pudło R., Bezsenność u pracowników zmianowych huty cynku, <i>Medycyna Pracy</i>, 2019, 70, 5, 611-616. 4. Nowak G., Żelazko A., Nowak D., Waliczek M., Pawlas K., Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego, <i>Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne</i>, 2015, 5, 3, 231-238. 5. Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J., Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria, <i>The Journal of Psychosomatic Research</i>, 2000, 48, 6, 555-560. 6. Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J., The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale.. <i>The Journal of Psychosomatic Research</i>, 2003, 55, 3, 263-267. 7. Nowak G., Żelazko A., Nowak D., Waliczek M., Pawlas K., Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego, <i>Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne</i>, 2015, 5, 3, 231-238.
---------------------	---

	8. Andrzejewska K., Snarska K., Chorąży M., Broła W., Szwedziński P., Nadolny K., Ładny J., Kulikowski G., Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarstwiego, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 24, 2, 2018, 126-132.
--	--

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.7. Oczekiwanym Efektów Używania Alkoholu	
Nazwa skali w języku angielskim	Comprehensive Effects of Alcohol Questionnaire	
Skrót	w języku polskim – KOEUA w języku angielskim - CEAQ	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Fromme Kim, Stroot Elizabeth, Kaplan David
	Rok publikacji	1993
	Źródło	Fromme K., Stroot E., Kaplan, D. Comprehensive effects of alcohol: Development and Psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. Psychological Assessment, 1993, 5, 19-26.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Ryszard Poprawa
	Rok publikacji	2018
	Źródło	Poprawa R., Kwestionariusz Oczekiwanym Efektów Używania Alkoholu. Zmodyfikowana polska adaptacja. Polish Journal of Applied Psychology, 2018, 16, 1, 7-26.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz mierzy to, czego osoba badana mogłaby oczekiwać, że się wydarzy, gdyby była pod wpływem alkoholu. Efekty te będą różniły się w zależności od tego, jaką ilość alkoholu zazwyczaj osoba badana wypija.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie dotyczy.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 45 twierdzeń, do których osoba badana odnosi się na 4-punktowej skali: 1 – nie zgadzam się, 2 – raczej się nie zgadzam, 3 – raczej się zgadzam, 4 – zgadzam się. [2]
	Orientacyjny czas badania	około 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Opublikowane przez autorów wyniki badań nad rzetelnością i trafnością skali potwierdzają wartościowość tego narzędzia.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie dotyczy.
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Nie dotyczy.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Nie dotyczy.

Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik stanowi średnią sumę ocen w danej podskali: I - wzrost poczucia mocy, odwagi i pewności siebie (12 pozycji), II - wzrost ryzykownych zachowań (9 pozycji), III - osłabienie poznawcze i behawioralne (8 pozycji), IV - pogorszenie samopoczucia, „kac moralny” (5 pozycji), V - redukcja napięcia (3 pozycje), VI - wzrost otwartości, towarzyskości i swobody interpersonalnej (9 pozycji).	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Kwestionariusz oczekiwanych efektów używania alkoholu [2]

Kwestionariusz mierzy to, czego mógłbyś oczekiwać, że się wydarzy, gdybyś był pod wpływem alkoholu. Wskaż jedną odpowiedź na skali od 1 - nie zgadzam się do 4 - zgadzam się, zależnie od tego, czego mógłbyś oczekiwać lub też nie, że się wydarzy, gdybyś był pod wpływem alkoholu. Efekty te będą różniły się w zależności od tego, jaką ilość alkoholu zazwyczaj wypijasz.

To nie jest ocena twojej osobowości. Chcemy wiedzieć czego oczekiwałbyś po sobie, gdybyś był po spożyciu alkoholu, a nie gdybyś był trzeźwy. Na przykład: Jeśli jesteś zazwyczaj uczuciowy, to nie powinieneś zaznaczać odpowiedzi, która mówi, że po wypiciu „byłbym uczuciowy”, chyba że oczekujesz, że gdy wypijesz alkohol staniesz się jeszcze BARDZIEJ UCZUCIOWY.

Gdybym był pod wpływem alkoholu to:	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Podskala
1. Stałbym się otwarty	1	2	3	4	VI
2. Moje zmysły byłyby przytępione	1	2	3	4	III
3. Byłbym rozbawiony	1	2	3	4	VI
4. Moje problemy wydawałyby się gorsze	1	2	3	4	IV
5. Łatwiej byłoby mi wyrażać uczucia	1	2	3	4	I
6. Moje umiejętności pisania mogłyby być osłabione	1	2	3	4	III
7. Czułbym się seksowny	1	2	3	4	I
8. Miałbym trudności z myśleniem	1	2	3	4	III
9. Zaniedbywałbym swoje obowiązki	1	2	3	4	III
10. Byłbym dominujący	1	2	3	4	I
11. Poczułbym zawrót głowy	1	2	3	4	III
12. Poczułbym się oszołomiony	1	2	3	4	III
13. Stałbym się przyjacielski	1	2	3	4	VI
14. Byłbym niezdarny	1	2	3	4	III
15. Byłoby mi łatwiej wyrazić swoje fantazje	1	2	3	4	I

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

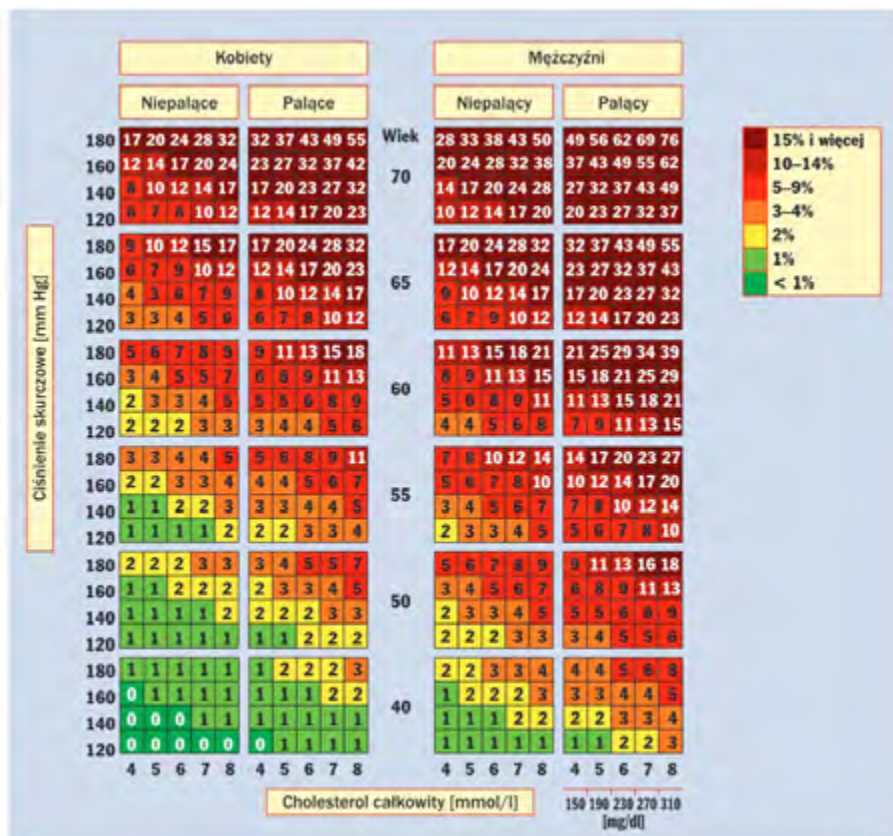
16. Poczułbym się spokojny	1	2	3	4	V
17. Byłbym dzielny i śmiały	1	2	3	4	I
18. Nie czułbym strachu	1	2	3	4	I
19. Czułbym się twórczy (kreatywny)	1	2	3	4	I
20. Byłbym odważny	1	2	3	4	I
21. Następnego dnia byłbym drżący i roztrzęsiony	1	2	3	4	IV
22. Czułbym się pełen energii	1	2	3	4	I
23. Zachowywałbym się agresywnie	1	2	3	4	II
24. Moje reakcje byłyby spowolnione	1	2	3	4	III
25. Rozluźniłbym się	1	2	3	4	V
26. Czułbym się winny	1	2	3	4	IV
27. Uspokoiłbym się	1	2	3	4	V
28. Wpadłbym w ponury nastrój	1	2	3	4	IV
29. Byłoby mi łatwiej rozmawiać z ludźmi	1	2	3	4	VI
30. Stałbym się bardziej krytyczny wobec samego siebie	1	2	3	4	IV
31. Byłbym rozmowny	1	2	3	4	VI
32. Działałbym niebezpiecznie	1	2	3	4	II
33. Podejmowałbym ryzyko	1	2	3	4	II
34. Poczułbym się mocny	1	2	3	4	I
35. Byłbym towarzyski	1	2	3	4	VI
36. Bawiłbym się lepiej	1	2	3	4	VI
37. Mógłbym ulec wypadkowi	1	2	3	4	II
38. Mógłbym mieć problemy z prawem	1	2	3	4	II
39. Mógłbym popaść w konflikty z innymi	1	2	3	4	II
40. Byłbym bardziej pewny siebie	1	2	3	4	VI
41. Zachowywałbym się bardziej ryzykownie	1	2	3	4	II
42. Mógłbym się ośmieszyć	1	2	3	4	II
43. Poczułbym się lepiej niż zazwyczaj	1	2	3	4	I/VI
44. Mógłbym stracić kontrolę nad tym, co robię	1	2	3	4	II
45. Byłbym zmobilizowany do działania	1	2	3	4	I

Bibliografia	1. Fromme K., Stroot E., Kaplan, D. Comprehensive effects of alcohol: Development and Psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. Psychological Assessment, 1993, 5, 19-26. 2. Poprawa R., Kwestionariusz Oczekiwanych Efektów Używania Alkoholu. Zmodyfikowana polska adaptacja. Polish Journal of Applied Psychology, 2018, 16, 1, 7-26.
--------------	--

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.8. Tablice SCORE skalibrowane dla polskiej populacji	
Nazwa skali w języku angielskim	Nie dotyczy	
Skrót	Pol-SCORE 2015	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Zdrojewski Tomasz, Jankowski Piotr, Bandosz Piotr, Bartuś Stanisław, Chwojncki Kamil, Drygas Wojciech, Gaciong Zbigniew, Hoffman Piotr, Kalarus Zbigniew, Kaźmierczak Jarosław, Kopeć Grzegorz, Mamcarz Artur, Opolski Grzegorz, Pająk Andrzej, Piotrowicz Ryszard, Podolec Piotr, Rutkowski Marcin, Rynkiewicz Andrzej, Siwińska Aldona, Stępińska Janina, Windak Adam, Wojtyniak Bogdan
	Rok publikacji	2015
	Źródło	Zdrojewski T., Jankowski P., Bandosz P., Bartuś S., Chwojncki K., Drygas W., Gaciong Z., Hoffman P., Kalarus Z., Kaźmierczak J., Kopeć G., Mamcarz A., Opolski G., Pająk A., Piotrowicz R., Podolec P., Rutkowski M., Rynkiewicz A., Siwińska A., Stępińska J., Windak A., Wojtyniak B., Nowa wersja systemu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego i tablic SCORE dla populacji Polski, Kardiologia Polska, 2015, 73, 10, 958-961.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Osoby dorosłe
	Rok publikacji	Nie dotyczy
	Źródło	Nie dotyczy
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skalą	Ryzyko sercowo-naczyniowe u osób w wieku 40-70 lat.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wiek 40-70 lat
	Struktura skali	Tablice uwzględniają dane epidemiologiczne na temat rozpowszechnienia palenia tytoniu, a także średniego wieku, ciśnienia skurczowego i wartości cholesterolu całkowitego w 5-letnich grupach wiekowych. Eksperti Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego opracowali także kalkulator ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego, który dostępny jest na stronie internetowej www.ptkardio.pl
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Zgodnie z aktualnymi wytycznymi towarzystw naukowych ogólne ryzyko sercowo-naczyniowe należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o intensywności terapii, w tym o wdrożeniu leczenia farmakologicznego hipercholesterolemii i nadciśnienia tętniczego.

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	40 – 70 lat
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Skala przeznaczona do stosowania w prewencji pierwotnej, u chorych bez incydentów sercowo-naczyniowych w wywiadzie. Tablic SCORE nie należy też używać w celu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u osób z cukrzycą typu 2 lub przewlekłą chorobą nerek (GFR < 60 min/1,73 m2).
	Sytuacje	Skale powinno się używać podczas edukacji pacjentów dla oceny ich aktualnego ryzyka sercowo-naczyniowego, potencjalnych możliwości zmniejszenia ryzyka występowania zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz poprawy kontroli czynników ryzyka.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala określa, jakie jest 10-letnie ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Ryzyko według skali wynoszące $\geq 5\%$ uznawane jest za duże. Ryzyko całkowite zależy również od obecności czynników ryzyka, które nie są uwzględnione przez system SCORE. Dlatego podczas oceny należy zwrócić uwagę na występowanie innych czynników zwiększających ryzyko tj. - otyłość centralna, - siedzący tryb życia, - choroby i stany związane ze zwiększeniem ryzyka, w tym: niskie stężenie cholesterolu frakcji HDL, podwyższone stężenie triglicerydów, wybrane choroby autoimmunizacyjne (łuszczyca, reumatoidalne zapalenie stawów), cukrzyca typu 1 bez powikłań narządowych, obturacyjny bezdech senny, zaburzenia wzrodu u mężczyzn, stany zapalne przyzębia, występowania przedwczesnej choroby sercowo-naczyniowej w wywiadzie rodzinnym, - czynniki psychospołeczne, w tym: niska pozycja społeczno-ekonomiczna, stres w pracy i w życiu rodzinnym, izolacja i małe wsparcie społeczne, występowanie takich stanów i cech, jak: lęk, wrogość, gniew, typ zachowania D, depresja (przewlekłe obniżenie nastroju). [1]	
Formularz skali/ kwestionariusz		



Bibliografia	1. Zdrojewski T., Jankowski P., Bandosz P., Bartuś S., Chwojnicki K., Drygas W., Gaciong Z., Hoffman P., Kalarus Z., Kaźmierczak J., Kopec G., Mamcarz A., Opolski G., Pająk A., Piotrowicz R., Podolec P., Rutkowski M., Rynkiewicz A., Siwińska A., Stępińska J., Windak A., Wojtyniak B., Nowa wersja systemu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego i tablic SCORE dla populacji Polski, <i>Kardiologia Polska</i>, 2015, 73, 10, 958-961. 2. Ryś A., Semczuk K., Krzowski B., Płatek A.E., Szymański F.M., Wpływ nieklasycznych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego na wybór terapii hipolipemizującej i hipotensyjnej, <i>Folia Cardiologica</i>, 2017, 12, 5-8. 3. Rzepka-Cholasinska A., Kasprzak M., Michalski P., Pietrzykowski Ł., Grzelakowska K., Kubica A., Cardiovascular risk assessment based on SCORE and SCORE2, <i>Medical Research Journal</i>, 2022, 7, 2, 164-169. 4. Wysocka K., Których pacjentów należy zaliczyć do grupy ryzyka ekstremalnego, <i>Kurier Medyczny</i>, 2021, 1, 10-11. 5. Dybowski F., Lelonek M., Nowoczesne leczenie pacjenta z nadciśnieniem tętniczym i bardzo wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych, <i>Folia Cardiologica</i>, 2019, 14, 1, 112-119. 6. Barylski M., Pośrednie dawki statyn w codziennej praktyce klinicznej — rewolucja nadal trwa, <i>Choroby Serca i Naczyń</i>, 2015, 12, 6, 333-340. 7. Grabowski M., Zastosowanie metod nieinwazyjnych w stratyfikacji ryzyka po zawale serca, <i>Choroby Serca i Naczyń</i>, 2017, 14, 4. 8. Szeligowska J., Welnicki M., Mamcarz A., Najczęstsze błędy w leczeniu dyslipidemii – jak ich uniknąć?, <i>Kardiologia po dyplomie</i>, 2016, 65-73.
--------------	--

I.2. Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

Godlewska Renata Anna

*Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej*

I.2.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- I.2.A.1. CECS – Skala Kontroli Emocji
- I.2.A.2. CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych
- I.2.A.3. DS14 – Skala Pomiaru Typu D
- I.2.A.4. Mini-MAC – Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej
- I.2.A.5. STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku
- I.2.A.6. SEG – Skala Ekspresji Gniewu
- I.2.A.7. LOT-R – Test Orientacji Życiowej
- I.2.A.8. KPS – Kwestionariusz Poczucia Stresu
- I.1.A.9. KompOs – Skala Kompetencji Osobistej

I.2.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- I.2.B.1. The Perceived Ability to Cope With Trauma Scale (PACT)
- I.2.B.2. The Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)
- I.2.B.3. Clinical Anger Scale (CAS)

I.2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- I.2.C.1. Skala Depresji Lęku i Stresu (DASS-21)
- I.2.C.2. Kwestionariusz Lęku Uogólnionego (GAD-7)

I.2.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKAŁE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.1. CECS – Skala Kontroli Emocji	
Nazwa skali w języku angielskim	CECS – Courtauland Emotional Control Scale	
Skrót	CECS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Watson Maggie, Greer Steven
	Rok publikacji	1983
	Źródło	Juczyński Z, Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Juczyński Zygfryd
	Rok publikacji	-
	Źródło	Juczyński Z, Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala Kontroli Emocji CECS - służy do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skala Kontroli Emocji CESC - obejmuje 21 stwierdzeń dotyczących ujawniania trzech podstawowych emocji - gniewu, depresji oraz lęku [1].
	Orientacyjny czas badania	Około 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala Kontroli Emocji CECS służy do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych i jest przeznaczona do badania dorosłych osób zdrowych oraz chorych [1]. Opisywane narzędzie stosowano między innymi w ocenie kontroli lęku u osób transseksualnych w trakcie terapii [2]. Jak również w ocenie kontroli emocjonalnej wśród pacjentów chorych onkologicznie [3, 4,5], u pacjentek leczonych operacyjnie ze wskazań ginekologicznych [6,7], u osób ze stomią jelitową [8] czy zaburzeń emocji u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą [9]. Skala CECS została wykorzystana również w ocenie kontroli emocji u pielęgniarek podczas pandemii SARS-CoV-2 [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Osoby chore oraz zdrowe
	Sytuacje	-
	Inne	-

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy, socjolodzy, pedagodzy, psychoterapeuci, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia.
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
Formularz skali/ kwestionariusz	
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. https://www.practest.com.pl/cecs-skala-kontroli-emocji	

Bibliografia	- Juczyński Z, Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 - Warmuz-Stangierska I, Stangierski A, Ziemnicka K, Gołąb M, Zdanowska J, Lodyga M, Komarowska H, Głowacka MD, Ruchała M. Emotional functions in transsexuals after the first step in physical transformation. Endokrynologia Polska 2015; 66(1): 47-52. - Li L, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, Zhang J, Zhu X. Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. BMC Women's Health [serial online]. 2015; 15:91. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4620014/ Dostęp: 20.08.2022. - Skiba M, Duda S, Nowak D, Kulik A, Waliczek M, Bałasz M, Nowak P. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Hygeia Public Health 2018; 53(4): 363-370. - Cieślak K, Golusiński W. Coping with loss of ability vs. emotional control and self-esteem in women after mastectomy. Reports of Practical Oncology and Radiotherapy [serial online]. 2018; 23: 168-174. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5948419/ Dostęp: 20.08.2022. - Lewicka M, Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Sulima M, Wiktor H. Ocena poziomu kontroli emocji u kobiet leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych. Psychiatr. Psychol. Klin. 2012; 12(2): 102-114. - Lewicka M, Makara-Studzińska M, Sulima M, Wiktor H. Intensification of anxiety and depression, and personal resources among women during the peri-operative period. Annals of Agricultural and Environmental Medicine [serial online]. 2014; 21(1): 91-97. Dostępny w Internecie: https://www.aem.pl/Intensification-of-anxiety-and-depression-and-personal-resources-among-women-during,72065,0,2.html Dostęp: 20.08.2022. - Dziki Ł, Szymczak D, Glińska J, Dziki A. Poziom satysfakcji życiowej u osób ze stomią jelitową a kontrola emocji. Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 8-13. - Wilczak M, Samulak D, Mojs E, Michalska MM, Ziarko M. Zaburzenia snu oraz emocji u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą. Przegląd Menopauzalny 2011; 2: 147-152. - Malinowska-Lipień I, Suder M, Wadas T, Gabrys T, Kózka M, Gniadek A, Brzostek T. The Correlation between Nurses' COVID-19 Infections and Their Emotional State and Work Conditions during the SARS-CoV-2 Pandemic. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021; 18, 12715. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8657256/ Dostęp: 20.08.2022.
--------------	---

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.2. CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych	
Nazwa skali w języku angielskim	CISS – Coping Inventory for Stressful Situations	
Skrót	CISS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Endler N.S., Parker J.D.A.
	Rok publikacji	1990
	Źródło	Jabłońska A. Trafność teoretyczna Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS ze szczególnym uwzględnieniem trafności teoretycznej skali stylu skoncentrowanego na unikaniu. Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach 2015; 1: 31-51. [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Szczepaniak Piotr, Strelau Jan, Wrześniewski Kazimierz
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Jabłońska A. Trafność teoretyczna Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS ze szczególnym uwzględnieniem trafności teoretycznej skali stylu skoncentrowanego na unikaniu. Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach 2015; 1: 31-51. [1]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS – służy do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS – składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na pięciostopniowej skali częstotliwość z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki prezentowane są na trzech skalach: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, który może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze oraz PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich [2]
	Orientacyjny czas badania	Około 10-15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych służy do diagnozy stylów radzenia sobie ze stresem [1]. Znajduje zastosowanie do celów badawczych oraz praktycznych, może być stosowany jako narzędzie podczas badań kwalifikacyjnych do pracy w zawodzie policjanta, żołnierza, strażaka czy kierowcy oraz w badaniu osób ubiegających się o zezwolenie na posiadanie broni [2]. Opisywane narzędzie znalazło zastosowanie w świadectwach zdrowotnych, w badaniach dotyczących picia alkoholu jako sposobu radzenia sobie ze stresem [3].

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

		Jak również w badaniach nad strategiami radzenia sobie w migrenie [4], schizofrenii [5], u rodziców dzieci z niepełnosprawnością rozwojową [6], u pacjentów przewlekłe chorych [7] czy u osób z zaburzeniami odżywiania [8]. Podczas badań nad zmianami w stylach radzenia sobie między pierwszą a drugą falą pandemii SARS CoV-2 [9] czy w badaniach nad stresem pourazowym u pacjentów z psychogennymi napadami niepadaczkowymi [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież od 16 r.ż. oraz osoby dorosłe
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	-
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.		
https://www.practest.com.pl/ciss-kwestionariusz-radzenia-sobie-w-sytuacjach-stresowych		

Bibliografia	1. Jabłońska A. Trafność teoretyczna Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS ze szczególnym uwzględnieniem trafności teoretycznej skali stylu skoncentrowanego na unikaniu. Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach 2015; 1: 31-51. 2. CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Dostępny w Internecie: https://www.practest.com.pl/ciss-kwestionariusz-radzenia-sobie-w-sytuacjach-stresowych Dostęp: 20.08.2022. 3. Bryl N, Czarnecka-Iwańczuk M, Romanowska M, Stanisic MG, Michalak M, Posadzy-Małaczyńska A. Picie alkoholu jako sposób radzenia sobie ze stresem u studentów kierunków medycznych. Psychiatr. Pol. [Serial online]. 2020; 54(2): 265-277. Dostępny w Internecie: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2020/265Bryl_PsychiatrPol2020v54i2.pdf Dostęp: 20.08.2022. 4. Russo A, Santangelo G, Tessitore A, Silvestro M, Trojsi F, De Mase A, Garramone F, Trojano L, Tedeschi G. Coping Strategies in Migraine without Aura: A Cross-Sectional Study. Hindawi Behavioural Neurology [serial online]. 2019; 5808610: 1-7. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6525848/ Dostęp: 20.08.2022. 5. Perković Kovacević M, Pozgain I, Filaković P, Grujić I. Relationship between coping strategies and emotional intelligence among patients with schizophrenia Psychiatria Danubina [serial online]. 2018; 30(3): 299-304. Dostępny w Internecie: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_no3/dnb_vol30_no3_299.pdf Dostęp: 20.08.2022. 6. Bujnowska AM, Rodríguez C, García T, Areces D, Marsh NV. Coping with stress in parents of children with developmental disabilities. International Journal of Clinical and Health Psychology [serial online]. 2021; 21: 100254. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327347/ Dostęp: 20.08.2022.
--------------	---

	7. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T, Mroczek B. Preferowane style radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów chorych przewlekłe. <i>Family Medicine & Primary Care Review</i> [serial online]. 2012; 14(3): 393–395. Dostępny w Internecie: https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-bc7c95a9-39e2-4aa2-8056-c39c081446bb Dostęp: 20.08.2022. 8. Wiatrowska A. Radzenie sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania. <i>Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska</i> [serial online]. 2017; 30(1): 161-170. Dostępny w Internecie: http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_17951_j_2017_30_1_161 Dostęp: 20.08.2022. 9. Rogowska AM, Kuśnierz C, Ochnik D. Changes in Stress, Coping Styles, and Life Satisfaction between the First and Second Waves of the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Cross-Lagged Study in a Sample of University Students. <i>J. Clin. Med.</i> [serial online]. 2021; 10: 4025. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8432555/ Dostęp: 20.08.2022. 10. Zeng R, Myers L, Lancman M. Post-traumatic stress and relationships to coping and alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures. <i>Seizure</i> [serial online]. 2018; 57: 70-75. Dostępny w Internecie: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1059-1311(17)30794-X Dostęp: 20.08.2022.
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKAŁE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.3. DS14 – Skala do Pomiaru Typu D	
Nazwa skali w języku angielskim	DS14 - Type D Scale	
Skrót	DS14	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Denollet Johan
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Ogińska-Bulik Nina, Juczyński Zygfryd, Denollet Johan
	Rok publikacji	2009
	Źródło	Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skal do Pomiaru Typu D DS14 – służy do pomiaru nasilenia cech tzw. osobowości stresowej (typu D) [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skala do Pomiaru Typu D DS14 – składa się z 14 stwierdzeń. Siedem z nich mierzy skłonność do przeżywania negatywnych emocji – Negatywna Emocjonalność. Pozostałe siedem mierzy tendencję do powstrzymywania się od wyrażania tych emocji i związanych z nimi zachowań – Hamowania Społeczne. Skala DS14 jest narzędziem samoopisowym, badany ocenia własne zachowanie na 5-stopniowej skali [1].

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

	Orientacyjny czas badania	Okolo 5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala DS14 służy do pomiaru nasilenia cech tzw. osobowości stresowej (typu D), przeznaczona jest przede wszystkim do celów badawczych, ale znajduje zastosowanie również w praktyce, w badaniach przesiewowych, profilaktycznych czy w badaniach efektywności oddziaływań terapeutycznych [1]. Może mieć również zastosowanie podczas oceny ryzyka zachorowania oraz być przydatna w ocenie zmiany zachowań w terapii i rehabilitacji pacjentów kardiologicznych [1,2,3,4,5] Znajduje ona zastosowanie również przy innych chorobach jak np. rak jelita grubego [6], łuszczyca [7], astma oskrzelowa [8], nadciśnienie tętnicze [9], choroba nowotworowa [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Osoby zdrowe oraz chore
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy, socjolodzy, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. https://www.practest.com.pl/ds14-skala-do-pomiaru-typu-d		

Bibliografia	1. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stressem. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1] 2. Moryś J, Majkiewicz M, Ogińska-Bulik N, Rynkiewicz A. Właściwości psychometryczne kwestionariusza do diagnozy osobowości typu D (DS14) szacowane na podstawie badania pacjentów z przebyłym zawałem serca. <i>Psychiatria</i> 2006; 3(2): 62-69. 3. Matsuiishi Y, Shimojo N, Unoki T, Sakuramoto H, Tokunaga C, Yoshino Y, Hoshino H, Ouchi A, Kawano S, Sakamoto H, Hiramatsu Y, Inoue Y. Type D personality is a predictor of prolonged acute brain dysfunction (delirium/coma) after cardiovascular surgery. <i>BMC Psychology</i> [serial online]. 2019; 7:27. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6498670/ Dostęp: 20.08.2022. 4. Lee SJ, Koh S, Kim BO, Kim B, Kim C. Effect of Type D Personality on Short-Term Cardiac Rehabilitation in Patients With Coronary Artery Disease. <i>Ann Rehabil Med</i> [serial online]. 2018; 42(5): 748-757. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6246854/ Dostęp: 20.08.2022. 5. Denollet J, Conraads VM. Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. <i>Cleveland Clinic Journal of Medicine</i> 2011; 78(1): 13-19. 6. Kaleta A, Zejda J. Ocena rzetelności kwestionariusza osobowości typu D (DS.-14) w badaniu chorych z rakiem jelita grubego <i>Hygeia Public Health</i> 2019; 54(1): 41-47.
--------------	--

	7. Aguayo-Carreras P, Ruiz-Carrascosa JC, Ruiz-Villaverde R, Molina-Leyva A. Four years stability of type D personality in patients with moderate to severe psoriasis and its implications for psychological impairment. <i>Anais Brasileiros de Dermatologia</i> [serial online]. 2021; 96(5): 558-564. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8441460/ Dostęp: 20.08.2022. 8. Witusik A, Mokros Ł, Kosmalski M, Panek M, Nowakowska-Domagala K, Sipowicz K, Kuna P, Pietras T. Type D personality and the degree of control of bronchial asthma. <i>Advances in Dermatology and Allergology</i> 2018; 35(4): 387–391. 9. Popiołek L, Siga O, Dzieża-Grudnik A, Popiołek I, Moląg M, Królczyk J, Grodzicki T, Walczewska J, Rutkowki K. Cechy osobowości a powikłania narządowe nadciśnienia tętniczego. <i>Psychiatr. Pol.</i> [serial online]. 2019; 53(5): 1003-1020. Dostępny w Internecie: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2019/1003Popiołek_PsychiatrPol2019v53i5.pdf Dostęp: 20.08.2022. 10. Kozaka J, Kobus P. Osobowość typu D a satysfakcja z życia i radzenie sobie z chorobą nowotworową. <i>Psychoonkologia</i> 2015; 2: 74–79.
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.4. Mini-MAC – Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej	
Nazwa skali w języku angielskim	Mini-MAC – Mental Adjustment to Cancer	
Skrót	Mini-MAC	
Wersja skali	Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Watson Maggie, Law Matthew, Dos Santos Maria, Greer Steven, Baruch John, Blis Judith
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Juczyński Zygfryd
	Rok publikacji	1997
	Źródło	Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC – służy do pomiaru strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC – zawiera 29 stwierdzeń mierzących cztery strategie radzenia sobie: zaabsorbowanie lękowe, ducha walki, bezradność-beznadziejność oraz pozytywne przewartościowanie. Skala Mini-MAC jest narzędziem samoopisowym, badany ocenia na 4-stopniowej skali, w jakim stopniu podane stwierdzenia odnoszą się w chwili obecnej do niego [1].

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

	Orientacyjny czas badania	Okolo 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC służy do pomiaru strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Skala może być wykorzystywana do oceny reakcji na diagnozę choroby nowotworowej, jak również do wychwycenia zmian zachodzących podczas procesu leczenia i rehabilitacji [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Osoby chore
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy, socjolodzy, pedagodzy, psychoterapeuci, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.		
https://www.practest.com.pl/mini-mac-skala-przystosowania-psychicznego-do-choroby-nowotworowej		

Bibliografia	1. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012
	2. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Patient mental adjustment to selected types of cancer. Psychiatr. Pol. [serial online]. 2018; 52(1): 129–141. Dostępny w Internecie: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2018/129Religioni_PsychiatrPol2018v52i1.pdf Dostęp: 20.08.2022.
	3. Czerw A, Religioni U, Szymański F, Nieradko-Heluszek A, Mękal D, Hering D, Kowalczyk A, Merks P, Borowska M, Bogdan M. Normalization of the Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer) Questionnaire among Cancer Patients. Int. J. Environ. Res. Public Health [serial online]. 2021; 18: 12603. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8656664/ Dostęp: 20.08.2022.
	4. Osmiałowska E, Misiąg W, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. J. Clin. Med. [serial online]. 2021; 10: 4469. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8509228/ Dostęp: 20.08.2022.
	5. Humeniuk E, Wolańska K, Tarkowski Z. Czynniki wpływające na przystosowanie psychiczne do choroby pacjentów po laryngektomii. Otorinolaryngologia 2016; 15(3): 2-8.
	6. Krawczyk A. Kontrola bólu u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych przyczynowo i objawowo. Psychoonkologia 2015; 1: 12–18.
	7. Rogala D, Mazur A, Maślińska M, Koper K, Wysocka J. Poczucie własnej skuteczności i strategię przystosowania do choroby u pacjentek z nowotworem narządu rodowego. Curr Gynecol Oncol [serial online]. 2015; 13(3): 154-164. Dostępny w Internecie: http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/article.php?id=212 Dostęp: 20.08.2022.

	8. Grassi L, Muri MB, Riba M, de Padova S, Bertelli T, Sabato S, Nanni MG, Caruso R, Ounalli H, Zerbinati L. Hostility in cancer patients as an underexplored facet of distress. <i>Psycho-Oncology</i> [serial online]. 2021; 30: 493–503. Dostępny w Internecie: https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/167492 Dostęp: 20.08.2022. 9. Religioni U, Czerw A, Badowska-Kozakiewicz AM, Deptała A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adjustment to Life, and Strategies of Coping with Illness among Patients with Gastric Cancer <i>Journal of Cancer Education</i> [serial online]. 2020; 35: 724–730. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7363718/ Dostęp: 20.08.2022. 10. Guariglia L, Ieraci S, Villani V, Tanzilli A, Benincasa D, Sperati F, Terrenato I, Pace A. Coping Style in Glioma Patients and Their Caregiver: Evaluation During Disease Trajectory. <i>Frontiers in Neurology</i> [serial online] 2021; 12:709132. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8440902/pdf/fneur-12-709132.pdf Dostęp: 20.08.2022.
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKAŁE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.5. STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku	
Nazwa skali w języku angielskim	STAI – State-Trait Anxiety Inventory	
Skrót	STAI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.
	Rok publikacji	1970
	Źródło	Wrześniowski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenc D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Podręcznik Wydanie czwarte rozszerzone. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2011 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Spielberger C.D., Strelau J., Tysarczyk M., Wrześniewski K.
	Rok publikacji	1987
	Źródło	Wrześniowski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenc D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Podręcznik Wydanie czwarte rozszerzone. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2011 [1]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI – służy do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI – składa się z dwóch skal: skala X1 – służy do pomiaru lęku-stanu, skala X2 – służy do pomiaru lęku-cechy. Każda ze skal składa się z 20 pozycji. Inwentarz jest narzędziem samoopisowym, badany udziela odpowiedzi wybierając jedną z czterech skategoryzowanych odpowiedzi [1].

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

	Orientacyjny czas badania	Około 15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI służy do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Może być stosowany w badaniach przesiewowych, pozwalając wykryć osoby cechujące się wysokim i niskim poziomem lęku, w selekcji zawodowej i poradnictwie zawodowym – szczególnie podczas doboru pracowników na stanowiska wymagające niskiego poziomu lęku oraz zwiększonej odporności na stres czy zagrożenie. Znajduje on również zastosowanie w badaniach naukowych [1]. W obszarze świadczeń zdrowotnych kwestionariusz STAI stosuje się do pomiaru lęku między innymi: u kobiet doświadczających niepłodności [2], u pacjentów leczonych chirurgicznie [3,4], u pacjentów onkologicznych [5], u pierwotówek [6], u pacjentów poddawanych zabiegowi bronchoskopii [7], u pacjentów ze zwyrodnieniem płamki żółtej [8], u kobiet w ciąży podczas pandemii SARS CoV-2 [9] oraz u pacjentów stomatologicznych [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież od 15 r.ż. oraz osoby dorosłe
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	-
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy - wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.		
https://www.practest.com.pl/stai-inwentarz-stanu-i-cechy-leku-stai		

Bibliografia	- Wrześniowski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenc D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Podręcznik Wydanie czwarte rozszerzone. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2011 - Wdowiak A, Makara-Studzińska M, Raczkiewicz D, Cyranka K. Problemy prokreacyjne a nasilenie lęku i depresji u kobiet leczonych z powodu niepłodności. Psychiatr. Pol. [serial online]. 2022; 56(1): 153–170. Dostępny w Internecie: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2022/153Wdowiak_PsychiatrPol2022v56i1.pdf Dostęp: 20.08.2022. - Robaszkiewicz-Bouakaz R, Smektała E, Branecka-Woźniak D, Wieder-Huszlą S, Owsianowska J, Jurczak A. Poziom nasilenia lęku u pacjentów leczonych chirurgicznie. Pielęgniarstwo Polskie 2019; 73(3) Dostępny w Internecie: http://www.wydawnictwo ump.edu.pl/ojs/index.php/pp/article/view/544 Dostęp: 20.08.2022.
--------------	---

	4. Aspalter M, Enzmann FK, Hölzenbein TJ, Hitzl W, Primavesi F, Algayerova L, Nierlich P, Kartnig C, Seitelberger R, Linni K. Preoperative anxiety as predictor of perioperative clinical events following carotid surgery: a prospective observational study. <i>Perioperative Medicine</i> [serial online]. 2021; 10: 53. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8653535/pdf/13741_2021_Article_223.pdf Dostęp: 20.08.2022. 5. Dryhinicz M, Rzepa T. Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne. <i>Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska</i> 2018; 31(1): 7-21. 6. Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Irvani M. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> [serial online]. 2021; 21: 642. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8456545/pdf/12884_2021_Article_4114.pdf Dostęp: 20.08.2022. 7. Brajer-Luftmann B, Mardas M, Stelmach-Mardas M, Lojko D, Batura-Gabryel H, Piorunek T. Association between Anxiety, Depressive Symptoms, and Quality of Life in Patients Undergoing Diagnostic Flexible Video Bronchoscopy. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online]. 2021; 18: 10374. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8507624/ Dostęp: 20.08.2022. 8. Caballe-Fontanet D, Alvarez-Peregrina, C, Busquet-Duran N, Pedemonte-Sarrias E, Andreu-Vázquez C, Sánchez-Tena MÁ. Quality of Life and Anxiety in Age Macular Degeneration Patients: A Cross-Sectional Study. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online]. 2022; 19: 820. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8776064/ Dostęp: 20.08.2022. 9. Geren A, Birge O, Bakır MS, Sakıncı M, Sanhal CY. Does time change the anxiety and depression scores for pregnant women on Covid-19 pandemic?. <i>J. Obstet. Gynaecol. Res.</i> 2021; 47(10): 3516–3523. 10. Kaczmarek U, Kanaffa-Kilijańska U, Frydecka D. Metody oceny lęku stomatologicznego u dorosłych. <i>Dent Med. Probl.</i> 2010; 47(1): 97–100.
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKAŁE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.6. SEG – Skala Ekspresji Gniewu	
Nazwa skali w języku angielskim	SEG – Anger Expression Scale	
Skrót	SEG	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ogińska-Bulik Nina, Juczyński Zygfryd
	Rok publikacji	-
	Źródło	Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala Ekspresji Gniewu SEG – służy do pomiaru nasilenia gniewu nie związanego ze specyficzną sytuacją, lecz odnosi się do sytuacji ogólnych i reakcji zazwyczaj pojawiających się w tego typu sytuacjach [1].

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skala Ekspresji Gniewu SEG – zawiera 20 stwierdzeń wchodzących w skład dwóch podskal: jedna dotyczy gniewu kierowanego na zewnątrz, druga gniewu kierowanego do wewnątrz. Skala jest narzędziem samo opisowym, badani dokonują oceny własnego zachowania zaznaczając odpowiedzi na pięciostopniowej skali [1].
	Orientacyjny czas badania	Bez ograniczenia czasu
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala Ekspresji Gniewu SEG – może być stosowana do pomiaru nasilenia gniewu u dzieci i młodzieży. W świadczeniach zdrowotnych Skala SEG znalazła zastosowanie między innymi w ocenie ekspresji gniewu oraz emocji negatywnych [2,3], w badaniach nad psychospołecznymi konsekwencjami wczesnej inicjacji seksualnej [4], w ocenie psychologicznych aspektów operacyjnego leczenia skolioz u młodzieży [5] oraz dzieci i młodzieży z chorobą refleksową przełyku [6], w ocenie poziomu i rodzaju agresji u nastolatków z zaburzeniami psychicznymi [7], w badaniach nad skutecznością psychoterapii Gestalt w regulacji emocji u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i lękowymi [8], w badaniach nad związkiem obrazu siebie i samoakceptacji w powiązaniu z ekspresją gniewu u dziewcząt z diagnozą zaburzeń zachowania [9] czy na przykład w ocenie kompetencji dzieci nielubianych z powodu zachowań antyspołecznych na tle rówieśników [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dzieci od 11 r.ż. oraz młodzież
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy, socjolodzy, pedagodzy, psychoterapeuci, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. https://www.practest.com.pl/seg-skala-ekspresji-gniewu		

Bibliografia	1. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021
	2. Marczyńska P, Kowalkowska K, Kuczyńska R, Czerwionka-Szaflarska M, Krogulska A. Ocena ekspresji gniewu, funkcjonowania szkolnego i poziomu lęku u dzieci i młodzieży z czynnościowymi bólami brzucha. Developmental Period Medicine 2016; 20(4): 306-314.

	3. Łukasiewicz SCJ J, Dziurzyńska E. Ekspresja emocji negatywnych i radzenie sobie z nimi przez młodzież gimnazjalną. [w:] Poleszczaw W (red.) Wyzwania i zagrożenia adolescencji. Lublin: Wyd. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie; 2016 4. Bartnik A, Cichowska A. Psychospołeczne następstwa wczesnej inicjacji seksualnej. Przegląd Seksuologiczny [serial online]. 2015; 11(1): 2-6. Dostępny w Internecie: https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=697407 Dostęp: 07.10.2022. 5. Janowska M, Tomaszewski R, Woś H. Psychologiczne aspekty operacyjnego leczenia skolioz u młodzieży. Pediatria Polska [serial online]. 2008; 83(4): 386-389. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031393908702373 Dostęp: 07.10.2022. 6. Marczyńska P, Czerwionka-Szaflarska M, Krogulska A. Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci i młodzieży z chorobą refluksową przełyku. Pediatria Polska [serial online]. 2018; 93(3): 229-235. Dostępny w Internecie: https://www.termedia.pl/Psychosocial-functioning-of-children-and-adolescents-with-gastroesophageal-reflux-disease,127,33420,1,1.html Dostęp: 07.10.2022. 7. Gliwka J, Szewczyk L. Poziom i rodzaje agresji u nastolatków z zaburzeniami psychicznymi. Aspekty Zdrowia i Choroby 2016; 1(4): 7-16. 8. Janowski M, Biedrycka M. Skuteczność psychoterapii Gestalt w zakresie regulacji emocji u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi/lękowymi. Psychoterapia 2014; 4(171): 63-75. 9. Kruczek A. Relationship of self-image and self-acceptance with the expression of anger in girls diagnosed with conduct disorder. Psychiatr Psychol Klin [serial online]. 2017; 17(4): 314-324. Dostępny w Internecie: https://bibliotekanauki.pl/articles/941611 Dostęp: 07.10.2022. 10. Herzberg M. Wybrane kompetencje dzieci nielubianych z powodu zachowań antyspołecznych na tle rówieśników. Zeszyty Naukowe WSG. Edukacja-Rodzina-społeczeństwo 2018; 32(3): 115-133.
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.7. LOT-R – Test Orientacji Życiowej	
Nazwa skali w języku angielskim	LOT-R – Life Orientation Test	
Skrót	LOT-R	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Scheier Michael F, Carver Charles S, Bridges Michael W.
	Rok publikacji	-
	Źródło	Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Poprawa Ryszard, Juczyński Zygfryd
	Rok publikacji	-
	Źródło	Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 [1]
Krótki charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Test Orientacji Życiowej LOT-R – służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu [1].

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Test Orientacji Życiowej LOT-R – zawiera 10 stwierdzeń, spośród których sześć ma wartość diagnostyczną dla dyspozycyjnego optymizmu, trzy stwierdzenia są sformułowane pozytywnie, trzy negatywnie. Skala jest narzędziem samo opisowym, badany ocenia na ile dane stwierdzenie odnosi się do niego na pięciostopniowej skali [1].
	Orientacyjny czas badania	Około 2-5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Test Orientacji Życiowej LOT-R – stosowany jest do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu [1]. W świadczeniach zdrowotnych test znajduje zastosowanie między innymi w badaniach zależności między poczuciem dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby [2] zachowaniami zdrowotnymi [3], umiejscowieniem kontroli zdrowia [4], stanem słabości pacjentów [5], duchowością chorych [6] oraz jakością życia chorych [7]. Jest również stosowany w badaniach dotyczących zasobów osobistych matek dzieci niepełnosprawnych [8], w badaniach dotyczących postaw nastoletnich matek wobec ciąży i porodu [9], w badaniach kobiet w okresie menopauzalnym [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy, socjolodzy, pedagodzy, psychoterapeuci, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.		
https://www.practest.com.pl/lot-r-test-orientacji-zyciowej		

Bibliografia	1. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 2. Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Wolańska P, Junik R. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. Enokrynologia Polska 2018; 59(1): 23-28. 3. Łatka J, Majda A, Pyrz B. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(1): 21-28.
--------------	---

	4. Milaniak I, Wilczek-Rużyczka E. optymizm a umiejscowienie kontroli zdrowia u chorych z nowotworem głowy i szyi a przystosowanie psychiczne do choroby. <i>Psychoonkologia</i>. 2017; 21(1): 29-35. 5. Sardella A, Lenzo V, Bonanno GA, Martino G, Basile G, Quattropani MC. Dispositional Optimism and Context Sensitivity: Psychological Contributors to Frailty Status Among Elderly Outpatients. <i>Frontiers of Psychology</i> [serial online]. 2021; 11: 621013. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7838363/ Dostęp: 07.10.2022. 6. Ciria-Suarez L, Calderon C, Fernandez Montes A, Antonanzas M, Hernandez R, Rogado J, Pacheco-Barcia V, Ansensio-Martinez E, Palacin-Lois M, Jimenez-Fonseca P. Optimism and social support as contributing factors to spirituality in Cancer patients. <i>Supportive Care in Cancer</i> [serial online]. 2021; 29: 3367-3373. Dostępny w Internecie: https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-020-05954-4 Dostęp: 07.10.2022. 7. Liu Y, Pettersson E, Schandl A, Marker S, Johar A, Langergren P. Higher Dispositional Optimism Predicts Better Health-Related Quality of Life After Esophageal Cancer Surgery: A Nationwide Population-Based Longitudinal Study. <i>Annals of Surgical Oncology</i> [serial online]. 2021; 28: 7196-7205. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8521517/ Dostęp: 07.10.2022. 8. Parchomiuk M. Zasoby osobiste matek dzieci niepełnosprawnych. <i>Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo</i> [serial online]. 2012; 1(15): 43-66. Dostępny w Internecie: https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.desklight-4eb70779-63bc-4caa-81b1-12916af33b53 Dostęp: 07.10.2022. 9. Bałanda-Bałdyga A, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C, Stadnicka G, Dobrowolska B. Attitudes of Teenage Mothers towards Pregnancy and Childbirth. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> [serial online]. 2020; 17: 1411. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068586/ Dostęp: 07.10.2022. 10. Suss H, Willi J, Grub J, Uhler U. Psychosocial factors promoting resilience during the menopausal transition. <i>Archives of Women's Mental Health</i> [serial online]. 2021; 24: 231–241. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7979610/ Dostęp: 07.10.2022.
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.8. KPS – Kwestionariusz Poczucia Stresu	
Nazwa skali w języku angielskim	KPS – Stress Sensation Questionnaire	
Skrót	KPS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Płopa Mieczysław, Makarowski Ryszard
	Rok publikacji	-
	Źródło	Płopa M, Makarowski R. Kwestionariusz Poczucia Stresu. Warszawa: Wyd. VIZJA PRESS & IT; 2010 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS – jest przeznaczony do pomiaru struktury doznań stresowych [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

	Struktura skali	Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS – zawiera 27 stwierdzeń, pozwalających na obliczenie wyniku ogólnego, informującego o uogólnionym poczuciu stresu oraz trzech wyników odnoszących się do wymiarów: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego i intrapsychnicznego. Narzędzie zawiera również skalę kłamstwa. Kwestionariusz jest narzędziem samo opisowym, badany ocenia na ile dane stwierdzenie odnosi się do niego na pięciostopniowej skali [1].
	Orientacyjny czas badania	Okolo 20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS – jest przeznaczony do pomiaru struktury doznań stresowych, służy do badania osób w organizacjach, placówkach edukacyjnych, zdrowotnych, penitencjarnych oraz do badań naukowych [1]. W obszarze świadczeń zdrowotnych wykorzystywany jest między innymi do pomiaru poczucia stresu w grupie: pielęgniarek [2,3], pacjentów z dysfonią [4], chorobą nadciśnieniową [5], chorych onkologicznie [6], u osób z niepełnosprawnością ruchową [7], w grupie pacjentów objętych rehabilitacją ruchową [8], pośród rodziców dzieci chorych [9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież od 16 r.ż. oraz osoby dorosłe
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. https://www.practest.com.pl/kps-kwestionariusz-poczucia-stresu		

Bibliografia	1. Plopa M, Makarowski R. Kwestionariusz Poczucia Stresu. Warszawa: Wyd. VIZJA PRESS & IT; 2010 2. Mróz J. Prężność i poczucie stresu a typy zachowań i przeżyć związanych z pracą wśród pielęgniarek. Hygeia Public Health 2014; 49(4): 857-863. 3. Schneider-Matyka D, Róż DA, Szkup M, Jurczak A, Wieder-Huszla S, Grochans E. Analiza wpływu stresu na wypalenie zawodowe pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25(4): 245-251/ 4. Cielecka A, Sielska-Badurek E, Niemczyk K. Poczucie stresu i niepełnosprawności głosu u pacjentów z dysfonią. Otolaryngologia 2017; 16(1): 26-32. 5. Kowalczyk J. Stres psychologiczny w paradygmacie biopsychospołecznym z uwzględnieniem choroby nadciśnieniowej. Colloquium Pedagogika – Nauki o Polityce i Administracji 2021; 1(41): 67-84. 6. Basińska MA, Sołtys M, Peplińska S, Kawiecka-Dziembowska B, Kwiatkowska J, Borzyszkowska A. Zasoby osobiste – prężność i nadzieja – a elastyczność w radzeniu sobie: moderująca rola poczucia stresu. Psychoonkologia 2017; 21(3): 100-112.
--------------	---

	7. Byra S. Pozytywne zmiany w percepcji kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Roczники Pedagogiczne 2017; 9(45),3: 19-41.
	8. Białkowska J, Grenda P. Możliwości oceny poziomu stresu w grupie pacjentów objętych rehabilitacją ruchową. Przegląd Lekarski 2019; 76(10): 516-518.
	9. Krzywdzińska A, Radomyska B, Hozyasz KK. Emocjonalno-społeczne problemy rodziców dzieci chorych na galaktozę. Przyczynek do dyskusji na temat roli wsparcia psychologicznego rodzin pacjentów dotkniętych wrodzonymi błędami metabolizmu. Hygeia Public Health 2015; 50(3): 514-520.

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKAŁE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH	
Nazwa skali w języku polskim	I.2.A.9. KompOs – Skala Kompetencji Osobistej	
Nazwa skali w języku angielskim	KompOs - Personal Competence Scale	
Skrót	KompOs	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Juczyński Zygfryd
	Rok publikacji	-
	Źródło	Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021[1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala Kompetencji Osobistej KompOs – jest przeznaczony do pomiaru uogólnionego poczucia własnej skuteczności oraz dwóch jego elementów: przekonań dotyczących dysponowaniem siłą konieczną do zainicjowania działania oraz związane z wytrwałością niezbędną do kontynuowania działania [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skala Kompetencji Osobistej KompOs – składa się z dwóch podskal, z których każda zawiera sześć stwierdzeń, sformułowanych w połowie pozytywnie i w połowie negatywnie. Kwestionariusz jest narzędziem samoopisowym, badany dokonuje oceny sześciu twierdzeń dotyczących oczekiwań związanych z podjęciem działania, a następnie sześciu kolejnych, dotyczących częstotliwości występowania określonych zachowań Odpowiedzi zaznaczone są na czterostopniowej skali [1].
	Orientacyjny czas badania	Okolo 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala Kompetencji Osobistej KompOs – jest przeznaczony do pomiaru uogólnionego poczucia własnej skuteczności, w obszarze świadczeń zdrowotnych znajduje zastosowanie między innymi w badaniu osób palących [2], osób z niepełnosprawnością intelektualną [3], u chłopców z ADHD [4] u młodzieży w kontekście postrzegania zdrowia [5],

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

		u dzieci doświadczających lęku szkolnego [6], u dzieci z dysleksją [7], u dzieci leczonych z powodu skoliozy [8], u dzieci z nefropatią immunoglobuliny A [9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dzieci od 11 r.ż. oraz młodzież
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Psycholodzy, socjolodzy, pedagodzy, psychoterapeuci, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia – wymagany jest dyplom magisterski ukończenia studiów psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Narzędzie Płatne - Wydawca: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.		
https://www.practest.com.pl/kompos-skala-kompetencji-osobistej		

Bibliografia	- Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 - Mojs E, Kleka P, Głowacka MD, Żarowski M, Gajewska E. Kompetencje życiowe a palenie tytoniu u nauczycieli. Przegląd Lekarski 2007; 64(10): 845-847. - Mach A. Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością umysłową w stopniu lekkim. Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej. 2017; 25:202-219. - Książd-Gołębiowska N, Oleś M. Poczucie własnej skuteczności i subiektywna jakość życia u chłopców z ADHD w wieku wczesnoszkolnym. Polskie Forum Psychologiczne 2019; 24(2): 225-240. - Grad I, Kiliś-Pstrusińska K. Postrzeganie zdrowia jako wartości osobistej przez młodzież szkół licealnych. Famili Medicine & Primary Care Review 2015; 17(1): 19-23. - Talik E, Król K. Lęk szkolny a strategie radzenia sobie ze stresem u dzieci. Moderująca rola uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Psychologia Rozwojowa [serial online]. 2014; 19(33): 85-99. Dostępny w Internecie: https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-2084-3879-year-2014-volume-19-issue-3-article-5466 Dostęp: 08.10.2022. - Kowalczyk-Romanek M. Poczucie własnej skuteczności a stanowienie o sobie uczniów z dysleksją. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2018; 37(4): 67-78. - Janowska M, Tomaszewski R, Woś H. Poczucie własnej skuteczności oraz poziom neurotyzmu u dzieci leczonych z powodu skoliozy za pomocą gorsetu ortopedycznego. Pediatria Polska [serial online]. 2012; 87(1): 54-57. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031393912705942 Dostęp: 08.10.2022. - Mizerska-Wasiak M, Adamczuk D, Cichoń-Kawa D, Miklaszewska M, Szymanik-Grzelak H, Pietrzyk JA, Pukajło-Marczyk A, Zwolińska D, Rybi-Szumińska A, Wasilewska A, Bienias B, Sikora P, Firszt-Adamczyk A, Stankiewicz R, Szczepańska M, Pańczyk-Tomaszewska M. Health-related quality of life in children with immunoglobulin A nephropathy – results of a multicentre national study. Arch. Med. Sci. [serial online]. 2018; 17(1): 84-91. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7811315/ Dostęp: 08.10.2022.
--------------	---

I.2.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
Nazwa skali w języku polskim	I.2.B.1. Skala Postrzeganej Zdolności Radzenia Sobie z Traumą (PACT)
Nazwa skali w języku angielskim	The Perceived Ability to Cope With Trauma (PACT) Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Bonanno George A, Pat-Horenczyk Ruth, Noll Jennie
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz składa się z dwóch skal mierzących postrzeganą zdolność do skupienia się na przetwarzaniu traumy (koncentracja na traumie) i skupienia się na wyjściu poza traumę (fokus do przodu). Skala posiada również ogólny wynik elastyczności. Skala PACT jest narzędziem pomiaru adaptacyjnego radzenia sobie z traumą.
	Narzędzie było wykorzystywane do badań w celu pomiaru procesów radzenia sobie u weteranów, studentów, osób w żałobie, osób cierpiących na PTSD, pacjentów onkologicznych czy do oceny psychologicznego wpływu stresu podczas COVID-19.
Źródło bibliograficzne	Bonanno GA, Pat-Horenczyk R, Noll J. Coping Flexibility and Trauma: The Perceived Ability to Cope With Trauma (PACT) Scale. Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy [serial online]. 2011; 3(2): 117-129. Dostępny w Internecie: https://psycenet.apa.org/record/2011-02567-001 Dostęp: 07.10.2022.
Źródło on-line	

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
Nazwa skali w języku polskim	I.2.B.2. Krótka forma kontinuum zdrowia psychicznego (MHC-SF)
Nazwa skali w języku angielskim	The Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Keyes Corey L.
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz jest krótkim narzędziem liczącym 14 pozycji, ocenianych na pięciostopniowej skali, zawiera trzy wymiary dobrostanu: dobre samopoczucie emocjonalne, dobrostan społeczny oraz psychiczny. Skala MHC-SF jest narzędziem pomiaru samopoczucia emocjonalnego. Narzędzie stosowane jest w ocenie dobrostanu psychicznego u młodzieży i dorosłych.
Źródło bibliograficzne	Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CLM. Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). Journal of Clinical Psychology [serial online]. 2011; 67(1): 99-110. Dostępny w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20741 Dostęp: 07.10.2022.
Źródło on-line	https://www.psytoolkit.org/survey-library/mhc-sf.html

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
Nazwa skali w języku polskim	I.2.B.3. Skala Gniewu Klinicznego (CAS)
Nazwa skali w języku angielskim	Clinical Anger Scale (CAS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Snell Jr. William E.
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz składa się z 21 stwierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali. Skal służy do pomiaru syndromu gniewu klinicznego. Narzędzie może być stosowane do badań nad rolą gniewu w chorobie niedokrwiennej serca, nadciśnieniu tętniczym, czy badań agresywności związanej z płcią.
Źródło bibliograficzne	Snell Jr. WE, Gum S, Shuck RL, Mosley JA, Kite TL. The clinical anger scale: Preliminary reliability and validity. Journal of Clinical Psychology [serial online]. 1995; 51(2): 215-226. Dostępny w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679(199503)51:2%3C215::AID-JCL-P2270510211%3E3.0.CO;2-Z Dostęp: 07.10.2022.
Źródło on-line	

I.2.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
Nazwa skali w języku polskim	I.2.C.1. Skala Depresji Lęku i Stresu DASS-21
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	The Depression, Anxiety and Stress Scales with 21 items (DASS-21)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lovibond SH, Lovibond PF
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz składa się z 21 stwierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali. Skala służy do pomiaru nasilenia depresji, lęku oraz stresu. Narzędzie znajduje zastosowanie w celach klinicznych oraz badawczych.
Źródło bibliograficzne	Osman A, Wong JL, Bagge CL, Freedenthal S, Gutierrez PM, Lozano G. The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. Journal of Clinical Psychology [serial online]. 2012; 68(12): 1322-1338. Dostępny w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.21908 Dostęp: 07.10.2022.
Źródło on-line	https://www.psychtoolkit.org/survey-library/dass21.html https://psychomedic.online/test-psychologiczny-das-21/

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKAŁE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
Nazwa skali w języku polskim	I.2.C.2. Kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	-
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz składa się z 7 stwierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali. Skala służy do pomiaru nasilenia uogólnionego lęku. Narzędzie znajduje zastosowanie w badaniach przesiewowych.
Źródło bibliograficzne	Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166: 1092-1097.
Źródło on-line	https://www.psytoolkit.org/survey-library/anxiety-gad7.html https://psychomedic.pl/kwestionariusz-leku-uogolnionego-gad-7/

I.3. Narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu

Kazimiera Hebel¹, Aleksandra Steliga¹, Katarzyna Lewandowska², Marek Dąbrowski³, Katarzyna Zalewska⁴, Zarzycka Danuta⁵, Jakub Zalewski⁶, Mariola Głowacka^{7,8}

¹ *Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku*

² *Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny*

³ *Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

⁴ *Karpcka Państwowa Uczelnia w Krośnie*

⁵ *Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

⁶ *Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski*

⁷ *Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

⁸ *Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

I. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

I. 3. A. 1. Satysfakcja i Pewność Siebie Studenta w Procesie Uczenia się (SSCL)

I. 3. A. 2. Kwestionariusz Oceny Technik Edukacyjnych (EPQ)

I. 3. A. 3. Skala Oceny Scenariusza Symulacyjnego (SDS)

I. 3. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

I. 3. B. 1. Oxford Non Technical Skills Scale (NOTECHS)

I. 3. B. 2. Lasater Clinical Judgement Rubric (LCJR)

I. 3. B. 3. Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI)

I. 3. B. 4. Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)

I. 3. B. 5. Simulation Effectiveness Tool - Modified (SET-M)

I. 3. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

I. 3. C. 1. Crisis Recourse Management Global Rating Scale

I. 3. C. 2. Objective Structured Assessment of Technical Skills – OSATS

I. 3. C. 3. Global Interprofessional Therapeutic Communication Scale short form (GITCS)

I. 3. C. 4. Anaesthetists Non Technical Skills (ANTS)

I.3.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU	
Nazwa skali w języku polskim	I.3.A.1. Satysfakcja i pewność siebie studenta w procesie uczenia się	
Nazwa skali w języku angielskim	Student satisfaction and self – confidence in learning	
Skrót	SSCL	
Wersja skali	Właściwa X Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Studnicka Katarzyna, Zarzycka Danuta
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Studnicka, K. i Zarzycka, D. (2020). Adaptacja kulturowa i walidacja psychometryczna skali do oceny satysfakcji i pewności siebie studenta w procesie uczenia się (Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, SSCL) – etap wstępny. W: Wysokiński, M., Sienkiewicz, Z., Kuszplak, K. (red.), Ogólnopolska Konferencja Studencka „Wielowymiarowość badań studenckich w naukach o zdrowiu” KSIĄŻKA STRESZCZEŃ (s:43). Warszawski Uniwersytet Medyczny.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena poziomu satysfakcji i pewności siebie studenta podczas realizacji zajęć symulacyjnych wysokiej wierności.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Uczestnictwo w zajęciach realizowanych metodą symulacji wysokiej wierności.
	Struktura skali	Skala składa się z trzynastu pytań dotyczących satysfakcji z procesu uczenia się metodą symulacji medycznej (stwierdzenie 1-5) oraz pewności siebie studenta w procesie uczenia się (stwierdzenie 6-13). Komponent dotyczący satysfakcji w procesie uczenia się ocenia między innymi metody zastosowane podczas symulacji, różnorodność materiałów wspomagających proces uczenia się czy też wykorzystanie potencjału zajęć symulacyjnych przez nauczyciela. Z kolei część skali związana z pewnością siebie w procesie uczenia się ocenia między innymi opanowanie treści i umiejętności oraz ich wykorzystanie w praktyce, dostępność materiałów edukacyjnych czy odpowiedzialność studenta za zaangażowanie się w proces uczenia się [1,2].

Narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu

	Orientacyjny czas badania	5- 10 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala SSCL jest szeroko stosowana w ocenie poziomu satysfakcji i pewności siebie studenta w procesie uczenia się opartego na symulacji medycznej [2,3,4,5]. Ponadto, badacze wykorzystują skalę do oceny poziomu efektywności symulacji medycznej z czynnikami na nią wpływającymi [6]. Pence [7] w swojej pracy wykorzystwała skalę SSCL do zbadania poziomu satysfakcji i pewności siebie w procesie uczenia się opartego na symulacji wirtualnej. Z kolei Olaussen i in. [8] w opraciu o niniejsze narzędzie przeprowadziła badanie związane z poczuciem satysfakcji i pewności siebie w zarządzaniu symulowaną sytuacją pacjenta. Ponadto niniejsze narzędzie może być z powodzeniem stosowane w zestawieniu z innymi narzędziami badawczymi, oceniając np. satysfakcję studenta z pełnionej roli podczas realizacji scenariusza [9]. Skala z powodzeniem została poddana procesowi walidacji i adaptacji kulturowej między innymi w: Chinach [10,11], Turcji [12], Norwegii [13], Stanach Zjednoczonych [14] czy Hiszpanii [15] osiągając bardzo dobre wartości psychometryczne. W Polsce jest to na obecną chwilę jedyne standaryzowane narzędzie służące do oceny procesu kształcenia opartego na symulacji medycznej oceniające poziom satysfakcji i pewności siebie studenta w procesie uczenia się.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	18+
	Miejsce badanych	Centrum Symulacji Medycznej (uczelnia, szpital).
	Stan badanych	Udział w zajęciach realizowanych metodą symulacji.
	Sytuacje	Scenariusze symulacyjne wysokiej wierności realizowane w strukturach Centrum Symulacji Medycznej, w oparciu o efekty uczenia się założone i realizowane w ramach danego przedmiotu na kierunku Pielęgniarstwo [16]. Stan rozwoju kompetencji zawodowych pracowników medycznych w szpitalu.
	Inne	Skala może być stosowana samodzielnie, jak i w zestawieniu z Kwestionariuszem zastosowania technik edukacyjnych (skala EPQ) oraz Skalą do oceny elementów scenariusza symulacyjnego (skala SDS) stanowiąc komplet narzędzi opracowany na potrzeby badania ram teoretycznych symulacji w pielęgniarstwie [1].
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Badacze zaangażowani w proces ewaluacji symulacji medycznej (np. Nauczyciel/trener/instruktor symulacji). Osoby nieprofesjonalne, kto? Student	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora wersji polskojęzycznej: Tak. Zgoda PTP: Nie.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Stwierdzenia oceniane są wg skali Likert'a od 1 do 5. Łączne w skali można uzyskać maksymalnie 65 punktów. Im wyższe wyniki, tym odpowiednio większa satysfakcja oraz większa pewność siebie w procesie uczenia się [14].	

SATYSFAKCJA I PEWNOŚĆ SIEBIE STUDENTA W PROCESIE UCZENIA SIĘ (STUDENT SATISFACTION AND SELF – CONFIDENCE IN LEARNING, SSCL)

Kwestionariusz zawiera stwierdzenia dotyczące osobistych odczuć otrzymywanych podczas wykonywania symulacji. Każda pozycja stanowi oświadczenie o Twojej satysfakcji z uczenia się i pewności siebie z uzyskiwania instrukcji, których potrzebujesz. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Prawdopodobnie zgodzisz się z niektórymi stwierdzeniami, a z innymi nie zgodzisz się. Podaj swoje własne opinie na temat każdego z poniższych stwierdzeń, zaznaczając cyfry, które najlepiej opisują twoje odczucia lub przekonania. Pisz prawdę i opisuj jak to rzeczywiście odczuwasz, a nie tak, jak chciałbyś/chciałabyś, aby było. Ankieta jest anonimowa a wyniki są opracowywane grupowo, nie indywidualnie.

Zaznacz:

- 1 – Zdecydowanie nie zgadzam się ze stwierdzeniem
- 2 - Nie zgadzam się ze stwierdzeniem
- 3 - Niezdecydowany/a – nie mam zdania na ten temat
- 4 – Zgadzam się ze stwierdzeniem
- 5 – Zdecydowanie zgadzam się ze stwierdzeniem

Satysfakcja studentów z procesu uczenia się					
1. Metody stosowane w tej symulacji były pomocnicze i skuteczne.	1	2	3	4	5
2. Symulacja dostarczyła mi różnorodnych materiałów edukacyjnych i działań promujących moje uczenie się.	1	2	3	4	5
3. Podobało mi się w jaki sposób mój instruktor uczył mnie symulacji.	1	2	3	4	5
4. Materiały dydaktyczne użyte w tej symulacji były motywujące i pomogły mi się uczyć.	1	2	3	4	5
5. Sposób w jaki mój instruktor uczył symulacji, był odpowiedni do mojego sposobu uczenia się.	1	2	3	4	5
Pewność siebie w procesie uczenia się					
6. Jestem przekonany/a, że opanowuję działanie symulacyjne przedstawiane mi przez moich instruktorów.	1	2	3	4	5
7. Jestem przekonany/a, że ta symulacja obejmowała istotne treści niezbędne do opanowania materiału objętego programem nauczania.	1	2	3	4	5
8. Jestem przekonany/a, że rozwijam umiejętności i uzyskuję wymaganą wiedzę z tej symulacji do wykonywania niezbędnych zadań w warunkach klinicznych.	1	2	3	4	5
9. Moi instruktorzy korzystali z różnych pomocnych środków do nauczania symulacji.	1	2	3	4	5
10. To moja odpowiedzialność jako studenta by nauczyć się tego co potrzebuję podczas zajęć symulacyjnych.	1	2	3	4	5
11. Wiem, jak uzyskać pomoc, gdy nie rozumiem pojęć zawartych w symulacji.	1	2	3	4	5
12. Wiem, jak korzystać z ćwiczeń symulacyjnych, aby poznać krytyczne/kluczowe aspekty tych umiejętności.	1	2	3	4	5
13. Obowiązkiem instruktora jest wskazanie mi czego muszę się nauczyć w czasie zajęć symulacyjnych.	1	2	3	4	5

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17. Dostęp: 1.09.2022. 2. Fitria, D., Puspasari, J., Lestari, P. H. The Effect of Thinking Like a Nurse Simulation as an Online Clinical Learning Method on Nursing Students' Satisfaction and Confidence during the Covid-19 Pandemic. Jurnal Ners, 2021;16(2): 111. https://doi.org/10.20473/jn.v16i2.25701. Dostęp: 1.09.2022. 3. Reis, S. N., Neves, C. C., Alves, D. A., et al. Knowledge, satisfaction, and self-confidence in health professionals: Simulation with manikin versus simulated patient. Revista de Enfermagem Referencia, 2020(3), 1–8. https://doi.org/10.12707/RV20034. Dostęp: 1.09.2022. 4. Saied, H. The Impact of Simulation on Pediatric Nursing Students' Knowledge, Self-Efficacy, Satisfaction, and Confidence. Journal of Education and Practice, 2017;8(11): 95–102. 5. http://ezproxy.lib.uconn.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ1139780&site=ehost-live. Dostęp: 1.09.2022. 6. Al-Hajri, A. The Impact of Simulation-Based Learning on Undergraduate Nursing Students' Satisfaction and Self-Confidence at the Sultan Qaboos University in Oman. Journal of Education and Practice, 2021;12(9): 105–109. https://doi.org/10.7176/jep/12-9-11. Dostęp: 1.09.2022. 7. Zhu, F.-F., Wu, L.-R. The effectiveness of a high-fidelity teaching simulation based on an NLN/Jeffries simulation in the nursing education theoretical framework and its influencing factors. Chinese Nursing Research, 2016;3(3): 129–132. https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.06.016. Dostęp: 1.09.2022. 8. Pence, P. L. Student satisfaction and self-confidence in learning with virtual simulations. Teaching and Learning in Nursing, 2022;17(1): 31–35. https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.07.008. Dostęp: 1.09.2022. 9. Olaussen, C., Heggdal, K., Tvedt, C. R. Elements in scenario-based simulation associated with nursing students' self-confidence and satisfaction: A cross-sectional study. Nursing Open, 2020;7(1): 170–179. https://doi.org/10.1002/nop2.375. Dostęp: 10. Bates TA, Moore LC, Greene D, Cranford JS. Comparing outcomes of active student and observer roles in nursing simulation. Nurse Educ. 2018; DOI: 10.1097/NNE.0000000000000603. Dostęp: 1.09.2022. 11. Gill BK. Translation and validation of the traditional Chinese NLN educational practices questionnaire, simulation design scale and student satisfaction and self-confidence in learning. Journal of Nursing Education and Practice, 2020; 10(8): 47-57. Dostęp: 3.09.2022. 12. Chan, J. C. K., Fong, D. Y. T., Tang, J. J., et al. The chinese student satisfaction and self-confidence scale is reliable and valid. Clinical Simulation in Nursing, 2015;11(5): 278–283. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.003. Dostęp: 3.09.2022. 13. Unver V, Basakb T, Wattsc P, et al. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. Contemporary Nurse 2017;53(1): 60–74, http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2017.1282319. Dostęp: 3.09.2022. 14. Reiersen IA, Sandvik L, Solli H et al. Psychometric testing of the Norwegian version of the Simulation Design Scale, the Educational Practices Questionnaire and the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale in nursing education, International Journal of Nursing Studies Advances, 2020; 2: 100012, ISSN 2666-142X, https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100012. Dostęp: 3.09.2022. 15. Franklin, A. E., Burns, P., Lee, C. S. Psychometric testing on the NLN Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses. Nurse education today, 2014;34(10): 1298–1304. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.011. Dostęp: 3.09.2022.

	16. Montserrat Román-Cereto, Celia Martí-García, Silvia García-Mayor, et al, Spanish validation of the national league for nursing questionnaires for clinical simulation, Teaching and Learning in Nursing, 2022; 17, (2): 174-179, ISSN 1557-3087, https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.11.011 . Dostęp: 3.09.2022.
	17. Dziennik Ustaw 2019, poz. 1573; Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dostęp: 3.09.2022.

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU	
Nazwa skali w języku polskim	I.3.A.2. Kwestionariusz oceny technik edukacyjnych	
Nazwa skali w języku angielskim	Educational Practices Questionnaire	
Skrót	EPQ	
Wersja skali	Właściwa X Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Studnicka Katarzyna, Zarzycka Danuta
	Rok publikacji	-----
	Źródło	Obecnie, w Polsce trwają prace związane z procesem wdrażania skali EPQ jako skutecznego narzędzia do oceny zastosowania technik edukacyjnych podczas symulacji wysokiej wierności. Artykuł w procesie publikacji.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena obecności oraz ważności zastosowanych technik edukacyjnych podczas realizacji scenariusza symulacyjnego.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Uczestnictwo w zajęciach realizowanych metodą symulacji wysokiej wierności.
	Struktura skali	Skala składa się z szesnastu pytań, podzielonych na następujące podskale: aktywne uczenie się (stwierdzenie 1-10), współpraca (stwierdzenie 11-12), zróżnicowane sposoby uczenia się (stwierdzenie 13,14) oraz oczekiwania (stwierdzenie 15,16). Instrument składa się z dwóch części: jedna dotyczy obecności określonych cech w symulacji, zaś druga ich znaczenia/ważności dla studenta [1]. Podskala aktywne uczenie się ocenia możliwość analizy swoich działań, czynności zrealizowanych podczas scenariusza symulacyjnego.[2] Promowanie aktywnego uczenia się przez nauczyciela zwiększa poczucie własnej skuteczności w działaniach podejmowanych przez studenta.

		Element współpracy dotyczy oceny kooperacji między członkami zespołu terapeutycznego, wspólnego podejmowania decyzji związanych z daną sytuacją kliniczną [2]. Ponadto uczenie się zespołowe stwarza możliwość wymiany doświadczeń oraz współpracy interdyscyplinarnej [3]. Zróżnicowane sposoby uczenia się odnoszą się do różnorodnych form uczenia się oraz ich oceny. Należy pamiętać, iż studenci biorący udział w zajęciach reprezentują różny poziom wiedzy czy umiejętności, wobec czego symulacja winna zostać tak zaprojektowana, aby umożliwić udział wszystkim studentom [2]. Ostatnia podskala – oczekiwania związana jest z przekazaniem oraz realizacją założonych celów przez nauczyciela wobec studentów [2]. Ważne jest również by to studenci stawiali sobie cele, jak chcą osiągnąć.
	Orientacyjny czas badania	10-15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W oparciu o kwestionariusz najlepszych technik edukacyjnych Al Khasawneh i in. [4] dokonali oceny efektywności symulacji medycznej, dowodząc, iż wszystkie podskale w omawianym narzędziu są istotnym elementem zajęć i gwarantują ich efektywność. Z kolei Zapko i in. [5] przeprowadzili badanie, którego celem było zbadanie postrzegania praktyk edukacyjnych przez studentów podczas zajęć symulacyjnych. W wyniku przeprowadzonych badań udowodnili, iż symulacja jest istotnym elementem kształcenia przyszłych kadr medycznych [5]. Rodriguez i in. [6] również z użyciem skali EPQ podjęli się badania związanego z postrzeganiem przez studentów obecności i ważności praktyk edukacyjnych podczas zajęć symulacyjnych. Albagawi i in [7] również dowodzą, iż symulacja jest wartościową metodą kształcenia na kierunkach medycznych, w tym na kierunku pielęgniarstwo. Niniejsza skala została poddana procesowi adaptacji kulturowej oraz walidacji psychometrycznej w Turcji [8], Chinach [9], Stanach Zjednoczonych [10], Arabii Saudyjskiej [11], Hiszpani [12,13] uzyskując wysokie wartości świadczące o rzetelności i niezawodności instrumentu.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	18+
	Miejsce badanych	Centrum Symulacji Medycznej (Uczelnia, szpital).
	Stan badanych	Udział w zajęciach realizowanych metodą symulacji.
	Sytuacje	Scenariusze symulacyjne wysokiej wierności realizowane w strukturach Centrum Symulacji Medycznej, w oparciu o efekty uczenia się założone i realizowane w ramach danego przedmiotu na kierunku Pielęgniarstwo [14]. Stan rozwoju kompetencji zawodowych pracowników medycznych w szpitalu.

	Inne	Skala może być stosowana samodzielnie, jak i w zestawieniu ze Skalą do oceny satysfakcji i pewności siebie studenta w procesie uczenia się (skala SSCL) oraz Skalą do oceny elementów scenariusza symulacyjnego (skala SDS) stanowiąc komplet narzędzi opracowany na potrzeby badania ram teoretycznych symulacji w pielęgniarstwie [1].
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Badacze zaangażowani w proces ewaluacji symulacji medycznej (np. Nauczyciel/trener/instruktor symulacji). Osoby nieprofesjonalne, kto? Student	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora wersji polskojęzycznej: Tak. Zgoda PTP: Nie.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Stwierdzenia oceniane są wg skali Likert'a od 1 do 5. Łączny sumaryczny wynik skali to 160 punktów; gdzie odpowiednio po 80 punktów można uzyskać w części związanej z obecnością oraz ważnością technik edukacyjnych podczas realizacji scenariusza symulacyjnego. Im wyższe wyniki, tym wyższe uznanie zastosowania najlepszych technik edukacyjnych przez badanych [10].	

KWESTIONARIUSZ OCENY TECHNIK EDUKACYJNYCH

(EDUCATIONAL PRACTICES QUESTIONNAIRE, EPQ)

W celu zmierzenia, czy w Twojej symulacji zastosowano najlepsze techniki edukacyjne, wypełnij poniższą ankietę tak, jak ją postrzegasz. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi, tylko twoje subiektywne postrzeganie sytuacji edukacyjnej. Proszę użyć poniższego kodu, aby ocenić stwierdzenie

Podczas oceniania technik edukacyjnych należy stosować następujący system oceny: 1 – Stanowczo nie zgadzam się ze stwierdzeniem 2 – Nie zgadzam się ze stwierdzeniem 3 – Niezdecydowany/a – nie mam zdania na ten temat 4 – Zgadzam się ze stwierdzeniem 5 – Zdecydowanie zgadzam się ze stwierdzeniem ND – nie dotyczy, stwierdzenie nie dotyczy wykonywanego ćwiczenia symulacyjnego							Oceń każdą z pozycji na podstawie tego, jak ważna jest ona dla Ciebie . 1 – Nieważne 2 – Trochę ważne 3 – Neutralne 4 – Ważne 5 – Bardzo ważne				
Pozycja	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Aktywne uczenie się											
1. Miałem/am okazję omówienia podczas symulacji z nauczycielem i innymi studentami pomysłów i koncepcji nauczanych podczas zajęć	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
2. Aktywnie uczestniczyłem/am w debriefingu po symulacji	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
3. Miałem/am okazję do przemyślenia moich uwag podczas debriefingu.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
4. Miałem/am wystraczająco dużo możliwości podczas symulacji na sprawdzenie czy dobrze rozumiem materiał	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5

5. Uczyłem/am się na podstawie komentarzy nauczyciela przed, w trakcie lub po symulacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
6. Otrzymywałem/am wskazówki podczas symulacji w odpowiednim czasie.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
7. Miałem/am możliwość omówienia celów symulacji z moim nauczycielem.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
8. Miałem/am możliwość omówienia pomysłów i koncepcji z moim instruktorem w czasie symulacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
9. Instruktor był w stanie reagować na indywidualne potrzeby studentów podczas symulacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
10. Korzystanie z zajęć symulacyjnych sprawiło, że mój czas nauki był bardziej produktywny.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Współpraca											
11. Miałem/am okazję pracować z innymi studentami w czasie symulacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
12. W czasie symulacji ja i inni studenci musieliśmy pracować wspólnie nad daną sytuacją kliniczną.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Zróżnicowane sposoby uczenia się											
13. Symulacja oferowała różne sposoby uczenia się materiału.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
14. Symulacja oferowała różne sposoby oceny mojego uczenia się.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Oczekiwania											
15. Cele doświadczenia symulacyjnego były jasne i łatwe do zrozumienia.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
16. Mój instruktor określił cele, jakie należy osiągnąć i oczekiwania jakie należy spełnić w czasie symulacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17. Dostęp: 1.09.2022. 2. Adamson, K., A.; Jeffries P., i Rogers K., J. Evaluation: A Critical Step in Simulation Practice and Research. W: Jeffries, P. (red.), Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to Evaluation. Second Edition (p:131:161). National League of Nursing, 2012 3. Hallmark, B. F., Thomas, C. M., Gantt, L. The educational practices construct of the NLN/Jeffries Simulation Framework: State of the science. Clinical Simulation in Nursing, 2014;10(7): 345–352. https://doi.org/10.1016/j.cens.2013.04.006. Dostęp: 10.09.2022. 4. Al Khasawneh E, Arulappan J, Natarajan JR et al. Efficacy of Simulation Using NLN/ Jeffries Nursing Education Simulation Framework on Satisfaction and Self-Confidence of Undergraduate Nursing Students in a Middle Eastern Country. SAGE Open Nursing. January 2021. doi:10.1177/23779608211011316. Dostęp: 10.09.2022.

5. Zapko, K. A., Ferranto, M. L. G., Blasiman, R., et al. Evaluating best educational practices, student satisfaction, and self-confidence in simulation: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 2018;60: 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.006>. Dostęp: 10.09.2022.
6. Rodriguez, K. G., Nelson, N., Gilmartin, M., et al. Simulation is more than working with a mannequin: Student's perceptions of their learning experience in a clinical simulation environment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2017;7(7): 30. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n7p30>. Dostęp: 10.09.2022.
7. Albagawi, B. S., Grande, R. A. N., Berdida, D. J. E., et al. Correlations and predictors of nursing simulation among Saudi students. *Nursing Forum*, May, 2021:1–9. <https://doi.org/10.1111/nuf.12591>. Dostęp: 10.09.2022.
8. Unver V, Basakb T, Wattsc P, et al. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. *Contemporary Nurse* 2017;53(1): 60–74, <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2017.1282319>. Dostęp: 10.09.2022.
9. Gill BK. Translation and validation of the traditional Chinese NLN educational practices questionnaire, simulation design scale and student satisfaction and self-confidence in learning. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2020; 10(8): 47-57. Dostęp: 15.09.2022.
10. Franklin, A. E., Burns, P., Lee, C. S. Psychometric testing on the NLN Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses. *Nurse education today*, 2014;34(10): 1298–1304. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.011>. Dostęp: 15.09.2022.
11. Grande RA, Berdida DJ, Madkhali N, et al. Psychometric validity of the Arabic versions of the Simulation Design Scale, Educational Practices Questionnaire, and the Students Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale among Saudi nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*. 2022;17(2):210-219 DOI: 10.1016/j.teln.2022.01.010. Dostęp: 15.09.2022.
12. Montserrat Román-Cereto, Celia Martí-García, Silvia García-Mayor, et al, Spanish validation of the national league for nursing questionnaires for clinical simulation, *Teaching and Learning in Nursing*, 2022; 17, (2): 174-179, ISSN 1557-3087, <https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.11.011>. Dostęp: 15.09.2022.
13. Farrés-Tarafa, M., Roldán-Merino, J., Lorenzo-Seva, U., et al. Reliability and validity study of the Spanish adaptation of the „Educational Practices Questionnaire” (EPQ). *PloS One*, 2020;15(9): e0239014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239014>. Dostęp: 15.09.2022.
14. Dziennik Ustaw 2019, poz. 1573; Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dostęp: 15.09.2022.

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.A.3. Skala Oceny Scenariusza Symulacyjnego
Nazwa skali w języku angielskim	Simulation Design Scale
Skrót	SDS
Wersja skali	Właściwa X Skrócona

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17
Autor/ autorzy wersji walidowa- nej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Studnicka Katarzyna, Zarzycka Danuta
	Rok publikacji	2019
	Źródło	Studnicka K, Zarzycka D. Adaptacja kulturowa i walidacja psychometryczna skali Oceny Scenariusza Symulacyjnego (Simulation Design Scale, SDS) - etap wstępny. W: Międzynarodowa Konferencja Naukowa: Osiągnięcia Naukowe Pielęgniarstwa Polskiego W Kontekście Wyzwań Procesu Globalizacji Jutra. Lublin, 12-14 Września 2019. [Streszcz.]. Międzynarodowa Konferencja Naukowa: Osiągnięcia naukowe pielęgniarstwa polskiego w kontekście wyzwań procesu globalizacji jutra. Lublin, 12-14 września 2019. [Streszcz.]. Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej GAUDIUM; 2019:289-291.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena obecności oraz ważności najlepszych elementów scenariusza symulacyjnego.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Uczestnictwo w zajęciach realizowanych metodą symulacji wysokiej wierności.
	Struktura skali	Skala składa się z dwudziestu pytań, podzielona na następujące podskale: cele i informacje (stwierdzenie 1-5), wsparcie (stwierdzenie 6-9), rozwiązywanie problemów (stwierdzenie 10 – 14), refleksja z opinią zwrotną (stwierdzenie 15 – 18), wierność/realizm (stwierdzenie 19-20). Instrument składa się z dwóch części: jedna dotyczy obecności określonych cech w symulacji, druga ich znaczenia/ważności dla studenta [1]. Podskala cele i informacje dotyczy oceny jasnego i klarownego przekazania najistotniejszych elementów związanych z realizacją scenariusza symulacyjnego [2]. Z kolei podskala wsparcia związana jest z okazaniem wsparciem przez nauczyciela zarówno przed, podczas jak i po realizacji scenariusza symulacyjnego [2]. Ważnym elementem ocenianym przez respondentów jest podskala związana z rozwiązywaniem problemów, bowiem projekt scenariusza powinien być dostosowany do poziomu wiedzy i umiejętności odbiorcy, tak by mógł on sprostać rozwiązaniu danego problemu. Stwierdzenia dotyczące refleksji z opinią zwrotną to istotny element, który wpływa na efektywność symulacji [3]. Ocenie, podlega między innymi otrzymanie wskazówek oraz dokonanie analizy swoich czynności i zachowań. Ostatnia podskala ocenia wierność/realizm danego scenariusza symulacyjnego. Ważne by scenariusz symulacyjny odzwierciedlał możliwie jak najbardziej środowisko kliniczne wraz z jego wyposażeniem oraz zasobami [4].

	Orientacyjny czas badania	10 – 15 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W oparciu o niniejszą skalę swoje badania przeprowadzili m.in. Albagawi i in. [5], Zhu i Wu [3], D’Souza i in. [6], Pinar [7] dowodząc tym samym efektywności symulacji medycznej. Roh i in. [8] w swojej pracy stwierdzają, iż cechy scenariusza symulacyjnego odgrywają istotną rolę w postrzeganiu symulacji jako bezpiecznego (pod względem psychologicznym) środowiska do doskonalenia umiejętności. Uslu i in. [9] również podkreślają znaczenie symulacji jako metody pozwalającej na zdobywanie i doskonalenie umiejętności przez studentów pielęgniarstwa. Skala SDS uzyskała satysfakcjonujące wyniki walidacji psychometrycznej oraz adaptacji kulturowej między innymi w Turcji [10], Chinach [11], Stanach Zjednoczonych [12], Portugalii [13], Norwegii [14,] czy Arabii Saudyjskiej [15]. W Polsce jest to jedyne narzędzie służące do oceny najlepszych elementów scenariusza symulacyjnego. Stanowi cenne źródło informacji zwrotnych związanych z jakością kształcenia i oceną procesu dydaktycznego opartego na symulacji medycznej.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	18+
	Miejsce badanych	Centrum Symulacji Medycznej (Uczelnia, szpital).
	Stan badanych	Udział w zajęciach realizowanych metodą symulacji.
	Sytuacje	Scenariusze symulacyjne wysokiej wierności realizowane w strukturach Centrum Symulacji Medycznej, w oparciu o efekty uczenia się założone i realizowane w ramach danego przedmiotu na kierunku Pielęgniarstwo [16]. Stan rozwoju kompetencji zawodowych pracowników medycznych w szpitalu.
	Inne	Skala może być stosowana samodzielnie, jak i w zestawieniu z Kwestionariuszem zastosowania technik edukacyjnych (skala EPQ) oraz Skalą do oceny satysfakcji i pewności siebie studenta w procesie uczenia się (skala SSCL) stanowiąc komplet narzędzi opracowany na potrzeby badania ram teoretycznych symulacji w pielęgniarstwie [1].
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści, kto? Badacze zaangażowani w proces ewaluacji symulacji medycznej (np. Nauczyciel/trener/instruktor symulacji). Osoby nieprofesjonalne, kto? Student.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora wersji polskojęzycznej: Tak. Zgoda PTP: Nie.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Stwierdzenia oceniane są wg skali Likert’a od 1 do 5. Łączny sumaryczny wynik skali to 200 punktów; gdzie odpowiednio po 100 punktów można uzyskać w części związanej z obecnością oraz ważnością założeń scenariusza symulacyjnego. Im wyższe wyniki, tym wyższe uznanie zastosowania najlepszych elementów scenariusza symulacyjnego [12].	

SKALA OCENY SCENARIUSZA SYMULACYJNEGO**(SIMULATION DESIGN SCALE, SDS)**

W celu zmierzenia, czy zastosowano najlepsze elementy scenariusza symulacyjnego, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety według własnej oceny. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi, tylko twoje postrzeganie symulacji. Proszę użyć poniższego kodu, aby ocenić stwierdzenie.

Podczas oceniania najlepszych elementów scenariusza należy stosować następujący system oceny: 1 – Zdecydowanie nie zgadzam się ze stwierdzeniem 2 - Nie zgadzam się ze stwierdzeniem 3 - Niezdecydowany/a – nie mam zdania na ten temat 4 – Zgadzam się ze stwierdzeniem 5 – Zdecydowanie zgadzam się ze stwierdzeniem ND – nie dotyczy, stwierdzenie nie dotyczy scenariusza symulacyjnego							Oceń każdą z pozycji na podstawie tego, jak ważna jest ona dla Ciebie . 1 – Nieważny 2 – Trochę ważny 3 – Neutralny 4 – Ważny 5 – Bardzo ważny				
Pozycja	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Cele i informacje											
1. Na początku symulacji przekazano wystarczająco dużo informacji by zapewnić właściwe ukierunkowanie i zachętę.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
2. Dobrze zrozumiałem/am powód i cele symulacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
3. Symulacja dostarczyła wystarczająco zrozumiałych informacji, aby rozwiązać problem.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
4. Podczas symulacji przekazano mi wystarczającą ilość informacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
5. Wskazówki były odpowiednie i miały na celu wspieranie mojego zrozumienia.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Wsparcie											
6. Wsparcie było oferowane w odpowiednim czasie.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
7. Moja potrzeba pomocy została rozpoznana.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
8. Podczas symulacji czułem/am się wspierany przez nauczyciela.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
9. Byłem/am wspierana w procesie uczenia się (przez inne osoby)	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Rozwiązywanie problemów											
10. Ułatwiono mi samodzielne rozwiązywanie problemów.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
11. Zachęcono mnie do eksplorowania wszystkich możliwości symulacji.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
12. Symulacja została zaprojektowana dla mojego poziomu wiedzy i umiejętności.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5

13. Symulacja pozwoliła mi ustalić priorytet w ocenie opieki pielęgniarskiej.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
14. Symulacja pozwoliła mi na określenie celów opieki mojego pacjenta.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Refleksja z opinią zwrotną											
15. Otrzymane informacje zwrotne były konstruktywne.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
16. Informacje zwrotne zostały dostarczone w odpowiednim czasie.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
17. Symulacja pozwoliła mi przeanalizować moje własne zachowanie i czynności.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
18. Po symulacji istniała możliwość uzyskania wskazówek zwrotnych od nauczyciela umożliwiających podniesienie poziomu wiedzy.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
Wierność (realizm)											
19. Scenariusz przypominał rzeczywistą sytuację kliniczną.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5
20. W scenariuszu symulacyjnym zastosowano sytuacje i omówiono realne okoliczności życiowe.	1	2	3	4	5	ND	1	2	3	4	5

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17. Dostęp: 1.09.2022. 2. Adamson, K., A.; Jeffries P., i Rogers K., J. (2012). Evaluation: A Critical Step in Simulation Practice and Research. W: Jeffries, P. (red.), Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to Evaluation. Second Edition (s:131:161). National League of Nursing 3. Zhu, F.-F., Wu, L.-R. The effectiveness of a high-fidelity teaching simulation based on an NLN/Jeffries simulation in the nursing education theoretical framework and its influencing factors. Chinese Nursing Research, 2016;3(3), 129–132. https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.06.016. Dostęp: 20.09.2022. 4. Olaussen, C., Heggdal, K., Tvedt, C. R. Elements in scenario-based simulation associated with nursing students' self-confidence and satisfaction: A cross-sectional study. Nursing Open, 2020;7(1): 170–179. https://doi.org/10.1002/nop2.375. Dostęp: 20.09.2022. 5. Albagawi, B. S., Grande, R. A. N., Berdida, D. J. E., et al. Correlations and predictors of nursing simulation among Saudi students. Nursing Forum, May, 2021:1–9. https://doi.org/10.1111/nuf.12591. Dostęp: 20.09.2022. 6. D'Souza MS, Venkatesaperumal R, Chavez FS, Parahoo K, Jacob D Effectiveness of Simulation among Undergraduate Students in the Critical Care Nursing. Int Arch Nurs Health Care 2017: 3:084. doi.org/10.23937/2469-5823/1510084. Dostęp: 20.09.2022.

	7. Pinar, G. The Effects of High Fidelity Simulation on Nursing Students' Perceptions and Self-Efficacy of Obstetric Skills. <i>International Archives of Nursing and Health Care</i>, 2015;1(1). https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510008. Dostęp: 20.09.2022. 8. Roh, Y. S., Jang, K. I., & Issenberg, S. B. Nursing students' perceptions of simulation design features and learning outcomes: The mediating effect of psychological safety. <i>Collegian</i>, 2021;28(2): 184–189. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.06.007. Dostęp: 20.09.2022. 9. Uslu, Y., Kocatepe, V., Ünver, V., Karabacak, Ü. Effectiveness Of Simulation-Based Cooperative Learning Method Electrocardiography Education. <i>Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi</i>, 2021;12(3): 662–669. https://doi.org/10.31067/acusaglik.849615. Dostęp: 20.09.2022. 10. Ünver V, Basakb T, Wattsc P, et al. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. <i>Contemporary Nurse</i> 2017;53(1): 60–74, http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2017.1282319. Dostęp: 20.09.2022. 11. Gill BK. Translation and validation of the traditional Chinese NLN educational practices questionnaire, simulation design scale and student satisfaction and self-confidence in learning. <i>Journal of Nursing Education and Practice</i>, 2020; 10(8): 47-57. Dostęp: 20.09.2022. 12. Franklin, A. E., Burns, P., Lee, C. S. Psychometric testing on the NLN Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses. <i>Nurse education today</i>, 2014;34(10): 1298–1304. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.011. Dostęp: 20.09.2022. 13. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA et al. Validation for the Portuguese language of the Simulation Design Scale. <i>Texto Contexto Enferm</i>, Florianópolis, 2015; 24(4): 934-40. Dostęp: 20.09.2022. 14. Reiersen IA, Sandvik L, Solli H et al. Psychometric testing of the Norwegian version of the Simulation Design Scale, the Educational Practices Questionnaire and the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale in nursing education, <i>International Journal of Nursing Studies Advances</i>, 2020; 2: 100012, ISSN 2666-142 X, https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100012. Dostęp: 20.09.2022. 15. Grande RA, Berdida DJ, Madkhali N, et al. Psychometric validity of the Arabic versions of the Simulation Design Scale, Educational Practices Questionnaire, and the Students Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale among Saudi nursing students. <i>Teaching and Learning in Nursing</i>. 2022;17(2):210-219 DOI: 10.1016/j.teln.2022.01.010. Dostęp: 20.09.2022. 16. Dziennik Ustaw 2019, poz. 1573; Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarzki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dostęp: 20.09.2022.
--	--

I.3.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.B.1. Skala oceny umiejętności nietechnicznych NTS (ang. <i>Non Technical Skills</i>) Oxford NOTECHS (Brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	Oxford Non Technical Skills Scale NOTECHS,
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Mishra A., Catchpole K, McCulloch P
Państwo	Oxford UK
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala została zaadoptowana na bazie the Oxford Non-Technical Skills (NOTECHS), skali stosowanej do oceny umiejętności nietechnicznych w lotnictwie [1]. Skala służy do oceny kompetencji miękkich w czterech wymiarach behawioralnych: przywództwo i zarządzanie; praca zespołowa i współpraca; rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji; świadomość sytuacji. W każdym z wymiarów skala punktów wynosi od 1 do 4 według kategorii: poniżej normy; podstawowy standard; standard; doskonały. Skala, po adaptacji, została wykorzystywana do oceny kompetencji miękkich personelu w zespołach operacyjnych, z wyszczególnieniem trzech podzespołów: chirurdzy, anestezjolodzy, pielęgniarki w badaniach prowadzonych przez Mishra A i wsp [1] w grupie 65 zespołów operacyjnych. Wyniki wykazały, że skala Oxford NOTECHS wydaje się być rzetelnym i trafnym narzędziem oceny pracy zespołowej na sali operacyjnej. Pradarelli, J. C. i wsp. [2] przeprowadzili badanie w Singapurze, którego celem było przedstawienie rzetelności skali Oxford Non-Technical Skills (NOTECHS) w ocenie umiejętności nietechnicznych (NTS-<i>Non Technical Skills</i>) zespołów operacyjnych. Współczynnik korelacji dla całkowitej oceny zespołu NOTECHS wyniósł 0,89 (95% przedział ufności [CI], 0,87-0,91). Wyniki badań wykazały wysoką rzetelność i trafność skali. W badaniach Etheridge, J. C. i wsp. [3] wykorzystano skalę Oxford NOTECHS do oceny wpływu pandemii COVID-19 na umiejętności NTS zespołów operacyjnych w Singapurze. Łącznie oceniono 159 przypadków. Skala Oxford NOTECHS została wykorzystana również w badaniu Steinemann S i wsp. [4] jako narzędzie do nauki i oceny umiejętności pracy zespołowej w interdyscyplinarnych zespołach resuscytacji urazowej. Wykazano, że zastosowanie tej skali podczas treningu pracy zespołowej w warunkach symulowanych korelowało z lepszymi wynikami klinicznym w warunkach rzeczywistych. Wyniki tych badań wskazują na zasadność zastosowania skali Oxford NOTECHS do nauki umiejętności NTS. Robertson E.R. i wsp [5] zmodyfikowali skalę NOTECHS do wersji Oxford NOTECHS II, dokonując jej uproszczenia. Nowa wersja wykorzystuje skalę ośmiopunktową zamiast czteropunktowej do pomiaru każdego wymiaru NTS. Autorzy ocenili tę skalę w pięciu ośrodkach podczas 297 operacji. Wyniki badań wykazały, wiarygodność i rzetelność Oxford NOTECHS II w ocenie NTS podzespołów operacyjnych.
Źródło bibliograficzne	1. Mishra A, Catchpole K, McCulloch P. The Oxford NOTECHS system: reliability and validity of a tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre. <i>BMJ Qual Saf</i> 2009;18(2):104–108. Dostępny w Internecie: https://qualitysafety.bmj.com/content/18/2/104 (dostęp 23.09.2022)

	2. Pradarelli, J. C., George, E., Kavanagh, J., et al. Training novice raters to assess nontechnical skills of operating room teams. <i>Journal of Surgical Education</i>, 2021;78(2): 386-390. Dostępny w Internecie https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1931720420302762?via%3Dihub (Dostęp 23.09.2022) 3. Etheridge, J. C., Moyal-Smith, R., Sonnay, Y., et al. Non-technical skills in surgery during the COVID-19 pandemic: an observational study. <i>International Journal of Surgery</i>, 2022; 98: 106210. doi: 10.1016/j.ijssu.2021.106210 Dostępny w Internecie https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919121003733?via%3Dihub (Dostęp 27.09.2022) 4. Steinemann S, Berg B, DiTullio A, et al Assessing teamwork in the trauma bay: introduction of a modified „NOTECHS” scale for trauma. <i>Am J Surg.</i> 2012 Jan;203(1):69-75. doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.08.004. PMID: 22172484. Dostępny w Internecie https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(11)00599-X/fulltext (Dostęp 27.09.2022) 5. Robertson, E. R., Hadi, M., Morgan, L. J., et al. Oxford NOTECHS II: a modified theatre team non-technical skills scoring system. <i>PLoS One</i>, 2014;9(3): e90320. Dostępny w Internecie https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090320 (Dostęp 23.09.2022)
Źródło on-line	https://qualitysafety.bmj.com/content/18/2/104 dostęp 23.09.2022

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.B.2. Rubryka Klinicznej Oceny Lastera (brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	Lasater Clinical Judgement Rubric (LCJR)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lastaer Kathie
Państwo	USA
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz został zaprojektowany jako narzędzie do opisywania trajektorii rozwoju osądu klinicznego studentów pielęgniarstwa. Osąd kliniczny jest rozumiany jako interpretowanie oraz wnioskowanie o potrzebach i obawach związanych ze stanem zdrowia pacjenta [1]. Kwestionariusz ocenia 4 główne obszary: skuteczność obserwacji, umiejętność interpretacji, odpowiedź i refleksję. Obserwacja opisuje zdolność pielęgniarki do uchwycenia aktualnej sytuacji klinicznej. Interpretacja skupia się na syntezie informacji umożliwiających zrozumienie stanu klinicznego pacjenta. Odpowiedź jako reakcja oraz podjęcie decyzji o sposobie działania adekwatnego do zmieniającej się sytuacji klinicznej. Refleksja natomiast jest procesem krytycznego myślenia nad podjętymi działaniami oraz ewaluacją podjętych działań [2]. Zasadność wykorzystania LCJR w ocenie klinicznej podczas symulowanych scenariuszy opieki nad pacjentem potwierdziła Adamson i współ. dokonując analizy 3 badań klinicznych [3]. Z kolei badanie z 2013 roku przeprowadzone na studentach pielęgniarstwa podczas zajęć w symulacji wysokiej wierności potwierdziło, iż użycie JCRS mierzy wyniki uczniów w bardziej holistyczny sposób niż check-lista i zapewnia bardziej obiektywne kryteria oceny [4].

Źródło bibliograficzne	1. Tanner Ch. Rhinking like a nurse: a Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. <i>Journal of Nursing Education</i> 2006; 45(6); 204-211 2. Miraglia R. Asselin M. The Lasater Clinical Judgment Rubric as a Framework to Enhance Clinical Judgment in Novice and Experienced. <i>Nurses Journal for Nurses in Professional Development</i> 2015; 31(5); 284-291 3. Adamson K. Gubrud P. Sideras S. Lasater K. Assessing the Reliability, Validity, and Use of the Lasater Clinical Judgment Rubric: Three Approaches. <i>Journal of Nursing Education</i> 2011; 51(2) 4. Ashcraft A, Opton L, Bridges R, et al.. Simulation Evaluation Using a Modified Lasater Clinical Judgment Rubric. <i>Teaching with technology / simulation evaluation</i> 201; 34(2); 122-126
Źródło on-line	https://doi.org/10.3928/01484834-20071101-04 Dostęp 03.09.2022

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.B.3. Narzędzie oceny kompetencji Creighton (CCEI) (Brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	The Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Martha Todd, Kimberly Hawkins, Maribeth Hercinger, Julie Manz, Mary Tracy, Lindsey Iverson
Państwo	Creighton University, California, Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	CCEI został opracowany w 2014 roku w Stanach Zjednoczonych podczas projektu badawczego (<i>National Council of States Boards of Nursing National Simulation Study</i> -NCSBN NSS) jako narzędzie oceny zarówno symulacji, jak i tradycyjnych ćwiczeń klinicznych w programach kształcenia przeddyplomowego [1]. Gdzie indziej instrument został użyty w badaniach nad wpływem stylu prebriefingu [2,3], techniki oceny i strategii debriefingu [4], podczas „symulacji końca życia” w opiece paliatywnej [5] oraz porównano wpływ zajęć symulacyjnych wysokiej wierności z tradycyjnym szkoleniem klinicznym [6] na ocenę kliniczną, postrzeganie i wiedzę wśród studentów pielęgniarstwa. Ponadto w analizie wrażliwości na zmęczenie i wydajności opieki nad pacjentem wśród pielęgniarek pracujących na 12-godzinnej zmianie dziennej lub nocnej potwierdzono skuteczność C-CEI jako narzędzia ewaluacji [7,8]. Także Sabre i in. (2017) przeprowadzili interdyscyplinarną symulację pracowników ochrony zdrowia w scenariuszu wypadków masowych z wykorzystaniem tej oceny umiejętności [9]. C-CEI zostało także zasugerowane jako jedno z narzędzi przydatnych w egzaminowaniu OSCE [10]. Protokół ocenia 22 umiejętności podzielone na cztery kategorie: Ocena stanu pacjenta, Komunikacja, Diagnoza kliniczna i Bezpieczeństwo pacjenta. Mechanizm oceny kompetencji zorientowany jest na osiągnięcie „minimalnego oczekiwanego zachowania” określone dla każdej pozycji narzędzia w postaci punktacji: 1 = Kompetentny, 2 = Niekompetentny [11]. To bezpłatne, dostępne do pobrania, dwustronicowe narzędzie jest używane, według autorów, przez ponad 190 organizacji, w tym Krajową Radę Stanowych Izb Pielęgniarskich i Narodową Ligę Pielęgniarstwa [12].
Źródło bibliograficzne	1. Hayden, J., Keegan, M., Kardong-Edgren, S., Smiley, R. A. Reliability and validity testing of the Creighton Competency Evaluation Instrument for use in the NCSBN National Simulation Study. <i>Nursing Education Perspectives</i>, 2014;35(4):244-252. doi: 10.5480/13-1130.1

	2. Page-Cuttrara, K., Turk, M. . Impact of prebriefing on competency performance, clinical judgment and experience in simulation: An experimental study. <i>Nurse Education Today</i>, 2017;48: 78-83. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.012 3. Brennan, B. A. The impact of self-efficacy based prebriefing on nursing student clinical competency and self-efficacy in simulation: An experimental study. <i>Nurse Education Today</i>, 2022, 109, 105260. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105260 4. Cockerham, M. E. Effect of faculty training on improving the consistency of student assessment and debriefing in clinical simulation. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2015;11(1): 64-71. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2014.10.011 5. Kirkpatrick, A. J., Cantrell, M. A., Smeltzer, S. C. Relationships among nursing student palliative care knowledge, experience, self-awareness, and performance: An end-of-life simulation study. <i>Nurse education today</i>, 2019;73: 23-30. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.003 6. Raman, S., Labrague, L. J., Arulappan, J., et al. Traditional clinical training combined with high-fidelity simulation-based activities improves clinical competency and knowledge among nursing students on a maternity nursing course. <i>In Nursing Forum</i>, 2019;54(3): 434-440 https://doi.org/10.1111/nuf.12351 7. Wilson, M., Elkins-Brown, N., James, L., et al. Psychometric Evaluation of the Creighton Competency Evaluation Instrument in a Population of Working Nurses. <i>Journal of Nursing Measurement</i>. 2021 DOI: 10.1891/JNM-D-20-0008 8. Elder, L. Simulation: A tool to assist nursing professional development practitioners to help nurses to better recognize early signs of clinical deterioration of patients. <i>Journal for Nurses in Professional Development</i>, 2017;33(3):127-130. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000342 9. Saber D., Strout K., Caruso L., et al. An interprofessional approach to continuing education with mass casualty simulation: Planning and execution. <i>Journal of Continuing Education in Nursing</i>, 2017;48(10): 447-453. https://doi.org/10.3928/00220124-20170918-05 10. Adamson, K. A., Kardong-Edgren, S., & Willhaus, J. An updated review of published simulation evaluation instruments. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2013;9(9): e393-e400. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2012.09.004 11. Manz, J. A., Tracy, M., Hercinger, M., et al. Assessing Competency: An Integrative Review of The Creighton Simulation Evaluation Instrument (C-SEI) and Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI). <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2022;66: 66-75. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.02.003 12. https://www.creighton.edu/nursing/academics/competency-evaluation-instrument_Data dostęp 30.09.2022
Źródło on-line	https://www.creighton.edu/nursing/academics/competency-evaluation-instrument

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.B.4. Ocena debriefingu w symulacji medycznej (DASH) (Brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	The Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Simon R, Raemer DB, Rudolph JW.
Państwo	The Center for Medical Simulation (CMS), Harvard, Boston, Stany Zjednoczone

Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie DASH zostało stworzone przez Centrum Symulacji Medycznej przy Harvard Medical School. Ocenia ono techniki wykorzystywane do przeprowadzania debriefingu poprzez badanie konkretnych zachowań. Składa się z sześciu komponentów, z których każdy jest oceniany na 7-punktowej skali Likerta. Główne elementy to: tworzenie angażującego środowiska uczenia się, utrzymywanie uwagi, zorganizowany sposób prowadzenia debriefingu, prowokowanie angażującej dyskusji, identyfikowanie i badanie luk w postępowaniu oraz pomaganie uczestnikom w osiągnięciu lub utrzymywaniu dobrych wyników w przyszłości [1]. DASH© to narzędzie pomagające w rozwijaniu i ocenianiu umiejętności podsumowujących [2]. Choć istnieje kilka narzędzi do ewaluacji debriefingu w poszczególnych specjalizacjach to Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare jest uniwersalny dla różnych dziedzin opieki zdrowotnej [3]. Został użyty w ocenie sesji podsumowującej podczas szkolenia z resuscytacji noworodków [4], w nauczaniu interdyscyplinarnym [5], czy w sesjach Escape Room [6]. W badaniach w Uniwersytecie Stanforda i dwóch centrach symulacji w Australii wykazano, że wykorzystanie pomiarów danych ilościowych poprzez DASH do budowania informacji zwrotnych poprawia wydajność klinicystów, ale ich użyteczność jest ograniczona subiektywnością i złożonością [7]. Jednakże różnica w perspektywie odbioru podsumowania przez instruktora i studenta okazała się stosunkowo niewielka nawet podczas wirtualnego debriefingu [8]. Także w badaniach Adamsa i wsp. (2018) udowodniono w oparciu o protokół DASH, że zarówno rezydenci jak i wykładowcy zapewniają podobną jakość nauczania symulacyjnego [9]. Dobrą praktyką może być wskazany w badaniach Tanoubi i wsp. (2019) kurs stosowania DASH, który pozwolił początkującym instruktorom symulacji poprawić swoje ogólne umiejętności w zakresie przeprowadzania debriefingu, w tym: utrzymywanie zaangażowania uczestników, podsumowanie w zorganizowany sposób, prowokowanie angażującej dyskusji, identyfikowanie i badanie luk w wydajności [10]. Wyniki uzyskane w tym narzędziu były znacząco wyższe w połączonej grupie debriefingowej w stosunku do debriefingu prowadzonego przez instruktora oraz w porównaniu z podsumowaniem uczestników [11].
Źródło bibliograficzne	1. Rojas, D. E., Parker, C. G., Schams, K. A., McNeill, J. A.. Implementation of best practices in simulation debriefing. <i>Nursing Education Perspectives</i>, 2017;38(3), 154-156. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000111 2. Couto, T. B., Matos, F. M., de Toledo Rodovalho, P. D., et al. Translation of the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare in Portuguese and cross-cultural adaptation for Portugal and Brazil. <i>Advances in Simulation</i>, 2021;6(1): 1-7. https://doi.org/10.1186/s41077-021-00175-z 3. Brett-Fleegler, M., Rudolph, J., Eppich, W., et al. Debriefing assessment for simulation in healthcare: development and psychometric properties. <i>Simulation in Healthcare</i>, 20127(5): 288-294. DOI:10.1097/SIH.0b013e3182620228 4. Durand, C., Secheresse, T., & Leconte, M. The use of the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) in a simulation-based team learning program for newborn resuscitation in the delivery room. <i>Archives de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie</i>, 2017;24(12): 1197-1204. 5. Brown, D. K., Wong, A. H., Ahmed, R. A. Evaluation of simulation debriefing methods with interprofessional learning. <i>Journal of Interprofessional Care</i>, 2018;32(6): 779-781. https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1500451 6. Carroll, J. A., Morse, K. J. Engaging Learners in Productive Struggle: Escape Rooms as a Teaching Tool. <i>Journal of Nursing Education</i>, 2022;1-4. https://doi.org/10.3928/01484834-20220413-01 7. Coggins, A., Hong, S. S., Baliga, K., Halamek, L. P. Immediate faculty feedback using debriefing timing data and conversational diagrams. <i>Advances in Simulation</i>, 2022;7(1): 1-10. DOI: 10.1016/j.arcped.2017.09.017

	8. Olvera-Cortés, H. E., Hernández-Gutiérrez, L. S., Scherer-Castanedo, E., et al. Who Can Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare? Different Perspectives on Teledebriefing Assessments. <i>Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare</i>. 2022 DOI: 10.1097/sih.0000000000000642 PMID: 35136006 9. Adams, T., Newton, C., Patel, H., et al. W. Resident versus faculty member simulation debriefing. <i>The clinical teacher</i>, 2018;15(6): 462-466. https://doi.org/10.1111/tct.12735 10. Tanoubi, I., Labben, I., Guédira, S., et al. The impact of a high fidelity simulation-based debriefing course on the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)© score of novice instructors. <i>Journal of Advances in Medical Education & Professionalism</i>, 2019;7(4): 159. 11. Rueda-Medina, B., Schmidt-RíoValle, J., González-Jiménez, E., et al. Peer debriefing versus instructor-led debriefing for nursing simulation. <i>Journal of Nursing Education</i>, 2012;60(2): 90-95. https://doi.org/10.3928/01484834-20210120-06
Źródło on-line	https://harvardmedsim.org/debriefing-assessment-for-simulation-in-healthcare-dash/

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.B.5. Narzędzie oceny efektywności symulacji - zmodyfikowane (Set-M) (Brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	Simulation Effectiveness Tool - Modified (Set-M)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kim Leighton, Patricia Ravert, Vickie Mudra, Christopher Macintosh
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Originalnie Simulation Effectiveness Tool (SET) zostało opracowane przez Medical Education Technologies Incorporated (METI, obecnie CAE Healthcare) dla Programu Integracji Programu Nauczania Pielęgniarstwa (PNCI) w 2005 roku [1]. W 2015 roku narzędzie to zostało zrewidowane i nazwane Narzędziem Efektywności Symulacji – Zmodyfikowanym (SET-M), z łącznie 19 pozycjami, przy użyciu 3-punktowej skali odpowiedzi. Instrument podzielony jest na cztery bloki tematyczne: Pre-briefing - punkty 1 i 2; Nauka - punkty 3 do 8; Zaufanie - punkty 9 do 14 i Debriefing - punkty 15 do 19 [2]. SET-M jest przydatny do oceny postrzegania przez uczącego się skuteczności symulacji i polecany przez Standardy najlepszych praktyk symulacji w opiece zdrowotnej (Healthcare Simulation Standards of Best Practice™) [3]. Wyniki można wykorzystać na trzy sposoby: 1) Projektowanie i wdrażanie symulowanego doświadczenia klinicznego. Określa czy istnieją obszary, które można lub należy poprawić. Jaki procent uczących się ocenia zadanie gorzej – jeśli jedna osoba ocenia je nisko, a reszta wysoko, to impuls do zmiany jest słabszy. Jeśli jednak ponad 25% uczestników oceni zadanie jako niskie, należy zastanowić się nad doświadczeniem i wprowadzić zmiany; 2) Ocena facylitatora. Podczas ewaluacji pracy instruktora ważne jest, aby spełniał on potrzeby edukacyjne uczestników. Pod koniec każdego semestru należy ocenić poszczególne wyniki w celu określenia skuteczności nauczyciela i podjąć decyzję, czy spełnia oczekiwania, czy wymaga rozwoju lub wsparcia; 3) Ewaluacja personelu technicznego w symulacji. Nie ma ustalonej metody oceny SET-M. Sugerowane jest, aby skoncentrować się na elementach o najniższej punktacji i nadaniu priorytetu najważniejszym zmianom, które powinny nastąpić, a także tym, których można dokonać szybko i łatwo [4].

	Ponadto w badaniach podczas kształcenia przeddyplomowego, dzięki wynikom powyższego kwestionariusza, określono wirtualny program dla pielęgniarstwa jako skuteczne zastępujący praktykę kliniczną. Interesujący jest fakt wynikający z pretestowania tego narzędzia, iż debriefing pozostaje istotnym elementem każdego typu symulacji [5]. Także w badaniu Palmer i wsp. (2019) większość uczestników zdecydowanie zgodziła się co do skuteczności i pozytywnego wpływu prebriefingu, a zwłaszcza debriefingu, na ich pewność siebie, wiedzę i praktykę za pomocą narzędzia SET-M [6]. Z kolei ocena symulacji in situ poprzez ten instrument okazała się skuteczna w przygotowaniu medyków na wyzwania związane z COVID-19 [7].
Źródło bibliograficzne	1. Cordi, V. L. E., Leighton, K., Ryan-Wenger, N., et al. History and development of the simulation effectiveness tool (SET). <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2012;8(6): e199-e210. doi:10.1016/j.ecns.2011.12.001. 2. Leighton K, Ravert P, Mudra V, Macintosh Updating the Simulation Effectiveness Tool: Item Modifications and reevaluation of Psychometric Properties. <i>Nurs Educ Perspect</i>. 2015;36(5):317–323. doi: 10.5480/15-1671. 3. Decker, S., Alinier, G., Crawford, S. B., et al. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ The Debriefing Process. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2021;58: 27-32. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011. Data dostępu 30.09.2022 4. https://sites.google.com/view/evaluatinghealthcaresimulation/set-m Data dostępu 30.09.2022 5. Sharoff, L. Student's Perception of vSim for Nursing® using the Simulation Effectiveness Tool—Modified. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2022; 68: 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.04.006 Data dostępu 30.09.2022 6. Palmer, E., Labant, A. L., Edwards, T. F., Boothby, J. A collaborative partnership for improving newborn safety: Using simulation for neonatal resuscitation training. <i>The Journal of Continuing Education: Thorofare</i>, 2019;50(7): 319-324. Doi: 10.3928/00220124-20190612-07. 7. Sharara-Chami, R., Sabouneh, R., Zeineddine, R., et al. In situ simulation: an essential tool for safe preparedness for the COVID-19 pandemic. <i>Simulation in Healthcare</i>, 2020;15(5): 303-309. doi: 10.1097/SIH.0000000000000504.
Źródło on-line	https://www.caehealthcare.com/media/files/Simulation-Effectiveness-Tool.pdf

I.3.C. Przykłady skal powszechnie stosowanych

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.C.1. Ottawska całościowa skala oceny zarządzania kryzysowego (Brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	OTTAWA CRISIS RECOURSE MANAGEMENT GLOBAL RATING SCALE (Ottawa GRS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	John Kim
Państwo	Kanada
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	W badaniach Kim i wsp. (2009) nad oceną umiejętności zarządzania kryzysowego zespołem zostały przetestowane dwa siostrzane narzędzia: Ottawa Global Rating Scale „Ottawa GRS” i lista kontrolna „Ottawa CRM checklist” [1]. Poniżej opisana została pierwsza z nich. Ottawa GRS jest podzielona na 5 kategorii dotyczących zarządzania kryzysowego (ang. <i>Crisis Resource Management</i> - CRM): umiejętności przywódcze (ang. <i>leadership skills</i>), umiejętności rozwiązywania problemów (ang. <i>problem solving skills</i>), umiejętności świadomości sytuacyjnej

	(ang. <i>situational awareness skills</i>), umiejętności wykorzystania zasobów (ang. <i>resource utilizations skills</i>), umiejętności komunikacyjne (ang. <i>communication skills</i>) [2]. Do oceny wyżej wymienionych obszarów użyto 7 - punktowej skali Likert'a, gdzie „1” oznacza nowicjusza (wszystkie umiejętności wymagają poprawy), „3” oznacza nowicjusza z pewnym doświadczeniem (wiele umiejętności wymaga poprawy), „5” z kolei określa uczestnika kompetentnego (większość umiejętności wymaga drobnej poprawy) a „7” definiuje osobę w pełni kompetentną (niewiele bądź żadne umiejętności nie wymagają poprawy) [3]. Skala ottawska jest powszechnie stosowana, gdyż istnieją liczne badania dotyczące oceny satysfakcji i współpracy: w zespołach urazowych [4], zespołach intensywnej terapii [5], wśród studentów kierunku lekarskiego [6], anestezjologów [7], czy pielęgniarek dyplomowanych [8]. Gillman i in. wykorzystali niniejszą skalę w badaniu dotyczącym oceny satysfakcji i współpracy w zespołach urazowych, gdzie jak przedstawiają wyniki nastąpiła poprawa umiejętności zarządzania zasobami kryzysowymi podczas kursu symulacji wysokiej wierności [4]. Również Lucas i in. wykorzystali omawiane narzędzie podczas zajęć symulacyjnych wysokiej wierności oceniając zdolność pielęgniarek dyplomowanych do zarządzania w sytuacjach kryzysowych [8]. Badanie prospektywne obserwacyjne z użyciem Ottawskiej skali zarządzania kryzysowego przeprowadzili Ellington oraz Farrukh, na grupie 46 studentów. Badani brali udział w scenariuszach symulujących pole bitwy, gdzie jak dowodzą wyniki umiejętności przywódcze są istotnymi umiejętnościami poza klinicznymi w pracy lekarza [6]. Interesujące badanie z użyciem przedstawionego narzędzia zostało przeprowadzone przez zespół norweskich badaczy, którzy w warunkach symulowanych podjęli się próby określenia wydajności pracy zespołu intensywnej terapii, z udziałem 53 pielęgniarek. Wyniki niniejszego badania dowodzą, iż korzystanie z ocen pielęgniarek dyplomowanych jest istotne z punktu widzenia podnoszenia świadomości związanej z pracą zespołu. Przekłada się to bowiem na jakość świadczonej opieki, a tym samym na bezpieczeństwo pacjenta [5]. Jirativanont i wsp. (2017) porównując ze skalą ANTS dowiedli, iż Ottawa GRS była bardziej praktyczna, miała wyższą wiarygodność, zaś oceniający zgłosili większą łatwość użycia [7]. Ponadto, skala z powodzeniem została zaadaptowana i zwalidowana na język hiszpański [9] i włoski [10] osiągając bardzo dobre wartości psychometryczne. Podsumowując, wszystkie badania związane z adaptacją kulturową oraz walidacją psychometryczną skali dowodzą jej rzetelności i trafności na bardzo wysokim poziomie. Tym samym może być z powodzeniem używana do oceny zarządzania zespołem w sytuacjach kryzysowych w warunkach symulowanych.
Źródło bibliograficzne	- Kim J, Neilipovitz D, Cardinal P, Chiu M, Clinch J. A pilot study using high-fidelity simulation to formally evaluate performance in the resuscitation of critically ill patients: The University of Ottawa Critical Care Medicine, High-Fidelity Simulation, and Crisis Resource Management I Study. <i>Crit Care Med.</i> 2006; 34: 2167–74. Dostęp: 28.09.2022 r. - Clarke, S., Horeczko, T., Carlisle, M., et al. Emergency medicine resident crisis resource management ability: a simulation-based longitudinal study. <i>Medical education online</i>, 2014;19(1): 25771. Dostęp: 28.09.2022 r. - Kim J, Neilipovitz D, Cardinal P, Chiu M. A comparison of global rating scale and checklist scores in the validation of an evaluation tool to assess performance in the resuscitation of critically ill patients during simulated emergencies (abbreviated as 'CRM simulator study IB'). <i>Simul Healthc.</i> 2009; 4: 6–16. Dostęp: 28.09.2022 r.

	4. Gillman, L. M., Brindley, P., Paton-Gayet al. Simulated Trauma and Resuscitation Team Training course—evolution of a multidisciplinary trauma crisis resource management simulation course. <i>The American Journal of Surgery</i>, 2016;212(1): 188-193. Dostęp: 28.09.2022 r. 5. Ballangrud, R., Persenius, M., Hedelin, B., et al. Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, - expert raters' assessments versus self-assessments: An explorative study. <i>BMC Nursing</i>. 2014;13: 47. 10.1186/s12912-014-0047-5. Dostęp: 27.09.2022 r. 6. Ellington, M., Farrukh, S. Are battlefield and prehospital trauma scenarios an effective educational tool to teach leadership and crisis resource management skills to undergraduate medical students?. <i>BMJ Mil Health</i>, 2020;166(E): e34-e37. Dostęp: 28.09.2022 r. 7. Jirativanont T, Raksamani K, Aroonpruksakul N, Apidechakul P, Suraseranivongse S. Dowód ważności narzędzi oceny umiejętności nietechnicznych w zarządzaniu kryzysowym symulowanym znieczuleniem. <i>Znieczulenie i intensywna terapia</i> . 2017;45(4):469-475. doi: 10.1177/0310057X1704500410. Dostęp: 30.09.2022 r. 8. Lucas, A., Edwards, M., Harder, N., et al. Teaching Crisis Resource Management Skills to Nurses Using Simulation. <i>The Journal of Continuing Education in Nursing</i>, 2020;51(6): 257-266. Dostęp: 28.09.2022 r. 9. Ballang Sánchez-Marco, M., Escribano, S., Cabañero-Martínez, M. J., et al. Cross-cultural adaptation and validation of two crisis resource management scales. <i>International Emergency Nursing</i>, 2021;57: 101016. DOI: 10.1016/j.ienj.2021.101016. Dostęp: 28.09.2022 r. 10. Franc JM, Verde M, Ripoll Gallardo A, et al. An Italian version of the Ottawa Crisis Resource Management Global Rating Scale: a reliable and valid tool for assessment of simulation performance. <i>Intern Emerg Med</i> 2017;12:651–6. https://doi.org/10.1007/s11739-016-1486-7. Dostęp: 28.09.2022 r.
Źródło on-line	https://simulationcanada.ca/scenario/ottawa-crisis-resource-management-global-rating-scale-ottawa-grs/

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARDYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.C.2. Globalna skala obiektywnej ustrukturyzowanej oceny umiejętności technicznych OSATS (brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) global rating scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	J A Martin, G Regehr, R Reznick, H MacRae, J Murnaghan, C Hutchison, M Brown
Państwo	Kanada
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala OSATS została opracowana w latach 90. XX wieku w University of Toronto do oceny technicznych umiejętności chirurgicznych [1]. W kolejnych etapach została dostosowana do ogólnej oceny umiejętności technicznych, nie ograniczając się do żadnej szczegółowej procedury. OSATS zawiera siedem pozycji do oceny w obszarze proceduralnym. Do każdego kryterium zastosowano 5 stopniową skalę Likier, z wyraźnym opisem oceny w punktach 1, 3 i 5, natomiast punkt 2 i 4 traktowane są jako punkty pośrednie. Hatala R. i wsp. dokonali przeglądu systematycznego dwudziestu dziewięciu doniesień naukowych, które koncentrowały się na ocenie umiejętności technicznych, z czego w trzech zastosowano skalę OSATS. Wyniki tych badań wskazywały na rzetelność skali OSATS do uzyskania informacji zwrotnej w ocenie umiejętności technicznych [2].

	Skala została również przetłumaczona i zaadaptowana przez badaczy brazylijskich na język portugalski [3]. Badania wykazały trafność i wiarygodność narzędzia OSATS. W innym badaniu oceniano przydatność skali OSATS do oceny umiejętności technicznych chirurgów [4]. W piśmiennictwie zidentyfikowano sześć obiektywnych narzędzi służących do oceny umiejętności technicznych chirurga. Wykazano, że jedynie skala OSATS była w stanie rozróżnić chirurgów o różnym poziomie umiejętności i wykazać związek między poziomem umiejętności a wynikami pooperacyjnymi. W innym badaniu wykorzystano skalę OSATS do porównania skuteczności dwóch metod nauczania umiejętności technicznych w grupie 137 studentów medycyny [5], wykazując rzetelność i trafność tego narzędzia.
Źródło bibliograficzne	1. Martin JA, Regehr G, Reznick R, et al. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. Br J Surg. 1997 Feb;84(2):273-8. doi: 10.1046/j.1365-2168.1997.02502.x. PMID: 9052454. 2. Hatala, R., Cook, D.A., Brydges, R. et al. Constructing a validity argument for the Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS): a systematic review of validity evidence. Adv in Health Sci Educ 2015;20: 1149–1175. https://doi.org/10.1007/s10459-015-9593-1 3. Campos, M. E. C., de Oliveira, M. M. R., de Assis, L. B., et al. Validation of the objective structured assessment of technical skill in Brasil. Revista da Associacao Medica Brasileira, 2020;66(3):328–333. https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.3.328 4. Frazer A, Tanzer M. Hanging up the surgical cap: Assessing the competence of aging surgeons. World J Orthop. 2021 Apr 18;12(4):234-245. doi: 10.5312/wjo.v12.i4.234. PMID: 33959487; PMCID: PMC8082508. Dostępny w Internecie https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8082508/ (Dostęp 27.09.2022) 5. Hilal Z, Kumpernatz AK, Rezniczek GA, et al. A randomized comparison of video demonstration versus hands-on training of medical students for vacuum delivery using Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS). Medicine (Baltimore). 2017;96(11):e6355. doi: 10.1097/MD.0000000000006355. PMID: 28296771; PMCID: PMC5369926. Dostępny w Internecie https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369926/ (Dostęp 27.09.2022)
Źródło on-line	http://cirugiaminimamenteinvasiva.es/SurgTTT-eLearning/index.php/en/mod8-2/assess-the-resident-progression/26-page-6-objective-structured-assessment-of-technical-skills-osats Dostęp 27.09.2022

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.C.3. Globalna Skala Interpersonalnej Komunikacji Terapeutycznej (brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	Global Interprofessional Therapeutic Communication Scale© (GITCS©)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Campbell Suzanne; Aredes Natália
Państwo	Kanada, Brazylia

Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali / Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie służące do pomiaru komunikacji terapeutycznej pracowników ochrony zdrowia z pacjentami. Interakcja jest obserwowana na 6 płaszczyznach: warunków i tła prowadzonej rozmowy, budowania zaufania, aktywnej komunikacji, zdolności do porozumiewania się, zorientowania na pacjenta i potencjalnych barier. Poszczególne elementy są weryfikowane w oparciu o 28 stwierdzeń, ocenianych za pomocą deskryptorów: nigdy, rzadko, czasami, zwykle, zawsze, nie dotyczy [1]. Narzędzie zostało poddane wielośrodkowym testom podczas Kanadyjskiego badania w latach 2017-2018. Ocenie komunikacji zostali poddani studenci pielęgniarstwa w czasie zajęć z pacjentem symulowanym. Badanie potwierdziło możliwość zastosowania oceny komunikacji zarówno w symulacji na żywo, oglądaniu nagrania z symulacji oraz w praktyce klinicznej [2]. Skala została również zaadoptowana do warunków szpitalnych przez badaczy z Korei. Przeprowadzili oni adaptację narzędzia na próbie 300 pielęgniarek dyplomowanych z ponad rocznym stażem w szpitalu trzeciego stopnia. Wykazali, iż narzędzie ma odpowiednią trafność konstrukcyjną i wiarygodność, aby zidentyfikować umiejętności komunikacji [3].
Źródło bibliograficzne	Campbell S.H, Angelo Aredes N.D. Global interprofessional therapeutic communication scale(GITCS): development and validation. Clinical Simulation in Nursing 2019, 34(C): 30-42. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.05.006 Campbell S.H, Aredes N.D, Bontinen K, et al. Global Interprofessional Therapeutic Communication Scale© Short Form (GITCS©): Feasibility Testing in Canada. Clinical Simulation in Nursing 2022; 65: 7-17. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.12.006 Lee J, Campbell S.H, Aredes N.D, Hong S. Cross-Cultural Validation of the Global Interprofessional Therapeutic Communication Scale© in the Korean context. Project: GITCS - Global Interprofessional Therapeutic Communication Scale March 2021, http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-353852/v1
Źródło on-line	https://nursing-sim.sites.olt.ubc.ca/communication-gitcs/ dostęp 3.09.22

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.C.4. Umiejętności pozatechniczne w anestezjologii (Tłumaczenie na język polski [1])
Nazwa skali w języku angielskim	Anaesthetists Non Technical Skills (ANTS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Georgina Fletcher, Rhona Flin, Peter McGeorge, R. Glavin, N. Maran, Rona Elizabeth Patey
Państwo	Uniwersytet w Aberdeen, Wielka Brytania
Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali / Dotychczasowe wykorzystanie skali	System ANTS został opracowany dzięki finansowaniu badań przez Szkocką Radę ds. Podyplomowej Edukacji Medycznej i Stomatologicznej, obecnie część NHS Education for Scotland, poprzez granty dla Uniwersytetu w Aberdeen w latach 1999-2003 [2]. Umiejętności w ANTS dzielą się na cztery kategorie: zarządzanie zadaniami (ang. task management), pracę zespołową (ang. team working), świadomość sytuacyjną (ang. situation awareness) i podejmowanie decyzji (ang. decision making), które dodatkowo podzielono na 15 elementów oraz opisano przykładowe zachowania wskazujące na spełnienie lub brak dostatecznego wykonania. Osoba obserwująca ocenia poprzez przypisanie poszczególnym elementom punktacji od 1 do 4 na 4-stopniowej skali [3]. System ANTS został użyty w badaniach w ośrodkach symulacyjnych w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Niemczech, Hiszpanii, Szwecji, Holandii, Danii, Włoszech, czy Australii [3]. Autorzy projektu postulują wdrożenie edukacji w zakresie umiejętności pozatechnicznych od samego początku studiów [4].

	Skuteczność tego narzędzia została potwierdzona w licznych publikacjach dotyczących oceny umiejętności w warunkach bloku operacyjnego [5], czy ewaluacji komunikacji interdyscyplinarnej oraz komunikacji z pacjentem [6]. Kolejnym analizowanym w piśmiennictwie zjawiskiem stosowania ANTS jest korzystny wpływ ćwiczeń w warunkach symulacyjnych na rozwój umiejętności pozatechnicznych [7] i utrzymywanie się ich kilka miesięcy po zakończeniu szkolenia [8].
Źródło bibliograficzne	1. Wróblewski, Ł., Janiszewska, A. Umiejętności pozatechniczne w anestezjologii. <i>Anaesthesiology & Rescue Medicine/Anestezjologia i Ratownictwo</i>, 2019; 13: 365-374 2. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, et al. Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. <i>Br J Anaesth</i>. 2003; 90:580-8. https://doi.org/10.1093/bja/aeg112. 3. Flin, R., Patey, R., Glavin, R., et al. Anaesthetists' non-technical skills. <i>British journal of anaesthesia</i>, 2010;105(1): 38-44. https://doi.org/10.1093/bja/aeq134. 4. Flin, R., Patey, R. Improving patient safety through training in non-technical skills. <i>BMJ</i>, 2009;339. https://doi.org/10.1136/bmj.b3595. 5. Boet, S., Larrigan, S., Martin, L., et al. Measuring non-technical skills of anaesthesiologists in the operating room: a systematic review of assessment tools and their measurement properties. <i>British Journal of Anaesthesia</i>, 2018;121(6): 1218-1226. https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.07.028. 6. Smith, A. F., Mishra, K. Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. <i>British Journal of Anaesthesia</i>, 2010;105(1): 60-68. https://doi.org/10.1093/bja/aeq132. 7. Müller, M. P., Hänsel, M., Fichtner, A., et al. Excellence in performance and stress reduction during two different full scale simulator training courses: a pilot study. <i>Resuscitation</i>, 2009;80(8): 919-924. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.04.027. 8. Naik, V., Savoldelli, G., Joo, H., et al. Durability of non-technical skills after simulation training. <i>Canadian Journal of Anaesthesia</i>, 2007;54(1): 40561-40561. https://doi.org/10.1007/BF03019886.
Źródło on-line	https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)37551-7/fulltext Polska wersja: https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2020/03/AiR_4_2019_09.pdf

I.4. Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

Kachaniuk Jan¹, Kachaniuk Hanna², Głowacka Mariola^{3,4}

¹ *Katolicki Uniwersytet Lubelski*

² *Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie*

³ *Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

⁴ *Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

I. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

I. 4. A. 1. AMTS (Abbreviated Mental Test Score) przesiewowa ocena sprawności funkcji poznawczych osoby badanej.

I. 4. A. 2. Behavioral Pain Scale (BPS)

I. 4. A. 3. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

I. 4. A. 4. Skale obrazkowe — zmodyfikowana skala VAS zawierająca obrazy twarzy odzwierciedlające odczuwanie bólu, gdzie na skrajnych biegunach znajdują się rysunki twarzy uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (ból najsilniejszy)

I. 4. A. 5. Kwestionariusz uzależnienia od ALKOHOLU wg AUDIT

I. 4. A. 6. Skala GOHAI do oceny zdrowia jamy ustnej w powiązaniu z jakością życia u pacjentów z chorobami ogólnymi

I. 4. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

I. 4. B. 1. Skala oceny zachowań noworodka (Neonatal Behavioral Assessment Scale - NBAS)

I. 4. B. 2. Test rozwoju motorycznego wg Milaniego-Comparetiego

I. 4. B. 3. Cough Severity Score (CSS) kwestionariusz dwuczęściowy odnoszący się do występowania objawów kaszlu w dzień i w nocy

I. 4. B. 4. Simple Pediatric Nutritional risk Screening (SPENS)

I.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM	
Nazwa skali w języku polskim	I.4.A.1. Skrócony Test Sprawności Umysłowej	
Nazwa skali w języku angielskim	Abbreviated Mental Test Score	
Skrót	AMTS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Hodkinson HM
	Rok publikacji	1972
	Źródło	Hodkinson HM. Ocena wyniku testu psychicznego do oceny upośledzenia umysłowego osób starszych . <i>Wiek Starzenie się</i> . 1972; 1 (4) : 233–238. [PubMed] [Google Scholar]
Autor/ autorzy wersji walidowa- nej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Dotychczas nie przeprowadzono badań walidacyjnych, nie ma wersji walidowanej do warunków polskich . Cho- ciaz istnieje kilka wersji polskojęzycznej tłumaczeń skali AMTS, to nie ma jednej oficjalnej, adaptacji testu [2,3,4]. Najczęściej spotykaną jest wersja zamieszczona w pod- ręczniku geriatrii dla lekarzy i studentów [5], oraz w Po- mocniczych materiałach szkoleniowych dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej [6], rekomendo- wana też w polskich standardach opieki geriatrycznej opracowanych przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia [7].
	Rok publikacji	jw
	Źródło	jw
Krótka charaktery- styka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie przeznaczone do przesiewowej oceny funk- cji poznawczych – pamięci epizodycznej, semantycznej i operacyjnej pod kątem możliwych zaburzeń oraz stop- nia ich nasilenia – w okresie starości.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Wersja skali właściwa: kwestionariusz składa się z 10 pozycji – pytań i poleceń dla osoby badanej., 10-itemowy kwestionariusz przesiewowy w wersji ory- ginalnej zawiera pytania o: wiek badanego, datę urodze- nia, aktualny czas i rok, nazwę szpitala, imię obecnego brytyjskiego monarchy, rok rozpoczęcia pierwszej woj- ny światowej; oraz przywołanie wcześniej podanego adresu, odliczanie wstecz o 1, od 20 do 1 oraz rozpo- znanie dwóch osób (np. lekarza, pielęgniarki itp.) [1]. Opracowano też wersję skali skróconą: kwestionariusz w zależności od wersji składa się z 4-8 pozycji, W najnowszej krótkiej wersji (AMT7) trafność, spójność wewnętrzna i pokrycie domen są równoważne z AMT, ale charakteryzują się nieco wyższą czułością (z akcep- towalną specyficznością) niż oryginał. Ta nowa, skróco- na wersja może poprawić wydajność młodych lekarzy w praktyce klinicznej [8].

	Orientacyjny czas badania	Czas wykonania badania wynosi kilka minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Test Hodkinsona (oryginalny) oraz jego wiele wersji językowych są szeroko stosowane zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej. To oceniane jako niezawodne i użyteczne narzędzie w badaniach przesiewowych pod kątem możliwych zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych, rekomendowane szczególnie w kierunku rozpoznania otępienia [3,5,6, 7] Skala była wielokrotnie stosowana do oceny zaburzeń nastroju i funkcji poznawczych w różnych stanach klinicznych, m. in. w dużej kohorcie starszych osób z nadciśnieniem tętniczym [8,9], depresji [10], jak również jako przedoperacyjny system punktacji do przewidywania 30-dniowej śmiertelności u pacjentów poddawanych operacji złamania szyjki kości udowej [11,12]. Wykorzystywana też była jako narzędzie diagnostyczne dla celów wyznaczenia zakresu opieki pielęgniarstwa [13] oraz zapotrzebowania na opiekę długoterminową [14, 15]. Jest szeroko stosowana do oceny funkcji poznawczych przy przyjęciu do szpitala [16] oraz w czasie hospitalizacji celem optymalizacji opieki [17,18,19].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby starsze, pacjenci geriatryczni
	Miejsce badanych	Podstawowa opieka zdrowotna, izba przyjęć, oddziały szpitalne
	Stan badanych	Pacjent w kontakcie
	Sytuacje	Różnorodne sytuacje kliniczne w praktyce klinicznej oraz w badaniach naukowych
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, położne i inni profesjonaliści medyczni	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Nie określono
Klucz do skali/interpretacja wyników	Jeśli osoba prawidłowo odpowie na pytanie, otrzymuje 1 punkt. Maksymalny wynik to 10 punktów, a minimalny 0. Na podstawie uzyskanego wyniku osoby kwalifikowane są do jednego z trzech możliwych stopni sprawności umysłowej. Wynik 7–10 punktów oznacza dobry stan. Wskazane (profilaktyczne) powtórzenie badania za rok lub w razie pojawienia się zaburzeń pamięci wynik 4–6 punktów świadczy o umiarkowanych zaburzeniach poznawczych, a wynik 0–3 punktów wskazuje na poważne zaburzenia poznawcze. Wskazana bardziej szczegółowa ocena funkcji poznawczych. Wynik niezadowolający skłania do pogłębionej diagnostyki w ramach specjalistycznej opieki geriatrycznej bądź psychiatrycznej..	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skrócony Test Sprawności Umysłowej

Imię i Nazwisko PESEL:

Lp	Pytanie	1 punkt za poprawną odpowiedź
1	Ile ma P. lat?	
2.	Która jest godzina? (z dokładnością do jednej godziny)	
3	Adres, który powiem proszę powtórzyć i zapamiętać: „ul. Gruszkowa 42”	
4	Który mamy rok ?	
5	Jaki jest P. adres?	
6	Kiedy się P. urodził (a)?	
7	W którym roku rozpoczęła się II wojna światowa?	
8	Jak się nazywa nasz obecny prezydent?	
9	Proszę policzyć wstecz od 20 do 1	
10	Proszę powtórzyć adres, który podałam(em)	
	Suma punktów	/10

Źródło: Romanik W., Łazarewicz M.: Wersja polska Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) – problemy metodologiczne / The Polish version of the Abbreviated Mental Test Score (AMTS) – methodology issues *PSYCHIATR PSYCHOL KLIN* 2017, 17 (3), p. 203–207 DOI: 10.15557/PiPK.2017.0024 <https://nursing.com.pl/artukul/kompleksowa-ocena-geriatryczna-kog-przeglad-testow-i-skala-5f3e9cd299dc40003dcde1fa>

Bibliografia	- Hodkinson HM. Ocena wyniku testu psychicznego do oceny upośledzenia umysłowego osób starszych . <i>Wiek Starzenie się</i> . 1972; 1 (4) : 233–238. [PubMed] [Google Scholar] - Kocemba J, Grodzicki T. Geriatryczne Skale Oceny. Zarys Gerontologii Klinicznej. Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000. s. 142–151. - Romanik W, Łazarewicz M. Polska wersja Skróconego Testu Psychicznego (AMTS) – zagadnienia metodologiczne. <i>Psychiatria I Psychologia Kliniczna</i>. 2017; 17 :203–207. doi: 10.15557/PiPK.2017.0024. [CrossRef] [Google Scholar] - Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Via Medica, Gdańsk 2006: 68–75. - Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej opracowane w ramach projektu systemowego Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Praca zbiorowa pod redakcją Barbary Bień i Katarzyny Broczek. Warszawa 2012 https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorow_programow.pdf
--------------	--

	6. Bień B, Błędowski P, Broczek K et al.: Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. <i>Gerontol Pol</i> 2013; 21: 33–47. 7. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. <i>Age Ageing</i>. 1991 Sep;20(5):332-6. doi: 10.1093/ageing/20.5.332. PMID: 1755388. 8. Piotrowicz K, Romanik W, Skalska A, Gryglewska B, Szczerbińska K, Derejczyk J, Krzyżewski RM, Grodzicki T, Gąsowski J. The comparison of the 1972 Hodkinson's Abbreviated Mental Test Score (AMTS) and its variants in screening for cognitive impairment. <i>Aging Clin Exp Res</i>. 2019 Apr;31(4):561-566. doi: 10.1007/s40520-018-1009-7. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30062669; PMCID: PMC6439164. 9. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. <i>Psychogeriatrics</i>. 2017 Nov;17(6):460-465. doi: 10.1111/psyg.12276. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28589659. 10. Rashedi V, Rezaei M, Foroughan M, Delbari A. Validity and reliability of the depression in old age scale (DIA-S) in Iranian older adults. <i>Arch Gerontol Geriatr</i>. 2016 Sep-Oct;66:193-7. doi: 10.1016/j.archger.2016.06.009. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27351463. 11. Wiles MD, Moran CG, Sahota O, Moppett IK. Nottingham Hip Fracture Score jako predyktor rocznej śmiertelności u pacjentów poddawanych chirurgicznej naprawie złamania szyjki kości udowej. <i>Br J Anaesth</i>. 2011;106(4):501–504. – PubMed 12. Maxwell MJ, Moran CG, Moppett IK. Opracowanie i walidacja przedoperacyjnego systemu punktacji do przewidywania 30-dniowej śmiertelności u pacjentów poddawanych operacji złamania szyjki kości udowej. <i>Br J Anaesth</i>. 2008;101(4):511–517. – PubMed 13. Doroszkiewicz H, Sierakowska M, Lewko J et al.: Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniariskiej. <i>Probl Pielęg</i> 2014; 22: 258–264. 14. Dziechciaż M, Guty E, Wojtowicz A et al.: Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. <i>Nowiny Lek</i> 2012; 81: 26–30 15. Ślusarska B, Nowicki GJ, Bartoszek A et al.: Health problems of the elderly aged 65–75 years supervised by a community nurse. <i>Gerontol Pol</i> 2016; 24: 17–25 16. Peters KA, Howe TJ, Rossiter D, Hutchinson KJ, Rosell PA. The Abbreviated Mental Test Score; Is There a Need for a Contemporaneous Update? <i>Geriatr Orthop Surg Rehabil</i>. 2021 Mar 11;12:21514593211001047. doi: 10.1177/21514593211001047. PMID: 34868721; PMCID: PMC8634377. 17. Emery A, Wells J, Klaus SP, Mather M, Pessoa A, Pendlebury ST. Underestimation of Cognitive Impairment in Older Inpatients by the Abbreviated Mental Test Score versus the Montreal Cognitive Assessment: Cross-Sectional Observational Study. <i>Dement Geriatr Cogn Dis Extra</i>. 2020 Dec 15;10(3):205-215. doi: 10.1159/000509357. PMID: 33569076; PMCID: PMC7841750. 18. Kuliński W, Figura-Bock M. SELECTED PROBLEMS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS IN A NURSING AND CARE INSTITUTION. <i>Wiad Lek</i>. 2022;75(7):1613-1621. doi: 10.36740/WLek202207101. PMID: 35962669. 19. Kańtoch A, Wójkowska-Mach J, Wizner B, Heczko P, Grodzicki T, Gryglewska B. What factors influence the long-term survival of nursing home residents with severe disabilities? <i>Folia Med Cracov</i>. 2021;61(1):67-79. PMID: 34185769.
Załącznik nr 1	1. Evered LA, Chan MTV, Han R, Chu MHM, Cheng BP, Scott DA, Pryor KO, Sessler DI, Veselis R, Frampton C, Sumner M, Ayeni A, Myles PS, Campbell D, Leslie K, Short TG. Anaesthetic depth and delirium after major surgery: a randomised clinical trial. <i>Br J Anaesth</i>. 2021 Nov;127(5):704-712. doi: 10.1016/j.bja.2021.07.021. Epub 2021 Aug 28. PMID: 34465469; PMCID: PMC8579421.

2. Piotrowicz K, Romanik W, Skalska A, Gryglewska B, Szerbińska K, Derejczyk J, Krzyżewski RM, Grodzicki T, Gąsowski J. The comparison of the 1972 Hodkinson's Abbreviated Mental Test Score (AMTS) and its variants in screening for cognitive impairment. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Apr;31(4):561-566. doi: 10.1007/s40520-018-1009-7. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30062669; PMCID: PMC6439164.
3. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. *Psychogeriatrics*. 2017 Nov;17(6):460-465. doi: 10.1111/psyg.12276. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28589659.
4. Peters KA, Howe TJ, Rossiter D, Hutchinson KJ, Rosell PA. The Abbreviated Mental Test Score; Is There a Need for a Contemporaneous Update? *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2021 Mar 11;12:21514593211001047. doi: 10.1177/21514593211001047. PMID: 34868721; PMCID: PMC8634377.
5. Tafiadis D, Ziavra N, Prentza A, Siafaka V, Zarokanelou V, Voniati L, Konitsiotis S. Validation of the Greek version of the Abbreviated Mental Test Score: Preliminary findings for cognitively impaired patients of different etiology. *Appl Neuropsychol Adult*. 2022 Sep-Oct;29(5):1003-1014. doi: 10.1080/23279095.2020.1835915. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33119404.
6. Emery A, Wells J, Klaus SP, Mather M, Pessoa A, Pendlebury ST. Underestimation of Cognitive Impairment in Older Inpatients by the Abbreviated Mental Test Score versus the Montreal Cognitive Assessment: Cross-Sectional Observational Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2020 Dec 15;10(3):205-215. doi: 10.1159/000509357. PMID: 33569076; PMCID: PMC7841750.
7. Hodkinson HM. Ocena wyniku testu psychicznego do oceny upośledzenia umysłowego osób starszych. *Wiek Starzenie się*. 1972; 1 (4) : 233–238. [PubMed] [Google Scholar]
8. Kocemba J, Grodzicki T. Geriatryczne Skale Oceny. *Zarys Gerontologii Klinicznej*. Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000. s. 142–151.
9. Romanik W, Łazarewicz M. Polska wersja Skróconego Testu Psychicznego (AMTS) – zagadnienia metodologiczne. *Psychiatria I Psychologia Kliniczna*. 2017; 17 :203–207. doi: 10.15557/PiPK.2017.0024. [CrossRef] [Google Scholar]
10. Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): *Geriatryczna z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Via Medica, Gdańsk 2006: 68–75.
11. Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej opracowane w ramach projektu systemowego Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Praca zbiorowa pod redakcją Barbary Bień i Katarzyny Broczek. Warszawa 2012 https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorow_programow.pdf
12. Bień B, Błędowski P, Broczek K et al.: Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontol Pol* 2013; 21: 33–47.
13. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. *Age Ageing*. 1991 Sep;20(5):332-6. doi: 10.1093/ageing/20.5.332. PMID: 1755388.
14. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. *Psychogeriatrics*. 2017 Nov;17(6):460-465. doi: 10.1111/psyg.12276. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28589659.
15. Wiles MD, Moran CG, Sahota O, Moppett IK. Nottingham Hip Fracture Score jako predyktor rocznej śmiertelności u pacjentów poddawanych chirurgicznej naprawie złamania szyjki kości udowej. *Br J Anaesth*. 2011;106(4):501–504. – [PubMed](#)

16. Maxwell MJ, Moran CG, Moppett IK. Opracowanie i walidacja przedoperacyjnego systemu punktacji do przewidywania 30-dniowej śmiertelności u pacjentów poddawanych operacji złamania szyjki kości udowej. *Br J Anaesth*. 2008;101(4):511–517. –PubMed
17. Doroszkiewicz H, Sierakowska M, Lewko J et al.: Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2014; 22: 258–264.
18. Dziechciaż M, Guty E, Wojtowicz A et al.: Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Nowiny Lek* 2012; 81: 26–30
19. Ślusarska B, Nowicki GJ, Bartoszek A et al.: Health problems of the elderly aged 65–75 years supervised by a community nurse. *Gerontol Pol* 2016; 24: 17–25
20. Pendlebury ST, Klaus SP, Mather M, de Brito M, Wharton RM. Routine cognitive screening in older patients admitted to acute medicine: abbreviated mental test score (AMTS) and subjective memory complaint versus Montreal Cognitive Assessment and IQCODE. *Age Ageing*. 2015 Nov;44(6):1000-5. doi: 10.1093/ageing/afv134. Epub 2015 Oct 13. PMID: 26464420; PMCID: PMC4621235.
21. Harman H, Walton TJ, Chan G, Stott P, Ricketts DM, Rogers BA. Predicting 30-day mortality after hip fracture: the G4A calibrated prognostic tool. *Hip Int*. 2022 Nov;32(6):820-825. doi: 10.1177/1120700021998959. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33755498.
22. Kennedy GEM, Mohandas P, Anderson LA, Kennedy M, Shirley DSL. Improving Identification of Cognitive Impairment in Fragility Fracture Patients: Impact of Educational Guidelines on Current Practice. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2020 Jul 27;11:2151459320935095. doi: 10.1177/2151459320935095. PMID: 32782849; PMCID: PMC7388100.
23. Węgiel M, Kleczyński P, Dziewierz A, Rzeszutko Ł, Surdacki A, Bartuś S, Rakowski T. Frailty as a Predictor of In-Hospital Outcome in Patients with Myocardial Infarction. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2022 May 5;9(5):145. doi: 10.3390/jcdd9050145. PMID: 35621856; PMCID: PMC9145424.
24. Jackson TA, Naqvi SH, Sheehan B. Screening for dementia in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of available instruments. *Age Ageing*. 2013 Nov;42(6):689-95. doi: 10.1093/ageing/aft145. Epub 2013 Oct 6. PMID: 24100618.
25. Jagadeesh N, Deva V, Kapadi S, Shaw D. Risk Factors of 120-Day Mortality Among Hip Fractures With Concomitant COVID-19 Infection. *Cureus*. 2022 Dec 17;14(12):e32637. doi: 10.7759/cureus.32637. PMID: 36545355; PMCID: PMC9762522.
26. Uzoigwe CE, O'Leary L, Nduka J, Sharma D, Melling D, Simmons D, Barton S. Factors associated with delirium and cognitive decline following hip fracture surgery. *Bone Joint J*. 2020 Dec;102-B(12):1675-1681. doi: 10.1302/0301-620X.102B12.BJJ-2019-1537.R3. PMID: 33249907.
27. Markiewicz-Żukowska R, Gutowska A, Borawska MH. Serum zinc concentrations correlate with mental and physical status of nursing home residents. *PLoS One*. 2015 Jan 30;10(1):e0117257. doi: 10.1371/journal.pone.0117257. PMID: 25635818; PMCID: PMC4311908.
28. Dixon J, Channell W, Arkley J, Eardley W. Nutrition in Hip Fracture Units: Contemporary Practices in Preoperative Supplementation. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2019 Aug 22;10:2151459319870682. doi: 10.1177/2151459319870682. PMID: 31489253; PMCID: PMC6710709.
29. Kuliński W, Figura-Bock M. SELECTED PROBLEMS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS IN A NURSING AND CARE INSTITUTION. *Wiad Lek*. 2022;75(7):1613-1621. doi: 10.36740/WLek202207101. PMID: 35962669.
30. Rashedi V, Foroughan M, Nazari H, Seeher K, Brodaty H. Validity and reliability of the Persian version of general practitioner assessment of cognition (P-GPCOG). *Aging Ment Health*. 2019 Aug;23(8):961-965. doi: 10.1080/13607863.2018.1473840. Epub 2018 May 21. PMID: 29781711.

31. Kańtoch A, Wójkowska-Mach J, Wizner B, Heczko P, Grodzicki T, Gryglewska B. What factors influence the long-term survival of nursing home residents with severe disabilities? <i>Folia Med Cracov.</i> 2021;61(1):67-79. PMID: 34185769.
32. Aftab R, Dixit D, Williams S, Baker L, Raindle Clarke D, Jack C. Cognitive impairment and pain relief following hip fractures: a case control study. <i>Br J Pain.</i> 2022 Apr;16(2):203-213. doi: 10.1177/20494637211041146. Epub 2021 Sep 2. PMID: 35419199; PMCID: PMC8998528.
33. Hobden B, Bryant J, Freund M, Clapham M, Sanson-Fisher R. Screening for Cognitive Impairment among Community-Dwelling Older Adults: A Comparison of 2 Screening Instruments. <i>J Prim Care Community Health.</i> 2021 Jan-Dec;12:21501327211029231. doi: 10.1177/21501327211029231. PMID: 34247532; PMCID: PMC8276483.
34. Kańtoch A, Gryglewska B, Wójkowska-Mach J, Heczko P, Grodzicki T. Treatment of Cardiovascular Diseases Among Elderly Residents of Long-term Care Facilities. <i>J Am Med Dir Assoc.</i> 2018 May;19(5):428-432. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.102. PMID: 29402648.
35. Doherty WJ, Stubbs TA, Chaplin A, Reed MR, Sayer AA, Witham MD, Sorial AK. Prediction of Postoperative Outcomes Following Hip Fracture Surgery: Independent Validation and Recalibration of the Nottingham Hip Fracture Score. <i>J Am Med Dir Assoc.</i> 2021 Mar;22(3):663-669.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2020.07.013. Epub 2020 Sep 4. Erratum in: <i>J Am Med Dir Assoc.</i> 2022 Mar;23(3):523. PMID: 32893139.
36. Pinkas J, Gujski M, Humeniuk E, Raczkiewicz D, Bejga P, Owoc A, Bojar I. State of Health and Quality of Life of Women at Advanced Age. <i>Med Sci Monit.</i> 2016 Sep 1;22:3095-105. doi: 10.12659/msm.900572. PMID: 27580565; PMCID: PMC5017687.
37. Grabowska I, Ścisło L, Pietruszka S, Walewska E, Paszko A, Siarkiewicz B, Richter P, Budzyński A, Szczepanik AM. Model oceny ryzyka okołoooperacyjnego u chorych w wieku podeszłym – analiza okresowa [The model of perioperative risk assessment in elderly patients - interim analysis]. <i>Pol Merkur Lekarski.</i> 2017 Apr 21;42(250):151-157. Polish. PMID: 28530213.
38. Richards T, Glendenning A, Benson D, Alexander S, Thati S. The independent patient factors that affect length of stay following hip fractures. <i>Ann R Coll Surg Engl.</i> 2018 Sep;100(7):556-562. doi: 10.1308/rcsann.2018.0068. Epub 2018 Apr 25. PMID: 29692191; PMCID: PMC6214067.
39. Rashedi V, Rezaei M, Foroughan M, Delbari A. Validity and reliability of the depression in old age scale (DIA-S) in Iranian older adults. <i>Arch Gerontol Geriatr.</i> 2016 Sep-Oct;66:193-7. doi: 10.1016/j.archger.2016.06.009. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27351463.
40. Odor PM, Chis Ster I, Wilkinson I, Sage F. Effect of admission fascia iliaca compartment blocks on post-operative abbreviated mental test scores in elderly fractured neck of femur patients: a retrospective cohort study. <i>BMC Anesthesiol.</i> 2017 Jan 5;17(1):2. doi: 10.1186/s12871-016-0297-8. PMID: 28125964; PMCID: PMC5267435.
41. Gurusinghe S, M Navaratnam D, Weerasinghe K, Gopinath G, Uzoigwe C, Joachim T. Analysis of Risk Factors and Consequences of Consecutive Proximal Femur Fractures in Elderly Patients. <i>Cureus.</i> 2021 Oct 6;13(10):e18527. doi: 10.7759/cureus.18527. PMID: 34765330; PMCID: PMC8575275.
42. Rezaei M, Rashedi V, Lotfi G, Shirinbayan P, Foroughan M. Psychometric Properties of the Persian Adaptation of Mini-Cog Test in Iranian Older Adults. <i>Int J Aging Hum Dev.</i> 2018 Apr;86(3):266-280. doi: 10.1177/0091415017724547. Epub 2017 Aug 31. PMID: 28859488.
43. Tomáš T, Pokorná A, Janíček P, Fialová I. Změny kognitivních funkcí po totální náhradě kyčelního kloubu [Changes in Cognitive Functions after Total Hip Arthroplasty]. <i>Acta Chir Orthop Traumatol Cech.</i> 2018;85(2):137-143. Czech. PMID: 30295601.

44. Lawrence JE, Fountain DM, Cundall-Curry DJ, Carrothers AD. Do Patients Taking Warfarin Experience Delays to Theatre, Longer Hospital Stay, and Poorer Survival After Hip Fracture? *Clin Orthop Relat Res*. 2017 Jan;475(1):273-279. doi: 10.1007/s11999-016-5056-0. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27586655; PMCID: PMC5174047.
45. Talarska D, Strugała M, Szweczyzak M, Tobis S, Michalak M, Wróblewska I, Wieczorowska-Tobis K. Is independence of older adults safe considering the risk of falls? *BMC Geriatr*. 2017 Mar 14;17(1):66. doi: 10.1186/s12877-017-0461-0. PMID: 28288563; PMCID: PMC5348870.
46. Talarska D, Tobis S, Kotkowiak M, Strugała M, Stanisławska J, Wieczorowska-Tobis K. Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. *Med Sci Monit*. 2018 Mar 19;24:1604-1613. doi: 10.12659/msm.907032. PMID: 29551764; PMCID: PMC5870108.
47. Kańtoch A, Grodzicki T, Wójkowska-Mach J, Heczko P, Gryglewska B. Explanatory survival model for nursing home residents- a 9-year retrospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021 Nov-Dec;97:104497. doi: 10.1016/j.archger.2021.104497. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34411924.
48. Parsons NR, Costa ML, Achten J, Griffin XL. Baseline quality of life in people with hip fracture: results from the multicentre WHiTE cohort study. *Bone Joint Res*. 2020 Aug 19;9(8):468-476. doi: 10.1302/2046-3758.98.BJR-2019-0242.R1. PMID: 32874553; PMCID: PMC7437523.
49. Piotrowicz K, Prejbisz A, Kłoczek M, Topór-Mądry R, Szczepaniak P, Kawecka-Jaszcz K, Narkiewicz K, Grodzicki T, Januszewicz A, Gąsowski J. Subclinical Mood and Cognition Impairments and Blood Pressure Control in a Large Cohort of Elderly Hypertensives. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Sep 1;17(9):864.e17-22. doi: 10.1016/j.jamda.2016.06.021. Epub 2016 Aug 5. PMID: 27502451.
50. Metcalfe D, Costa ML, Parsons NR, Achten J, Masters J, Png ME, Lamb SE, Griffin XL. Validation of a prospective cohort study of older adults with hip fractures. *Bone Joint J*. 2019 Jun;101-B(6):708-714. doi: 10.1302/0301-620X.101B6.BJJ-2018-1623.R1. PMID: 31154849.
51. Tobis S, Jaracz K, Talarska D, Kropińska S, Zasadzka E, Pawlaczyk M, Wieczorowska-Tobis K, Philp I, Suwalska A. Validity of the EASYCare Standard 2010 assessment instrument for self-assessment of health, independence, and well-being of older people living at home in Poland. *Eur J Ageing*. 2017 Apr 3;15(1):101-108. doi: 10.1007/s10433-017-0422-7. PMID: 29531519; PMCID: PMC5840086.
52. Fernandes B, Goodarzi Z, Holroyd-Leduc J. Optimizing the diagnosis and management of dementia within primary care: a systematic review of systematic reviews. *BMC Fam Pract*. 2021 Aug 11;22(1):166. doi: 10.1186/s12875-021-01461-5. PMID: 34380424; PMCID: PMC8359121.
53. Kamińska MS, Brodowski J, Karakiewicz B. Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Mar 24;12(4):3406-16. doi: 10.3390/ijerph120403406. PMID: 25811765; PMCID: PMC4410192.
54. Aguado-Maestro I, Panteli M, García-Alonso M, Bañuelos-Díaz A, Giannoudis PV. Incidence of bone protection and associated fragility injuries in patients with proximal femur fractures. *Injury*. 2017 Dec;48 Suppl 7:S27-S33. doi: 10.1016/j.injury.2017.08.035. Epub 2017 Aug 26. PMID: 28851521.
55. Whitaker SR, Nisar S, Scally AJ, Radcliffe GS. Does achieving the 'Best Practice Tariff' criteria for fractured neck of femur patients improve one year outcomes? *Injury*. 2019 Jul;50(7):1358-1363. doi: 10.1016/j.injury.2019.06.007. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31196598.
56. O'Caoimh R, Gao Y, Svendrovski A, Healy E, O'Connell E, O'Keeffe G, Cronin U, O'Herlihy E, Cornally N, Molloy WD. Screening for markers of frailty and perceived risk of adverse outcomes using the Risk Instrument for Screening in the Community (RISC). *BMC Geriatr*. 2014 Sep 19;14:104. doi: 10.1186/1471-2318-14-104. PMID: 25238874; PMCID: PMC4177708.

57. Ślusarska B, Bartoszek A, Kocka K, Deluga A, Chrzan-Rodak A, Nowicki G. Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit - an example of home care in Poland. *Clin Interv Aging*. 2019 May 17;14:889-903. doi: 10.2147/CIA.S191984. PMID: 31190775; PMCID: PMC6529176.
58. Foroughan M, Delbari A, Said SE, AkbariKamrani AA, Rashedi V, Zandi T. Risk factors and clinical aspects of delirium in elderly hospitalized patients in Iran. *Aging Clin Exp Res*. 2016 Apr;28(2):313-9. doi: 10.1007/s40520-015-0400-x. Epub 2015 Jul 21. PMID: 26194422.
59. Hey J, Hosker C, Ward J, Kite S, Speechley H. Delirium in palliative care: Detection, documentation and management in three settings. *Palliat Support Care*. 2015 Dec;13(6):1541-5. doi: 10.1017/S1478951513000813. Epub 2013 Oct 21. PMID: 24139058.
60. Zafar M, McCallum V, Nash A, Kumar H, Waqar M, Mohammed Y, Skowronski C, Malik DA, Kiani A, Kumar S, Mucci E. An Unusual Case of Acute Confusion in an Elderly Man: Pituitary Apoplexy With Lateral Rectus Palsy. *Cureus*. 2022 Nov 3;14(11):e31064. doi: 10.7759/cureus.31064. PMID: 36382316; PMCID: PMC9637439.
61. Puto G, Sowińska I, Ścisło L, Walewska E, Kamińska A, Muszałik M. Sociodemographic Factors Affecting Older People's Care Dependency in Their Daily Living Environment According to Care Dependency Scale (CDS). *Healthcare (Basel)*. 2021 Jan 21;9(2):114. doi: 10.3390/healthcare9020114. PMID: 33494359; PMCID: PMC7910922.
62. Ali TF, Warkentin LM, Gazala S, Wagg AS, Padwal RS, Khadaroo RG; Acute Care and Emergency Surgery (ACES) Group; Acute Care and Emergency Surgery ACES Group. Self-Reported Outcomes in Individuals Aged 65 and Older Admitted for Treatment to an Acute Care Surgical Service: A 6-Month Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Nov;63(11):2388-94. doi: 10.1111/jgs.13783. Epub 2015 Oct 28. PMID: 26509461.
63. Middleton M, Wan B, da Assunção R. Improving hip fracture outcomes with integrated orthogeriatric care: a comparison between two accepted orthogeriatric models. *Age Ageing*. 2017 May 1;46(3):465-470. doi: 10.1093/ageing/afw232. PMID: 27974304.
64. Ansari AS, Dennis BB, Shah D, Baah W. An unusual case of infective pneumocephalus: case report of pneumocephalus exacerbated by continuous positive airway pressure. *BMC Emerg Med*. 2018 Jan 18;18(1):2. doi: 10.1186/s12873-018-0154-9. PMID: 29347913; PMCID: PMC5774152.

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM	
Nazwa skali w języku polskim	I.4.A.2. Behawioralna Skala Bólu	
Nazwa skali w języku angielskim	Behavioral Pain Scale	
Skrót	BPS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C..
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. <i>Crit Care Med</i> . 2001 Dec;29(12):2258-63. doi: 10.1097/00003246-200112000-00004. PMID: 11801819.

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Katarzyna Kotfis, Małgorzata Zegan-Barańska, Łukasz Szydłowski, Maciej Żukowski, Eugene W. Ely
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). Anaesthesiol Intensive Ther. 2017;49(1):66-72. doi: 10.5603/AIT.2017.0010. PMID: 28362033. https://www.termedia.pl/Methods-of-pain-assessment-in-adult-intensive-care-unit-patients-Polish-version-of-the-CPOT-Critical-Care-Pain-Observation-Tool-and-BPS-Behavioral-Pain-Scale-,118,38057,0,1.html
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena występowania i natężenia bólu u pacjentów niezdolnych do samodzielnego zgłaszania bólu, poddanych sedacji, wentylowanych mechanicznie.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Narzędzie to opiera się na ocenie trzech zakresów zachowań pacjentów: 1) wyrazu twarzy, 2) ruchów kończyn górnych i 3) współpracy z respiratorem podczas wentylacji mechanicznej [1].
	Orientacyjny czas badania	Zależność osobnicza
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	BPS stosowana była wielokrotnie u większości pacjentów intensywnej terapii [2, 3, 4, 5, 6, 7], w tym u pacjentów z urazami mózgu [8, 9, 10, 11] i delirium [12], kardiologicznych [13,14], onkologicznych poddawanych operacjom chirurgicznym jamy brzusznej [15] oraz zaburzeniach snu przed i podczas pandemii COVID-19 [16]. Skala wykazuje bardzo dobre właściwości psychometryczne, zalecana jest do wykrywania i monitorowania bólu podczas zabiegu u krytycznie chorych, bez możliwości samodzielnego zgłaszania dolegliwości bólowych zarówno dorosłych [17], jak i dzieci [18,1].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie dotyczy
	Miejsce badanych	Oddziały intensywnej terapii
	Stan badanych	Chorzy nieprzytomni i przytomni; wentylowani mechanicznie wymagający analgezji i sedacji.
	Sytuacje	Monitorowanie bólu u chorych
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę		Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, położne i inni Osoby nieprofesjonalne: opiekunowie nieformalni (członkowie rodziny chorego).
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak
Klucz do skali/interpretacja wyników		Oceniający przyznaje punkty w każdym zakresie, łącznie pacjent może uzyskać od 3 (brak bólu) do 12 punktów (największy możliwy wynik).
Formularz skali/ kwestionariusz		

Polska wersja językowa skali Behavioral Pain Scale

Źródło: Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydlowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). Anestezjologia Intensywna Terapia. 2017;70-76.

Pozycja	Opis	Punktacja
Wyraz twarzy	Zrelaksowany	1
	Częściowo napięty (np. obniża brwi)	2
	Zupełnie spięty (np. zaciska powieki)	3
	Grymas	4
Ruchy kończyn górnych	Bez ruchu	1
	Częściowe zgięcie	2
	Całkowite zgięcie z zaciśnięciem palców	3
	Stale wycofany	4
Współpraca z respiratorem	Toleruje ruch	1
	Kasze, ale toleruje wentylację przez większość czasu	2
	Walczy z respiratorem	3
	Nie kontroluje wentylacji	4

Wyniki: od 3 (brak bólu) do 12 (maksymalny ból)

Wersja oryginalna: Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med. 2001; 29(12): 2258–2263, indexed in Pubmed: [11801819](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11801819/).

Tłumaczenie: dr n. med. Katarzyna Kotfis

Tłumaczenie zwrotne: dr n. med. Małgorzata Zegan-Barańska

Bibliografia	1. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med. 2001 Dec;29(12):2258-63. doi: 10.1097/00003246-200112000-00004. PMID: 11801819. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11801819/ 2. Severgnini P, Pelosi P, Contino E, Serafinelli E, Novario R, Chiaranda M. Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. J Intensive Care. 2016 Nov 7;4:68. doi: 10.1186/s40560-016-0192-x. PMID: 27833752; PMCID: PMC5100216. 3. Al Darwish ZQ, Hamdi R, Fallatah S. Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. AACN Adv Crit Care. 2016 Apr-Jun;27(2):162-72. doi: 10.4037/aacnacc2016287. PMID: 27153305.
--------------	---

4. Wojnar-Gruszka K, Segal A, Płaszewska-Żywko L, Wojtan S, Potocka M, Kózka M. Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 1;19(17):10894. doi: 10.3390/ijerph191710894. PMID: 36078609; PMCID: PMC9517797. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9517797/>
5. Herzer G, Mirth C, Illievich UM, Voelckel WG, Trimmel H. Analgosedation of adult patients with elevated intracranial pressure: Survey of current clinical practice in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2018 Jan;130(1-2):45-53. doi: 10.1007/s00508-017-1228-5. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28733841.
6. Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2017;49(1):66-72. doi: 10.5603/AIT.2017.0010. PMID: 28362033.
7. Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg*. 2005 Nov;101(5):1470-1476. doi: 10.1213/01.ANE.0000182331.68722.FF. PMID: 16244013.
8. Joffe AM, McNulty B, Boitor M, Marsh R, Gélinas C. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. *J Crit Care*. 2016 Dec;36:76-80. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.05.011. Epub 2016 May 25. PMID: 27546751.
9. Abdelhakeem AK, Amin A, Hasanin A, Mukhtar A, Eladawy A, Kassem S. Validity of Pulse Oximetry-derived Peripheral Perfusion Index in Pain Assessment in Critically Ill Intubated Patients. *Clin J Pain*. 2021 Dec 1;37(12):904-907. doi: 10.1097/AJP.0000000000000982. PMID: 34757342.
10. Gélinas C, Boitor M, Puntillo KA, Arbour C, Topolovec-Vranic J, Cusimano MD, Choinière M, Streiner DL. Behaviors Indicative of Pain in Brain-Injured Adult Patients With Different Levels of Consciousness in the Intensive Care Unit. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Apr;57(4):761-773. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.12.333. Epub 2018 Dec 27. PMID: 30593909.
11. Ribeiro CJN, Lima AGCF, de Araújo RAS, Nunes MDS, Alves JAB, Dantas DV, Ribeiro MDCO. Psychometric Properties of the Behavioral Pain Scale in Traumatic Brain Injury. *Pain Manag Nurs*. 2019 Apr;20(2):152-157. doi: 10.1016/j.pmn.2018.09.004. Epub 2018 Dec 6. PMID: 30528364. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30528364/>
12. Kanji S, MacPhee H, Singh A, Johanson C, Fairbairn J, Lloyd T, MacLean R, Rosenberg E. Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in Critically Ill Patients With Delirium: A Prospective Cohort Study. *Crit Care Med*. 2016 May;44(5):943-7. doi: 10.1097/CCM.0000000000001522. PMID: 26783859.
13. Kotfis K, Strzelbicka M, Zegan-Barańska M, Safranow K, Brykczyński M, Żukowski M, Ely EW; POL-BPS Study Group. Validation of the behavioral pain scale to assess pain intensity in adult, intubated postcardiac surgery patients: A cohort observational study - POL-BPS. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Sep;97(38):e12443. doi: 10.1097/MD.00000000000012443. PMID: 30235728; PMCID: PMC6160138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30235728/>
14. Rijkenberg S, Stilma W, Bosman RJ, van der Meer NJ, van der Voort PHJ. Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2017 Aug;31(4):1227-1234. doi: 10.1053/j.jvca.2017.03.013. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28800982. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28800982/>
15. Kapritsou M, Kalafati M, Giannakopoulou M, Korkolis DP, Kaklamanos I, Siskou T, Konstantinou EA. Cross-Correlation Among Visual Analog, Observational, and Behavioral Pain Scales of Oncological Patients Undergoing Major Abdominal Surgery. *J Perianesth Nurs*. 2019 Aug;34(4):774-778. doi: 10.1016/j.jopan.2018.11.008. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30773406. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30773406/>

	16. Luz M, Brandão Barreto B, de Castro REV, Salluh J, Dal-Pizzol F, Araujo C, De Jong A, Chanques G, Myatra SN, Tobar E, Gimenez-Esparza Vich C, Carini F, Ely EW, Stollings JL, Drumright K, Kress J, Povoa P, Shehabi Y, Mphandi W, Gusmao-Flores D. Practices in sedation, analgesia, mobilization, delirium, and sleep deprivation in adult intensive care units (SAMDS-ICU): an international survey before and during the COVID-19 pandemic. <i>Ann Intensive Care</i>. 2022 Feb 4;12(1):9. doi: 10.1186/s13613-022-00985-y. PMID: 35122204; PMCID: PMC8815719. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35122204/ 17. Nazari R, Froelicher ES, Nia HS, Hajhosseini F, Mousazadeh N. Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2022 Summer;26(4):472-476. . doi: 10.5005/jp-journals-10071-24154. PMID: 35656052; PMCID: PMC9067504 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9067504/ 18. Sulla F, La Chimia M, Barbieri L, Gigantiello A, Iraci C, Virgili G, Artioli G, Sarli L. A first contribution to the validation of the Italian version of the Behavioral Pain Scale in sedated, intubated, and mechanically ventilated paediatric patients. <i>Acta Bio-med</i>. 2018 Dec 7;89(7-S):19-24. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7945. PMID: 30539934; PMCID: PMC6502142. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30539934/ 19. Mauritz MD, Uhlenberg F, Dreier LA, Giordano V, Deindl P. Discriminant properties of the Behavioral Pain Scale for assessment of procedural pain-related distress in ventilated children. <i>Scand J Pain</i>. 2022 Apr 25;22(3):464-472. doi: 10.1515/sjpa-in-2021-0193. PMID: 35451587.
Załącznik 2	1. Pande RK. Behavioral Pain Assessment Tool: Yet Another Attempt to Measure Pain in Sedated and Ventilated Patients! <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2020 Aug;24(8):617-618. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23536. PMID: 33024362; PMCID: PMC7519611. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33024362/ 2. Kotfis K, Strzelbicka M, Zegan-Barańska M, Safranow K, Brykczyński M, Żukowski M, Ely EW; POL-BPS Study Group. Validation of the behavioral pain scale to assess pain intensity in adult, intubated postcardiac surgery patients: A cohort observational study - POL-BPS. <i>Medicine (Baltimore)</i>. 2018 Sep;97(38):e12443. doi: 10.1097/MD.00000000000012443. PMID: 30235728; PMCID: PMC6160138. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30235728/ 3. Hylén M, Akerman E, Alm-Roijer C, Idvall E. Behavioral Pain Scale - translation, reliability, and validity in a Swedish context. <i>Acta Anaesthesiol Scand</i>. 2016 Jul;60(6):821-8. doi: 10.1111/aas.12688. Epub 2016 Feb 1. PMID: 27251598. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27251598/ 4. Nazari R, Froelicher ES, Nia HS, Hajhosseini F, Mousazadeh N. Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2022 Summer;26(4):472-476. . doi: 10.5005/jp-journals-10071-24154. PMID: 35656052; PMCID: PMC9067504 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9067504/ 5. Gomarverdi S, Sedighie L, Seifrabiei MA, Nikooseresht M. Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. <i>Iran J Nurs Midwifery Res</i>. 2019 Mar-Apr;24(2):151-155. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18. PMID: 30820228; PMCID: PMC6390431. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30820228/ 6. Rijkenberg S, Stilma W, Bosman RJ, van der Meer NJ, van der Voort PHJ. Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). <i>J Cardiothorac Vasc Anesth</i>. 2017 Aug;31(4):1227-1234. doi: 10.1053/j.jvca.2017.03.013. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28800982. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28800982/

	7. Ribeiro CJN, Lima AGCF, de Araújo RAS, Nunes MDS, Alves JAB, Dantas DV, Ribeiro MDCO. Psychometric Properties of the Behavioral Pain Scale in Traumatic Brain Injury. <i>Pain Manag Nurs</i>. 2019 Apr;20(2):152-157. doi: 10.1016/j.pmn.2018.09.004. Epub 2018 Dec 6. PMID: 30528364. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30528364/ 8. Guasconi M, Granata C, Sulla F, Rubbi I, Artioli G, Sarli L, Scelsi S. Validation of the Italian version of Behavioral Pain Scale in sedated, intubated, and mechanically ventilated pediatric patients. <i>Acta Biomed</i>. 2021 Dec 22;92(S2):e2021370. doi: 10.23750/abm.v92iS2.12429. PMID: 35037637. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35037637/ 9. Bouajram RH, Sebat CM, Love D, Louie EL, Wilson MD, Duby JJ. Comparison of Self-Reported and Behavioral Pain Assessment Tools in Critically Ill Patients. <i>J Intensive Care Med</i>. 2020 May;35(5):453-460. doi: 10.1177/0885066618757450. Epub 2018 Feb 15. PMID: 29448873. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29448873/ 10. Azevedo-Santos IF, Alves IG, Badauê-Passos D, Santana-Filho VJ, DeSantana JM. Psychometric Analysis of Behavioral Pain Scale Brazilian Version in Sedated and Mechanically Ventilated Adult Patients: A Preliminary Study. <i>Pain Pract</i>. 2016 Apr;16(4):451-8. doi: 10.1111/papr.12287. Epub 2015 Apr 10. PMID: 25857484. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25857484/ 11. Dehghani H, Tavangar H, Ghandehari A. Validity and reliability of behavioral pain scale in patients with low level of consciousness due to head trauma hospitalized in intensive care unit. <i>Arch Trauma Res</i>. 2014 Mar 30;3(1):e18608. doi: 10.5812/atr.18608. PMID: 25032173; PMCID: PMC4080766. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25032173/ 12. Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Mayzner-Zawadzka E, Dyk D, Majewski M, Doboszyńska A. Psychometric Assessment of Physiologic and Behavioral Pain Indicators in Polish Versions of the Pain Assessment Scales. <i>Pain Manag Nurs</i>. 2019 Jun;20(3):292-301. doi: 10.1016/j.pmn.2018.07.006. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30269914. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30269914/ 13. Georgiou E, Paikousis L, Lambrinou E, Merkouris A, Papatthanassoglou EDE. The effectiveness of systematic pain assessment on critically ill patient outcomes: A randomised controlled trial. <i>Aust Crit Care</i>. 2020 Sep;33(5):412-419. doi: 10.1016/j.aucc.2019.09.004. Epub 2019 Dec 7. PMID: 31818632. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31818632/ 14. Navarro-Colom M, Sendra-Lluis MA, Castillo-Masa AM, Robleda G. Fiabilidad interobservador y consistencia interna de la Behavioral Pain Scale en pacientes con ventilación mecánica [Intraobserver reliability and internal consistency of the Behavioral Pain Scale in mechanically-ventilated patients]. <i>Enferm Intensiva</i>. 2015 Jan-Mar;26(1):24-31. Spanish. doi: 10.1016/j.enfi.2014.10.002. Epub 2014 Nov 21. PMID: 25457695. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457695/ 15. Fröhlich MR, Meyer G, Spirig R, Bachmann LM. Comparison of the Zurich Observation Pain Assessment with the Behavioural Pain Scale and the Critical Care Pain Observation Tool in nonverbal patients in the intensive care unit: A prospective observational study. <i>Intensive Crit Care Nurs</i>. 2020 Oct;60:102874. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102874. Epub 2020 May 7. PMID: 32389396. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389396/ 16. Sulla F, La Chimia M, Barbieri L, Gigantiello A, Iraci C, Virgili G, Artioli G, Sarli L. A first contribution to the validation of the Italian version of the Behavioral Pain Scale in sedated, intubated, and mechanically ventilated paediatric patients. <i>Acta Biomed</i>. 2018 Dec 7;89(7-S):19-24. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7945. PMID: 30539934; PMCID: PMC6502142. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30539934/ 17. Hsiung NH, Yang Y, Lee MS, Dalal K, Smith GD. Translation, adaptation, and validation of the behavioral pain scale and the critical-care pain observational tools in Taiwan. <i>J Pain Res</i>. 2016 Sep 15;9:661-669. doi: 10.2147/JPR.S91036. PMID: 27695360; PMCID: PMC5029847. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27695360/
--	--

	18. Jurth C, Zimmermann V, Schaaf L, Lezius F, Bublitz VK, Lichtner G, von Dincklage F. Investigation of Behavioural Pain Scale, Critical Care Pain Observation Tool, nociceptive flexion reflex and pupillary dilatation reflex as predictors of behavioural reactions to nociceptive procedures in critically ill patients unable to self-report pain. <i>Eur J Pain</i>. 2022 Nov;26(10):2074-2082. doi: 10.1002/ejp.2019. Epub 2022 Aug 22. PMID: 35959740. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35959740/ 19. Chen J, Lu Q, Wu XY, An YZ, Zhan YC, Zhang HY. Reliability and validity of the Chinese version of the behavioral pain scale in intubated and non-intubated critically ill patients: Two cross-sectional studies. <i>Int J Nurs Stud</i>. 2016 Sep;61:63-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.013. Epub 2016 May 27. PMID: 27289036. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27289036/ 20. Elli S, Dagostini G, Bambi S, Rezoagli E, Cannizzo L, Pasquali S, Colnaghi G, Lucchini A. Utilizzo della Behavioral Pain Scale e della Critical Care Pain Observation Tool per la rilevazione del dolore in una terapia intensiva polivalente [Utilization of Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in Intensive Care Unit]. <i>Prof Inferm</i>. 2015 Oct-Dec;68(4):228-35. Italian. doi: 10.7429/pi.2015.684228. PMID: 26752314. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752314/ 21. Jendoubi A, Abbes A, Ghedira S, Houissa M. Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients with Traumatic Brain Injury: Behavioral Pain Tools Versus Analgesia Nociception Index. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2017 Sep;21(9):585-588. doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_419_16. PMID: 28970658; PMCID: PMC5613610. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28970658/ 22. Kapritsou M, Kalafati M, Giannakopoulou M, Korkolis DP, Kaklamanos I, Siskou T, Konstantinou EA. Cross-Correlation Among Visual Analog, Observational, and Behavioral Pain Scales of Oncological Patients Undergoing Major Abdominal Surgery. <i>J Perianesth Nurs</i>. 2019 Aug;34(4):774-778. doi: 10.1016/j.jopan.2018.11.008. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30773406. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30773406/ 23. Luz M, Brandão Barreto B, de Castro REV, Salluh J, Dal-Pizzol F, Araujo C, De Jong A, Channes G, Myatra SN, Tobar E, Gimenez-Esparza Vich C, Carini F, Ely EW, Stollings JL, Drumright K, Kress J, Povoia P, Shehabi Y, Mphandi W, Gusmao-Flores D. Practices in sedation, analgesia, mobilization, delirium, and sleep deprivation in adult intensive care units (SAMDS-ICU): an international survey before and during the COVID-19 pandemic. <i>Ann Intensive Care</i>. 2022 Feb 4;12(1):9. doi: 10.1186/s13613-022-00985-y. PMID: 35122204; PMCID: PMC8815719. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35122204/ 24. Pozas Abril J, Toraño Olivera MJ, Latorre-Marco I. Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca mediante la Behavioural Pain Scale [Evaluation of immediate post-operative pain in heart surgery using the Behavioural Pain Scale]. <i>Enferm Intensiva</i>. 2014 Jan-Mar;25(1):24-9. Spanish. doi: 10.1016/j.enfi.2013.10.002. Epub 2013 Dec 13. PMID: 24332846. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24332846/ 25. Olsen BF, Rustøen T, Sandvik L, Miaskowski C, Jacobsen M, Valeberg BT. Development of a pain management algorithm for intensive care units. <i>Heart Lung</i>. 2015 Nov-Dec;44(6):521-7. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.09.001. PMID: 26572773. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26572773/ 26. Suzuki T. Does the combination use of two pain assessment tools have a synergistic effect? <i>J Intensive Care</i>. 2017 Jan 3;5:1. doi: 10.1186/s40560-016-0195-7. PMID: 28066556; PMCID: PMC5210276. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28066556/ 27. Gélinas C, Puntillo KA, Joffe AM, Barr J. A validated approach to evaluating psychometric properties of pain assessment tools for use in nonverbal critically ill adults. <i>Semin Respir Crit Care Med</i>. 2013 Apr;34(2):153-68. doi: 10.1055/s-0033-1342970. Epub 2013 May 28. PMID: 23716307. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23716307/
--	--

28. Yamashita A, Yamasaki M, Matsuyama H, Amaya F. Risk factors and prognosis of pain events during mechanical ventilation: a retrospective study. *J Intensive Care*. 2017 Feb 8;5:17. doi: 10.1186/s40560-017-0212-5. PMID: 28194277; PMCID: PMC5299760. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28194277/>
29. Ayasrah SM. Pain among non-verbal critically ill mechanically ventilated patients: Prevalence, correlates and predictors. *J Crit Care*. 2019 Feb;49:14-20. doi: 10.1016/j.jcrc.2018.10.002. Epub 2018 Oct 13. PMID: 30339991. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30339991/>
30. Ito Y, Teruya K, Nakajima E. Evaluation of pain severity in critically ill patients on mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022 Feb;68:103118. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103118. Epub 2021 Aug 13. PMID: 34393008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393008/>
31. Ito Y, Teruya K, Kubota H, Yorozu T, Nakajima E. Factors affecting pain assessment scores in patients on mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017 Oct;42:75-79. doi: 10.1016/j.iccn.2017.03.001. Epub 2017 Mar 24. PMID: 28347628. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347628/>
32. Rahu MA, Grap MJ, Ferguson P, Joseph P, Sherman S, Elswick RK Jr. Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *Am J Crit Care*. 2015 Nov;24(6):514-23. doi: 10.4037/ajcc2015832. PMID: 26523009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26523009/>
33. Liu Y, Li L, Herr K. Evaluation of Two Observational Pain Assessment Tools in Chinese Critically Ill Patients. *Pain Med*. 2015 Aug;16(8):1622-8. doi: 10.1111/pme.12742. Epub 2015 Mar 20. PMID: 25800546. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25800546/>
34. Al Darwish ZQ, Hamdi R, Fallatah S. Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *AACN Adv Crit Care*. 2016 Apr-Jun;27(2):162-72. doi: 10.4037/aacnacc2016287. PMID: 27153305. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27153305/>
35. Jacq G, Melot K, Bezou M, Foucault L, Courau-Courtois J, Cavelot S, Lang A, Bedos JP, Le-Boeuf D, Boussard JM, Legriel S. Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. *PLoS One*. 2018 Nov 14;13(11):e0207174. doi: 10.1371/journal.pone.0207174. PMID: 30427906; PMCID: PMC6235356. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30427906/>
36. Kontou P, Kotoulas SC, Kalliontzis S, Synodinos-Kamilos S, Akritidou S, Kaimakamis E, Anisoglou S, Manika K. Evaluation of Pain Scales and Outcome in Critically Ill Patients of a Greek ICU. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2023 Mar;37(1):34-43. doi: 10.1080/15360288.2022.2149668. Epub 2022 Dec 13. PMID: 36512684. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36512684/>
37. Georgiou E, Paikousis L, Lambrinou E, Merkouris A, Papatheanassoglou EDE. The effectiveness of systematic pain assessment on critically ill patient outcomes: A randomised controlled trial. *Aust Crit Care*. 2020 Sep;33(5):412-419. doi: 10.1016/j.aucc.2019.09.004. Epub 2019 Dec 7. PMID: 31818632. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31818632/>
38. Abdelhakeem AK, Amin A, Hasanin A, Mukhtar A, Eladawy A, Kassem S. Validity of Pulse Oximetry-derived Peripheral Perfusion Index in Pain Assessment in Critically Ill Intubated Patients. *Clin J Pain*. 2021 Dec 1;37(12):904-907. doi: 10.1097/AJP.0000000000000982. PMID: 34757342. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34757342/>
39. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*. 2001 Dec;29(12):2258-63. doi: 10.1097/00003246-200112000-00004. PMID: 11801819. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11801819/>

40. Severgnini P, Pelosi P, Contino E, Serafinelli E, Novario R, Chiaranda M. Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. *J Intensive Care*. 2016 Nov 7;4:68. doi: 10.1186/s40560-016-0192-x. PMID: 27833752; PMCID: PMC5100216.
41. Al Darwish ZQ, Hamdi R, Fallatah S. Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *AACN Adv Crit Care*. 2016 Apr-Jun;27(2):162-72. doi: 10.4037/aacnacc2016287. PMID: 27153305.
42. Herzer G, Mirth C, Illievich UM, Voelckel WG, Trimmel H. Analgosedation of adult patients with elevated intracranial pressure: Survey of current clinical practice in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2018 Jan;130(1-2):45-53. doi: 10.1007/s00508-017-1228-5. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28733841.
43. Kanji S, MacPhee H, Singh A, Johanson C, Fairbairn J, Lloyd T, MacLean R, Rosenberg E. Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in Critically Ill Patients With Delirium: A Prospective Cohort Study. *Crit Care Med*. 2016 May;44(5):943-7. doi: 10.1097/CCM.0000000000001522. PMID: 26783859.
44. Joffe AM, McNulty B, Boitor M, Marsh R, Gélinas C. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. *J Crit Care*. 2016 Dec;36:76-80. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.05.011. Epub 2016 May 25. PMID: 27546751.
45. Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg*. 2005 Nov;101(5):1470-1476. doi: 10.1213/01.ANE.0000182331.68722.FF. PMID: 16244013.

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM	
Nazwa skali w języku polskim	I.4.A.3. Narzędzie do obserwacji bólu w intensywnej terapii	
Nazwa skali w języku angielskim	Critical-Care Pain Observation Tool	
Skrót	CPOT	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Céline Gélinas , Lis Fillon , Kathleen A Puntillo , Chantal Wiens , Martynę Fortier
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. <i>Am J Crit Care</i> . 2006 Jul;15(4):420-7. PMID: 16823021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823021/
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely WE.
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely WE. Metody oceny bólu u dorosłych pacjentów oddziałów intensywnej terapii – polska wersja kwestionariusza CCPOT (Critical Care Pain Observation Tool) i BPS (Behavioural Pain Scale) <i>Anaesthesiol Intensive Ther</i> . 2017; 49 :66–72. [PubMed] [Google Scholar] [Lista referencyjna]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	do oceny natężenia bólu u dorosłych zaintubowanych pacjentów oddziałów intensywnej terapii:
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie wskazano

	Struktura skali	CCPOT obejmuje cztery domeny behawioralne: mimika, ruchy ciała, napięcie mięśni oraz zgodność z respiratorem (w przypadku pacjentów zaintubowanych) lub werbalizacja (w przypadku pacjentów ekstubowanych).
	Orientacyjny czas badania	10-15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala CCPOT została stworzona w języku francuskim przez Gelinas i wsp. [1] w Kanadzie, a następnie przetłumaczona i zwalidowana w innych wersjach językowych [2 – 8]. Dotychczas stosowana w badaniach naukowych do analizy bólu w różnych stanach klinicznych, między innymi u krytycznie chorych zaintubowanych poddanych analgesodacji [2], po urazach i operacjach mózgu [4]. Pacjenci oddziałów intensywnej terapii ze względu na swój stan często odczuwają ból , zwłaszcza podczas zabiegów diagnostycznych, pielęgnacyjnych i terapeutycznych, a nie mogą sami go zgłosić. Dokładna ocena bólu i postępowanie u pacjentów w stanie krytycznym z zaburzeniami poznawczymi, którzy nie są w stanie się porozumieć, stanowi duże wyzwanie dla personelu medycznego i pielęgniarstwa. W dotychczas prowadzonych badaniach weryfikowano możliwość wykorzystania skali CCPOT w zarządzaniu praktykami pielęgniarstwu na oddziale intensywnej terapii z krytycznie chorymi pacjentami, nie zdolnymi do zgłaszania bólu [9-12]. Wykazano m.in., że zastosowanie tego narzędzia pozwala na rozróżnienie procedur bólowych i niebólesnych [10]. Wyniki zdecydowanie potwierdzają wartość skali CCPOT w diagnozowaniu, monitorowaniu i leczeniu bólu pacjenta na OIT w połączeniu ze szkoleniem personelu medycznego i pielęgniarstwa [11, 12].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Oddziały intensywnej terapii
	Stan badanych	krytycznie chorzy, niezdolni do samodzielnego zgłoszenia bólu
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	W każdej kategorii badacz przyznaje od 0 do 2 punktów, przy całkowitej punktacji łącznej od 0 do 8 punktów. Punkt odcięcia dla skali znajduje się pomiędzy 2. a 3. punktem, przy czym wynik > 2 punktów wskazuje na występowanie bólu [	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Polska wersja językowa Critical Care Observation Tool

Źródło: Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely WE. Metody oceny bólu u dorosłych pacjentów oddziałów intensywnej terapii – polska wersja kwestionariusza CCPOT (Critical Care Pain Observation Tool) i BPS (Behavioural Pain Scale) *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2017; 49 :66–72. [PubMed] [Google Scholar] [Lista referencyjna]

Wskaźnik	Opis	Wynik	
Wzrost twarzy	Nie widać napięcia mięśniowego	Zrelaksowany, neutralny	0
	Marszczenie czoła, obrznięcie brwi, zaciskanie powiek, unoszenie kącika ust	Napięty	1
	Wszystkie powyższe ruchy twarzy plus zaciskanie powiek z całej siły	Grymas	2
Ruchy ciała	Zupełnie się nie porusza (nie oznacza to braku bólu)	Brak ruchu	0
	Powolne, ostrożne ruchy, dotykanie lub pocieranie bolesnego miejsca, ruchami próbuje zwracać na siebie uwagę	Ochrona	1
	Pociąga za rękę intubacyjną, próbuje ściekać, porusza kończynami/jest niespokojny, nie spełnia poleceń, uderza personel, próbuje wychodzić z łóżka	Niepokój	2
Napięcie mięśniowe Oceniane przez bierne ruchy zgięciowe i wyprostne kończyn górnych	Nie stawia oporu podczas ruchów biernych	Zrelaksowany	0
	Stawia opór podczas ruchów biernych	Napięty, sztywny	1
	Silny opór podczas ruchów biernych, bez możliwości ich zakończenia	Bardzo napięty lub sztywny	2
Współpraca z respiratorem (pacjenci zaintubowani)	Bez aktywacji alarmów, łatwa wentylacja	Toleruje respirator lub poruszanie się	0
	Alarmy wyłączają się samoczynnie	Kasze, ale toleruje respirator	1
LUB	Asynchronia: blokuje wentylację, częsta aktywacja alarmów	„Kłóci się” z respiratorem	2
Wokalizacja (pacjenci ekstubowani)	Mówi normalnym tonem głosu lub nie wydaje dźwięku	Mówi normalnym tonem głosu lub nie wydaje dźwięku	0
	Wzdycha, jęczy	Wzdycha, jęczy	1
	Placze, szlocha	Placze, szlocha	2
Łącznie, zakres			0-8

Wersja oryginalna: Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, et al. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. Am J Crit Care. 2006; 15(4): 420-427, indexed in PubMed: 16823021
Tłumaczenie: dr n. med. Katarzyna Kotfis
Tłumaczenie zwrotne: dr n. med. Łukasz Szydłowski

Bibliografia	- Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. Am J Crit Care. 2006 Jul;15(4):420-7. PMID: 16823021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823021/ - Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). Anestezjologia Intensywna Terapii. 2017;70-76. - Sulla F, De Souza Ramos N, Terzi N, Trenta T, Uneddu M, Zaldivar Cruces MA, Sarli L. Validation of the Italian version of the Critical Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. Acta Biomed. 2017 Nov 30;88(5S):48-54. doi: 10.23750/abm.v88i5-S.6858. PMID: 29189705; PMCID: PMC6357580. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29189705/ - Echegaray-Benites C, Kapoustina O, Gélinas C. Validation of the use of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neuro-surgical intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs. 2014 Oct;30(5):257-65. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.002. Epub 2014 May 14. PMID: 24836539. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24836539/ - DAS-Taskforce 2015; Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, Dall P, Demirakca S, Eckardt R, Eggers V, Eichler I, Fietze I, Freys S, Fründ A, Garten L, Gohrbandt B, Harth I, Hartl W, Heppner HJ, Horter J, Huth R, Janssens U, Jungk C, Kaeuper KM, Kessler P, Kleinschmidt S, Kochanek M, Kumpf M, Meiser A, Mueller A, Orth M, Putensen C, Roth B, Schaefer M, Schaefer R, Schellongowski P, Schindler M, Schmitt R, Scholz J, Schroeder S, Schwarzmang G, Spies C, Stinglele R, Tonner P, Trieschmann U, Tryba M, Wappler F, Waydhas C, Weiss B, Weisshaar G. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version. Ger Med Sci. 2015 Nov 12;13:Doc19. doi: 10.3205/000223. PMID: 26609286; PMCID: PMC4645746. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26609286/
--------------	---

	6. Li Q, Wan X, Gu C, Yu Y, Huang W, Li S, Zhang Y. Pain assessment using the critical-care pain observation tool in Chinese critically ill ventilated adults. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2014 Nov;48(5):975-82. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.01.014. Epub 2014 Apr 30. PMID: 24793506. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24793506/ 7. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA, Gélinas C. Translation into Spanish and Cultural Adaptation of the Critical-Care Pain Observation Tool. <i>Am J Crit Care.</i> 2020 May 1;29(3):226-232. doi: 10.4037/ajcc2020763. PMID: 32355973; PMCID: PMC7307381. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355973/ 8. Gélinas C, Bérubé M, Puntillo KA, Boitor M, Richard-Lalonde M, Bernard F, Williams V, Joffe AM, Steiner C, Marsh R, Rose L, Dale CM, Tsoller DM, Choinière M, Streiner DL. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro in brain-injured adults in the intensive care unit: a prospective cohort study. <i>Crit Care.</i> 2021 Apr 13;25(1):142. doi: 10.1186/s13054-021-03561-1. PMID: 33849619; PMCID: PMC8042624. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33849619 9. Zhai Y, Cai S, Zhang Y. The Diagnostic Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) in ICU Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2020 Oct;60(4):847-856.e13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.006. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32544649. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544649/ 10. Suligoi B, Luzi AM, Salfa MC, Esposito G. Le competenze professionali dell'infermiere impegnato nell'area delle infezioni sessualmente trasmesse [The professional skills of the nurse involved in the care of individuals with sexually transmitted infections]. <i>Prof Inferm.</i> 2021 Oct-Dec;74(4):241-247. Italian. doi: 10.7429/pi.2021.744241. PMID: 35363960. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35363960/ 11. Wojnar-Gruszka K, Sega A, Płaszewska-Żywko L, Wojtan S, Potocka M, Kózka M. Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2022 Sep 1;19(17):10894. doi: 10.3390/ijerph191710894. PMID: 36078609; PMCID: PMC9517797. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36078609/ 12. Margosio V, Damico V, Murano L. Gli effetti della scala Critical-Care Pain Observation Tool nella valutazione e gestione del dolore nei pazienti con lesioni cerebrali ricoverati in terapia intensiva [The effects of the Critical-Care Pain Observation Tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with brain-injured critically ill patients]. <i>Prof Inferm.</i> 2021 Jul-Sep;74(3):173-179. Italian. doi: 10.7429/pi.2021.74173. PMID: 35084161. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35084161/
Załącznik 3	1. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. <i>Am J Crit Care.</i> 2006 Jul;15(4):420-7. PMID: 16823021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823021/ 2. Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). <i>Anestezjologia Intensywna Terapia.</i> 2017:70-76. 3. Sulla F, De Souza Ramos N, Terzi N, Trenta T, Uneddu M, Zaldivar Cruces MA, Sarli L. Validation of the Italian version of the Critical Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. <i>Acta Biomed.</i> 2017 Nov 30;88(5S):48-54. doi: 10.23750/abm.v88i5-S.6858. PMID: 29189705; PMCID: PMC6357580. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29189705/ 4. Echegaray-Benites C, Kapoustina O, Gélinas C. Validation of the use of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neurosurgical intensive care unit. <i>Intensive Crit Care Nurs.</i> 2014 Oct;30(5):257-65. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.002. Epub 2014 May 14. PMID: 24836539. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24836539/

5. DAS-Taskforce 2015; Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, Dall P, Demirakca S, Eckardt R, Eggers V, Eichler I, Fietze I, Freys S, Fründ A, Garten L, Gohrbandt B, Harth I, Hartl W, Heppner HJ, Horter J, Huth R, Janssens U, Jungk C, Kaeuper KM, Kessler P, Kleinschmidt S, Kochanek M, Kumpf M, Meiser A, Mueller A, Orth M, Putensen C, Roth B, Schaefer M, Schaefer R, Schellongowski P, Schindler M, Schmitt R, Scholz J, Schroeder S, Schwarzmann G, Spies C, Stinge R, Tonner P, Trieschmann U, Tryba M, Wappler F, Waydhas C, Weiss B, Weisshaar G. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version. *Ger Med Sci.* 2015 Nov 12;13:Doc19. doi: 10.3205/000223. PMID: 26609286; PMCID: PMC4645746. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26609286/>
6. Li Q, Wan X, Gu C, Yu Y, Huang W, Li S, Zhang Y. Pain assessment using the critical-care pain observation tool in Chinese critically ill ventilated adults. *J Pain Symptom Manage.* 2014 Nov;48(5):975-82. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.01.014. Epub 2014 Apr 30. PMID: 24793506. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24793506/>
7. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA, Gélinas C. Translation into Spanish and Cultural Adaptation of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Am J Crit Care.* 2020 May 1;29(3):226-232. doi: 10.4037/ajcc2020763. PMID: 32355973; PMCID: PMC7307381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355973/>
8. Gélinas C, Bérubé M, Puntillo KA, Boitor M, Richard-Lalonde M, Bernard F, Williams V, Joffe AM, Steiner C, Marsh R, Rose L, Dale CM, Tsoller DM, Choinière M, Streiner DL. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro in brain-injured adults in the intensive care unit: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2021 Apr 13;25(1):142. doi: 10.1186/s13054-021-03561-1. PMID: 33849619; PMCID: PMC8042624. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33849619>
9. Zhai Y, Cai S, Zhang Y. The Diagnostic Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) in ICU Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Oct;60(4):847-856.e13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.006. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32544649. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544649/>
10. Suligoi B, Luzzi AM, Salfa MC, Esposito G. Le competenze professionali dell'infermiere impegnato nell'area delle infezioni sessualmente trasmesse [The professional skills of the nurse involved in the care of individuals with sexually transmitted infections]. *Prof Inferm.* 2021 Oct-Dec;74(4):241-247. Italian. doi: 10.7429/pi.2021.744241. PMID: 35363960. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35363960/>
11. Wojnar-Gruszka K, Sega A, Płaszewska-Żywko L, Wojtan S, Potocka M, Kózka M. Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 1;19(17):10894. doi: 10.3390/ijerph191710894. PMID: 36078609; PMCID: PMC9517797. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36078609/>
12. Margosio V, Damico V, Murano L. Gli effetti della scala Critical-Care Pain Observation Tool nella valutazione e gestione del dolore nei pazienti con lesioni cerebrali ricoverati in terapia intensiva [The effects of the Critical-Care Pain Observation Tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with brain-injured critically ill patients]. *Prof Inferm.* 2021 Jul-Sep;74(3):173-179. Italian. doi: 10.7429/pi.2021.74173. PMID: 35084161. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35084161/>
13. Rijkenberg S, Stilma W, Endeman H, Bosman RJ, Oudemans-van Straaten HM. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *J Crit Care.* 2015 Feb;30(1):167-72. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.09.007. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25446372. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25446372/>
14. Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Mayzner-Zawadzka E, Dyk D, Majewski M, Doboszyńska A. Psychometric Assessment of Physiologic and Behavioral Pain Indicators in Polish Versions of the Pain Assessment Scales. *Pain Manag Nurs.* 2019 Jun;20(3):292-301. doi: 10.1016/j.pmn.2018.07.006. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30269914. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30269914/>

	15. Severgnini P, Pelosi P, Contino E, Serafinelli E, Novario R, Chiaranda M. Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. <i>J Intensive Care</i>. 2016 Nov 7;4:68. doi: 10.1186/s40560-016-0192-x. PMID: 27833752; PMCID: PMC5100216. 16. Kanji S, MacPhee H, Singh A, Johanson C, Fairbairn J, Lloyd T, MacLean R, Rosenberg E. Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in Critically Ill Patients With Delirium: A Prospective Cohort Study. <i>Crit Care Med</i>. 2016 May;44(5):943-7. doi: 10.1097/CCM.0000000000001522. PMID: 26783859. 17. Joffe AM, McNulty B, Boitor M, Marsh R, Gélina C. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. <i>J Crit Care</i>. 2016 Dec;36:76 18. Elli S, Dagostini G, Bambi S, Rezoagli E, Cannizzo L, Pasquali S, Colnaghi G, Lucchini A. Utilizzo della Behavioral Pain Scale e della Critical Care Pain Observation Tool per la rilevazione del dolore in una terapia intensiva polivalente [Utilization of Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in Intensive Care Unit]. <i>Prof Inferm</i>. 2015 Oct-Dec;68(4):228-35. Italian. doi: 10.7429/pi.2015.684228. PMID: 26752314. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752314/ 19. Fröhlich MR, Meyer G, Spirig R, Bachmann LM. Comparison of the Zurich Observation Pain Assessment with the Behavioural Pain Scale and the Critical Care Pain Observation Tool in nonverbal patients in the intensive care unit: A prospective observational study. <i>Intensive Crit Care Nurs</i>. 2020 Oct;60:102874. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102874. Epub 2020 May 7. PMID: 32389396. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389396/ 20. Nazari R, Froelicher ES, Nia HS, Hajhosseini F, Mousazadeh N. Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2022 Summer;26(4):472-476. . doi: 10.5005/jp-journals-10071-24154. PMID: 35656052; PMCID: PMC9067504 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9067504/ 21. Gomarverdi S, Sedighie L, Seifrabiei MA, Nikooseresht M. Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. <i>Iran J Nurs Midwifery Res</i>. 2019 Mar-Apr;24(2):151-155. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18. PMID: 30820228; PMCID: PMC6390431. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30820228/ 22. Rijkenberg S, Stilma W, Endeman H, Bosman RJ, Oudemans-van Straaten HM. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. <i>J Crit Care</i>. 2015 Feb;30(1):167-72. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.09.007. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25446372. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25446372/ 23. Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Mayzner-Zawadzka E, Dyk D, Majewski M, Doboszyńska A. Psychometric Assessment of Physiologic and Behavioral Pain Indicators in Polish Versions of the Pain Assessment Scales. <i>Pain Manag Nurs</i>. 2019 Jun;20(3):292-301. doi: 10.1016/j.pmn.2018.07.006. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30269914. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30269914/
--	---

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM	
Nazwa skali w języku polskim	I.4.A.4. Skale obrazkowe — zmodyfikowana skala VAS	
Nazwa skali w języku angielskim	Picture scales - Modified Visual Analogue Scale VAS	
Skrót	VAS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Bieri D, Reeve RA, Champion DG, Addicoat L, Ziegler JB.
	Rok publikacji	1990

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

	Źródło	Bieri D, Reeve RA, Champion DG, Addicoat L, Ziegler JB. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain. 1990 May;41(2):139-150. doi: 10.1016/0304-3959(90)90018-9. PMID: 2367140. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2367140/
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak danych
	Rok publikacji	Brak danych
	Źródło	Brak danych
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Brak danych
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Występowanie i natężenie bólu
	Struktura skali	Obrazki przedstawiające miniki twarzy z przypisanymi punktowymi i opisowymi poziomami odczucia bólu
	Orientacyjny czas badania	Kilka minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala VAS jest bardzo popularna, ma szerokie zastosowanie w praktyce klinicznej. Służy do subiektywnej oceny odczuwania bólu.. Zazwyczaj występuje w postaci linijki ze specjalnymi oznaczeniami słownymi i cyfrowymi. Skala ilustrowana jest także grafikami w postaci rysunków twarzy (od uśmiechniętej do smutnej i cierpiącej). Oznaczenia te mają ułatwić pacjentowi wskazanie odpowiedniego stopnia bólu, który jest najbardziej tożsamy z jego odczuciami [1,2,3,4]. Narzędzie to występuje w wielu wariantach [4,5,6]. Skalę wzrokowo – analogowa stosuje się u dzieci w wieku szkolnym, z kolei u dzieci młodszych skalę Wonga-Bakera lub skalę Ouchera, a u najmłodszych skalę FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale) [6,7].. Właściwy pomiar bólu opiera się na zastosowaniu odpowiednich, niezawodnych narzędzi. Porównanie psychometrycznych właściwości samoopisowych skal bólu powszechnie stosowanych w oddziałach przediarycznych wykazało dobre właściwości psychometryczne stosowanych skal dla dzieci z ostrym bólem i potwierdziło ich przydatność w praktyce klinicznej [8,9]. Natomiast do zastosowań badawczych rekomendowana jest na podstawie cech użytkowych i psychometrycznych Skala bólu twarzy (FPS-R) do oceny intensywności natężenia bólu u dzieci [10,11].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dzieci w wieku szkolnym; dorośli
	Miejsce badanych	Badanie z użyciem skali może być prowadzone w różnych miejscach pobytu badanych
	Stan badanych	Pacjent z kontaktem
	Sytuacje	Stany kliniczne z ostrym i przewlekłym bólem
	Inne	Brak

Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, lekarze, pielęgniarki, położne i inni. Osoby nieprofesjonalne: osoby z ostrym i przewlekłym bólem
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala może mieć kształt linii (poziomej lub pionowej) ze specjalnymi oznaczeniami. Ma dziesięć stopni – od 0, które oznacza całkowity brak bólu do poziomu 10, który w ułatwieniu oznacza ból nie do zniesienia (najsilniejszy ból, jaki pacjent może sobie wyobrazić). Skala zawierać może obrazy twarzy odzwierciedlające odczuwanie bólu, gdzie na skrajnych biegunach znajdują się rysunki twarzy uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (ból najsilniejszy) W skali może też być dodany kolor: zielony przy 0, przechodzący w żółty przy stopniu 5, przez pomarańczowy, aż do czerwonego przy liczbie 10, czyli najmocniejszym bólu. [3,4,5].
Formularz skali/ kwestionariusz	



Interpretacja wyników 0 oznacza brak bólu, od 1 do 3 – ból łagodny, od 4 do 6 – ból umiarkowany, natomiast od 7 zaczyna się ból silny, który przechodzi w bardzo silny aż do punktu 10, czyli bólu nie do wytrzymania.

Źródło: Kilian P.: Subiektywna ocena natężenia bólu- skala VAS i skala Laitinena <https://www.bardomed.pl/blog/porady-eksperta/subiektywna-ocena-natezenia-bolu-skala-vas-i-skala-laitinena/>

Bibliografia	- De Rond M, De Wit R, Van Dam F. The implementation of a pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice; results of a follow up study in five hospitals. J Advanc Nurs 2001;29:590-8. - Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. Pediatrics. 2010 Nov;126(5):e1168-98. doi: 10.1542/peds.2010-1609. Epub 2010 Oct 4. PMID: 20921070.. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20921070/ - Wypyszeńska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kieźka-Radzikowski K., Liniarski M.: Kliniczna ocena bólu (Clinical assessment pain) Journal of Clinical Healthcare 2/2018,9-14 https://core.ac.uk/download/pdf/286334001.pdf - Kilian P.: Subiektywna ocena natężenia bólu- skala VAS i skala Laitinena https://www.bardomed.pl/blog/porady-eksperta/subiektywna-ocena-natezenia-bolu-skala-vas-i-skala-laitinena/ - Dobre praktyki leczenia bólu u dzieci w ZRM_P.pdf https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu?fbclid=IwAR2T-QRhOtuqUBWGmHgXaqqZINQj6Ko3ly2F5QHy8EeUaAwf-bJs5kzX64U
--------------	--

	6. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. <i>Pediatr Nurs.</i> 1988 Jan-Feb;14(1):9-17. PMID: 3344163. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3344163/ 7. von Baeyer CL, Chambers CT, Forsyth SJ, Eisen S, Parker JA. Developmental data supporting simplification of self-report pain scales for preschool-age children. <i>J Pain.</i> 2013 Oct;14(10):1116-21. doi: 10.1016/j.jpain.2013.04.008. Epub 2013 Jun 15. PMID: 23773343. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23773343/ 8. von Baeyer CL, Jaaniste T, Vo HLT, Brunsdon G, Lao HC, Champion GD. Systematic Review of Self-Report Measures of Pain Intensity in 3- and 4-Year-Old Children: Bridging a Period of Rapid Cognitive Development. <i>J Pain.</i> 2017 Sep;18(9):1017-1026. doi: 10.1016/j.jpain.2017.03.005. Epub 2017 Mar 25. PMID: 28347796. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347796/ 9. Birnie KA, Hundert AS, Lalloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. <i>Pain.</i> 2019 Jan;160(1):5-18. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001377. PMID: 30180088. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180088/ 10. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. <i>Pain.</i> 2001 Aug;93(2):173-183. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00314-1. PMID: 11427329. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11427329/ 11. Le May S, Ballard A, Khadra C, Gouin S, Plint AC, Villeneuve E, Mâsse B, Tsze DS, Neto G, Drendel AL, Auclair MC, McGrath PJ, Ali S. Comparison of the psychometric properties of 3 pain scales used in the pediatric emergency department: Visual Analogue Scale, Faces Pain Scale-Revised, and Colour Analogue Scale. <i>Pain.</i> 2018 Aug;159(8):1508-1517. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001236. PMID: 29608509. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608509/
Załącznik 4'	1. Govas P, Ketchum A, Kazi R, Gordon BR, Carroll BT. Pain Intensity Assessment Scales for Dermatologic Surgery Patients: A Systematic Review. <i>Dermatol Surg.</i> 2022 Feb 1;48(2):232-238. doi: 10.1097/DSS.0000000000003353. PMID: 34923536. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34923536/ 2. Euasobhon P, Atisook R, Bumrungratudom K, Zinboonyahoon N, Saisavoyey N, Jensen MP. Reliability and responsivity of pain intensity scales in individuals with chronic pain. <i>Pain.</i> 2022 Dec 1;163(12):e1184-e1191. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002692. Epub 2022 May 18. PMID: 35584261. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584261/ 3. De Rond M, De Wit R, Van Dam F. The implementation of a pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice; results of a follow up study in five hospitals. <i>J Advanc Nurs</i> 2001;29:590-8. 4. Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. <i>Pediatrics.</i> 2010 Nov;126(5):e1168-98. doi: 10.1542/peds.2010-1609. Epub 2010 Oct 4. PMID: 20921070. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20921070/ 5. Wypyszevska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kiezka-Radzikowiak K., Liniarski M.: Kliniczna ocena bólu (Clinical assessment pain) <i>Journal of Clinical Healthcare</i> 2/2018,9-14 https://core.ac.uk/download/pdf/286334001.pdf 6. Dobre praktyki leczenia bólu u dzieci w_ZRM_P.pdf http://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu?fbclid=IwAR2T-QRhOtuqUBWGmHgXaaqZINQj6Ko3ly2F5QHy8EeUaAwf-bJs5kzX64U 7. Kilian P.: Subiektywna ocena natężenia bólu- skala VAS i skala Laitinena https://www.bardomed.pl/blog/porady-eksperta/subiektywna-ocena-natezenia-bolu-skala-vas-i-skala-laitinena/

	8. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. <i>Pediatr Nurs.</i> 1988 Jan-Feb;14(1):9-17. PMID: 3344163. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3344163/ 9. von Baeyer CL, Chambers CT, Forsyth SJ, Eisen S, Parker JA. Developmental data supporting simplification of self-report pain scales for preschool-age children. <i>J Pain.</i> 2013 Oct;14(10):1116-21. doi: 10.1016/j.jpain.2013.04.008. Epub 2013 Jun 15. PMID: 23773343. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23773343/ 10. von Baeyer CL, Jaaniste T, Vo HLT, Brunsdon G, Lao HC, Champion GD. Systematic Review of Self-Report Measures of Pain Intensity in 3- and 4-Year-Old Children: Bridging a Period of Rapid Cognitive Development. <i>J Pain.</i> 2017 Sep;18(9):1017-1026. doi: 10.1016/j.jpain.2017.03.005. Epub 2017 Mar 25. PMID: 28347796. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347796/ 11. Birnie KA, Hundert AS, Lalloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. <i>Pain.</i> 2019 Jan;160(1):5-18. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001377. PMID: 30180088. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180088/ 12. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. <i>Pain.</i> 2001 Aug;93(2):173-183. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00314-1. PMID: 11427329. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11427329/ 13. Le May S, Ballard A, Khadra C, Gouin S, Plint AC, Villeneuve E, Mâsse B, Tsze DS, Neto G, Drendel AL, Auclair MC, McGrath PJ, Ali S. Comparison of the psychometric properties of 3 pain scales used in the pediatric emergency department: Visual Analogue Scale, Faces Pain Scale-Revised, and Colour Analogue Scale. <i>Pain.</i> 2018 Aug;159(8):1508-1517. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001236. PMID: 29608509. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608509/
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM	
Nazwa skali w języku polskim	I.4.A.5. AUDIT – Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Używaniem Alkoholu	
Nazwa skali w języku angielskim	Alcohol Use Disorder Identification Test	
Skrót	AUDIT	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Test AUDIT opracowany został na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia
	Rok publikacji	1989 r.
	Źródło	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Państwowa Agencja Rozwiązywania problemów Alkoholowych ogłosiła w 2018 r. w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) konkurs na zadanie: „Adaptacja i walidacja narzędzia przesiewowego służącego do rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT) w warunkach polskich”. Wyłoniony w postępowaniu konkursowym podmiot, Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznych w Warszawie, przeprowadził proces, w wyniku którego powstała zaadaptowana i zwalidowana wersja polska przedmiotowego kwestionariusza.
	Rok publikacji	2018
	Źródło	

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Test przesiewowy służący do rozpoznawania zaburzeń związanych z piciem alkoholu
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Skala AUDIT składa się z dwóch części; pierwszej – będącej samoopisowym, 10- stwierdzeniowym kwestionariuszem, i drugiej – dotyczącej oceny klinicznej prowadzonej przez specjalistę. Część pierwsza zawierająca pytania charakteryzujące używanie alkoholu, wzorzec spożycia alkoholu, negatywne skutki picia oraz objawy uzależnienia [1, 2]. Nieskomplikowana formuła skali AUDIT a jednocześnie klinicznie potwierdzona skuteczność czynią przedmiotowe narzędzie efektywnym instrumentem do oceny występowania problemów zdrowotnych wynikających z używania alkoholu. Jest przeznaczone do badań przesiewowych pod kątem niebezpiecznego i szkodliwego spożywania alkoholu Nie powinno służyć jako pełnowymiarowe narzędzie diagnostyczne. Skala pozwala na wczesne wykrycie potencjalnych problemów, określenie obszarów zagrożenia oraz podejmowanie działań prewencyjnych i terapeutycznych. Test został zwalidowany w różnych wersjach językowych i jest stosowany w wielu krajach [1, 2, 3,4,5].
	Orientacyjny czas badania	Ok.15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Test identyfikacji zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (AUDIT) jest szeroko stosowany do monitorowania szkodliwego spożycia alkoholu w populacjach wysokiego ryzyka. Opracowano też szereg krótkich wersji narzędzia do użytku w sytuacjach ograniczonych czasowo. Skrócone warianty AUDIT mogą być odpowiednią alternatywą dla pełnego testu. Czteropunktowe warianty AUDIT koncentrują się na krótkotrwałym ryzykownym picu i jego konsekwencjach [6, 7,8]. Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu (AUDIT) jest nie tylko stosowany jako narzędzie przesiewowe, ale także do badań naukowych w celu identyfikowania wielkości zjawiska picia w populacji oraz rodzaju i natężenia problemów zdrowotnych wynikających z używania alkoholu zarówno w różnych rejonach świata, jak i grupach ryzyka [9,10,11,12,13]. Upijanie się, to spożywanie dużych ilości alkoholu w krótkim okresie czasu, po którym następują okresy abstynencji. Ten wzorzec picia jest powszechny na całym świecie, głównie wśród młodych ludzi. Nadmierne spożycie alkoholu to spektrum wzorców konsumpcji, które mogą mieć lub miały konsekwencje zdrowotne i obejmuje koncepcje ryzykownego spożywania alkoholu, szkodliwego spożywania alkoholu i uzależnienia od alkoholu. Aby zmierzyć nadmierne spożycie alkoholu, w badaniu wykorzystywano Test AUDIT [14,15]. Test był wielokrotnie używany do badań w określonych

		grupach ryzyka zdrowotnego, jak i w populacjach ogólnych. Narzędzie było skuteczne nie tylko w badaniach wśród populacji osób dorosłych ale również wśród młodzieży.																																					
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	osoby dorosłe; młodzież																																					
	Miejsce badanych	Test przeznaczony dla podstawowej opieki zdrowotnej; możliwość stosowania w różnych miejscach opieki zdrowotnej																																					
	Stan badanych	Ocena ryzyka lub podejrzenie uzależnienia od alkoholu																																					
	Sytuacje	Skriningowe																																					
	Inne	Brak																																					
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: pracownicy ochrony zdrowia: lekarze, pielęgniarki, psychoterapeuci, psycholodzy oraz pracownicy służb społecznych, w tym pracownicy socjalni Osoby nieprofesjonalne: wszyscy konsumenci alkoholu i ich osoby bliskie																																						
Dodatkowe kryteria zastosowania skali																																							
Klucz do skali/interpretacja wyników	Jak interpretować wyniki? <table><tr><th rowspan="2">Wzorce spożywania alkoholu</th><th rowspan="2">Liczba punktów w teście AUDIT</th><th rowspan="2">Rozkład odpowiedzi w teście AUDIT (występowanie podwyższonej ilości punktów w pytaniach)</th><th colspan="2">Ilość czystego alkoholu (w ilości czystego alkoholu (w spożywanych gramach) spożywana</th></tr><tr><th>dziennie</th><th>tygodniowo</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>kobiety</td><td>mężczyźni</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>kobiety</td><td>mężczyźni</td></tr><tr><td>Picie o niskim poziomie ryzyka</td><td>0-7</td><td>pytania 1-3</td><td>do 20</td><td>do 40</td></tr><tr><td>Ryzykowne spożywanie alkoholu</td><td>8-15</td><td>pytania 1-3</td><td>20-40</td><td>40-60</td></tr><tr><td>Szkodliwe picie alkoholu</td><td>16-19</td><td>pytania 1-4 i 7-10</td><td>ponad 40</td><td>ponad 60</td></tr><tr><td>Podejrzenie uzależnienia od alkoholu</td><td>20 i więcej</td><td>pytania 1-3, 7-10 i 4-6</td><td>ponad 40</td><td>ponad 60</td></tr></table>		Wzorce spożywania alkoholu	Liczba punktów w teście AUDIT	Rozkład odpowiedzi w teście AUDIT (występowanie podwyższonej ilości punktów w pytaniach)	Ilość czystego alkoholu (w ilości czystego alkoholu (w spożywanych gramach) spożywana		dziennie	tygodniowo				kobiety	mężczyźni				kobiety	mężczyźni	Picie o niskim poziomie ryzyka	0-7	pytania 1-3	do 20	do 40	Ryzykowne spożywanie alkoholu	8-15	pytania 1-3	20-40	40-60	Szkodliwe picie alkoholu	16-19	pytania 1-4 i 7-10	ponad 40	ponad 60	Podejrzenie uzależnienia od alkoholu	20 i więcej	pytania 1-3, 7-10 i 4-6	ponad 40	ponad 60
	Wzorce spożywania alkoholu	Liczba punktów w teście AUDIT				Rozkład odpowiedzi w teście AUDIT (występowanie podwyższonej ilości punktów w pytaniach)	Ilość czystego alkoholu (w ilości czystego alkoholu (w spożywanych gramach) spożywana																																
dziennie			tygodniowo																																				
			kobiety	mężczyźni																																			
			kobiety	mężczyźni																																			
Picie o niskim poziomie ryzyka	0-7	pytania 1-3	do 20	do 40																																			
Ryzykowne spożywanie alkoholu	8-15	pytania 1-3	20-40	40-60																																			
Szkodliwe picie alkoholu	16-19	pytania 1-4 i 7-10	ponad 40	ponad 60																																			
Podejrzenie uzależnienia od alkoholu	20 i więcej	pytania 1-3, 7-10 i 4-6	ponad 40	ponad 60																																			

KWESTIONARIUSZ UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU wg AUDIT

Źródło: https://www.parpa.pl/images/Adaptacja_i_validacja_testu_AUDIT_do_warunk%C3%B3w_polskich.pdf

Test składa się z dwóch części, tj. z wywiadu alkoholowego i badania klinicznego.

Część A: WYWIAD ALKOHOŁOWY

1. Jak często pije Pan napoje zawierające alkohol?

- (0) nigdy
- (1) raz w miesiącu lub rzadziej
- (2) dwa - cztery razy w miesiącu
- (3) dwa - trzy razy w tygodniu
- (4) cztery lub więcej razy w tygodniu

2. Ile porcji alkoholu wypija Pan w ciągu całego dnia, w którym Pan pije?

- (0) jedną-dwie
- (1) trzy-cztery
- (2) pięć-sześć
- (3) siedem-dziewięć
- (4) dziesięć lub więcej

3. Jak często zdarza się Pani/Panu wypić w ciągu jednego dnia sześć lub więcej porcji?

- (0) jeden-dwa razy
- (1) trzy-cztery razy
- (2) pięć-sześć razy
- (3) siedem-dziewięć razy
- (4) dziesięć lub więcej razy

4. Jak często, w ciągu ostatniego roku miał Pan/i trudności w przerwaniu rozpoczętego picia?

- (0) jeden-dwa razy
- (1) trzy-cztery razy
- (2) pięć-sześć razy
- (3) siedem-dziewięć razy
- (4) dziesięć lub więcej razy

5. Jak często, w ciągu ostatniego roku, zdarzało się Pani/Panu w związku z piciem alkoholu zrobić coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana środowisku normy postępowania?

- (0) jeden-dwa razy
- (1) trzy-cztery razy
- (2) pięć-sześć razy
- (3) siedem-dziewięć razy
- (4) dziesięć lub więcej razy

6. Jak często, na przestrzeni ostatniego roku zdarzyło się Pani/Panu wypić rano alkohol dla „odzyskania formy” po wczorajszym piciu?

- (0) jeden-dwa razy
- (1) trzy-cztery razy
- (2) pięć-sześć razy
- (3) siedem-dziewięć razy
- (4) dziesięć lub więcej razy

7. Jak często, na przestrzeni ostatniego roku miał Pan/i wyrzuty sumienia lub poczucie winy w związku z piciem alkoholu?

- (0) jeden-dwa razy
- (1) trzy-cztery razy
- (2) pięć-sześć razy
- (3) siedem-dziewięć razy
- (4) dziesięć lub więcej razy

8. Jak często, na przestrzeni ostatniego roku miał Pan/i trudności z odtworzeniem wydarzeń, jakie miały miejsce podczas picia?

- (0) jeden-dwa razy
- (1) trzy-cztery razy
- (2) pięć-sześć razy
- (3) siedem-dziewięć razy
- (4) dziesięć lub więcej razy

9. Czy kiedykolwiek doznał Pan urazu fizycznego lub spowodował/a uraz u innej osoby, a miało to związek z piciem przez Pana alkoholu?

- (0) nie
- (2) tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku
- (4) tak, w ostatnim roku

10. Czy ktokolwiek z Pana bliskich, przyjaciół, znajomych, a może lekarz czy inny pracownik służby zdrowia interesował się Pana piciem lub sugerował ograniczenie picia alkoholu?

- (0) nie
- (2) tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku
- (4) tak, w ostatnim roku

Suma punktów

Część B: BADANIA KLINICZNE

Urazy fizyczne

1. Czy doznał Pan urazów głowy po 18 roku życia?
 - (3) tak
 - (0) nie
2. Czy doznał Pan jakiegokolwiek złamania kości po 18 roku życia?
 - (3) tak
 - (0) nie

Badanie fizykalne

3. Zaczerwienienie spojówek
 - (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
4. Odbiegające od normy unaczynienie skóry
 - (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
5. Drżenie rąk
 - (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
6. Drżenie języka
 - (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
7. Powiększenie wątroby
 - (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone

8. Wartości gamma-glutamyl-transferazy

- (0) poniżej średniej wartości normy (< 30 JU/l)
- (1) powyżej średniej wartości normy (30-50 JU/l)
- (3) powyżej normy (> 50 JU/l)

Suma punktów

Bibliografia	1. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. <i>Addiction</i>. 1993 Jun;88(6):791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x. PMID: 8329970. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8329970/ 2. Machado PMA, Campelo CL, Oliveira JVP, Batista RFL, Simões VMF, Santos AMD. Analysis of the AUDIT factor structure in adolescents between 18 and 19 years. <i>Rev Saude Publica</i>. 2021 May 24;55:27. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002777. PMID: 34037139; PMCID: PMC8139847. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34037139/ 3. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. <i>Alcohol Clin Exp Res</i>. 2005 Nov;29(11):2001-7. doi: 10.1097/01.alc.0000187034.58955.64. PMID: 16340457. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16340457/ 4. Rafiemanesh H, Yazdani K, Nedjat S, Noroozi A, Saunders JB, Mojtabei R, Rahimi-Movaghar A. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of the Persian version in an Iranian population. <i>Alcohol</i>. 2020 Mar;83:127-133. doi: 10.1016/j.alcohol.2019.08.002. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31421225. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421225/ 5. Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Mach A, Abramowska M, Szczypiński J, Berent D, Skrzyszewski J, Witkowski G, Wojnar M. Psychometric properties of the polish version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). <i>Drug Alcohol Depend</i>. 2021 Jan 1;218:108427. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108427. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33250385. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250385/ 6. Kállmén H, Elgán TH, Wennberg P, Berman AH. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in relation to Alcohol Use Disorder (AUD) severity levels according to the brief DSM-5 AUD diagnostic assessment screener. <i>Nord J Psychiatry</i>. 2019 Oct;73(7):397-400. doi: 10.1080/08039488.2019.1642382. Epub 2019 Jul 26. PMID: 31347426. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31347426 7. Watterson J, Gabbe B, Dietze P, Bowring A, Rosenfeld JV. Comparing short versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a military cohort. <i>J R Army Med Corps</i>. 2019 Oct;165(5):312-316. doi: 10.1136/jramc-2018-001024. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30341169. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341169/ 8. Bowring AL, Gouillou M, Hellard M, Dietze P. Comparing short versions of the AUDIT in a community-based survey of young people. <i>BMC Public Health</i>. 2013 Apr 4;13:301. doi: 10.1186/1471-2458-13-301. PMID: 23556543; PMCID: PMC3691761. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23556543/ 9. Nayak MB, Bond JC, Greenfield TK. Evaluating Shortened Versions of the AUDIT as Screeners for Alcohol Use Problems in a General Population Study. <i>Subst Use Misuse</i>. 2015;50(12):1579-89. doi: 10.3109/10826084.2015.1023458. Epub 2015 Nov 7. PMID: 26549791; PMCID: PMC4666731. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26549791/
--------------	---

	10. Källmén H, Berman AH, Elgán TH, Wennberg P. Alcohol habits in Sweden during 1997-2018: a repeated cross-sectional study. <i>Nord J Psychiatry</i>. 2019 Nov;73(8):522-526. doi: 10.1080/08039488.2019.1660912. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31478780. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478780/ 11. Verheij C, Haagsma JA, Koch BCP, Segers AEM, Schuit SCE, Rood PPM. Screening for hazardous alcohol use in the Emergency Department: Comparison of phosphatidylethanol with the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Timeline Follow-back. <i>Alcohol Clin Exp Res</i>. 2022 Dec;46(12):2225-2235. doi: 10.1111/acer.14958. Epub 2022 Dec 15. PMID: 36520053; PMCID: PMC10107187. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36520053/ 12. Villarosa-Hurlocker MC, Schutts JW, Madson MB, Jordan HR, Whitley RB, Mohn RC. Screening for alcohol use disorders in college student drinkers with the AUDIT and the USAUDIT: a receiver operating characteristic curve analysis. <i>Am J Drug Alcohol Abuse</i>. 2020 Sep 2;46(5):531-545. doi: 10.1080/00952990.2020.1712410. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32175778; PMCID: PMC7492430. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32175778/ 13. Wysokińska M, Kołota A. Assessment of the Prevalence of Alcoholic Beverage Consumption and Knowledge of the Impact of Alcohol on Health in a Group of Polish Young Adults Aged 18-35: A Cross-Sectional Study. <i>Int J Environ Res Public Health</i>. 2022 Nov 22;19(23):15425. doi: 10.3390/ijerph192315425. PMID: 36497500; PMCID: PMC9737381. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36497500/ 14. Adiri CO, Asimadu EE, Nwafor MI, Nweze SO, Ukaegbe CI. Perception of safety and consumption of alcoholic beverages during pregnancy. <i>J Obstet Gynaecol</i>. 2022 Oct;42(7):3021-3025. doi: 10.1080/01443615.2022.2125795. Epub 2022 Sep 28. PMID: 36168942. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168942 15. Herrero-Montes M, Alonso-Blanco C, Paz-Zulueta M, Pellico-López A, Ruiz-Azcona L, Sarabia-Cobo C, Boixadera-Planas E, Parás-Bravo P. Excessive alcohol consumption and binge drinking in college students. <i>PeerJ</i>. 2022 May 4;10:e13368. doi: 10.7717/peerj.13368. PMID: 35547188; PMCID: PMC9083527. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35547188/
Załącznik 5	1. Jung M. The relationship between alcohol abuse and suicide risk according to smoking status: A cross-sectional study. <i>J Affect Disord</i>. 2019 Feb 1;244:164-170. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.077. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30342376. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30342376/ 2. Jung M.J Zaburzenie afektu. 1 lutego 2019 r.;244:164-170. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.077. Epub 2018 22 września.PMID: 30342376 3. Watterson J, Gabbe B, Dietze P, Bowring A, Rosenfeld JV. Comparing short versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a military cohort. <i>J R Army Med Corps</i>. 2019 Oct;165(5):312-316. doi: 10.1136/jramc-2018-001024. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30341169. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341169/ 4. Bowring AL, Gouillou M, Hellard M, Dietze P. Comparing short versions of the AUDIT in a community-based survey of young people. <i>BMC Public Health</i>. 2013 Apr 4;13:301. doi: 10.1186/1471-2458-13-301. PMID: 23556543; PMCID: PMC3691761. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23556543/ 5. Nayak MB, Bond JC, Greenfield TK. Evaluating Shortened Versions of the AUDIT as Screeners for Alcohol Use Problems in a General Population Study. <i>Subst Use Misuse</i>. 2015;50(12):1579-89. doi: 10.3109/10826084.2015.1023458. Epub 2015 Nov 7. PMID: 26549791; PMCID: PMC4666731. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26549791/ 6. Källmén H, Berman AH, Elgán TH, Wennberg P. Alcohol habits in Sweden during 1997-2018: a repeated cross-sectional study. <i>Nord J Psychiatry</i>. 2019 Nov;73(8):522-526. doi: 10.1080/08039488.2019.1660912. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31478780. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478780/

7. Verheij C, Haagsma JA, Koch BCP, Segers AEM, Schuit SCE, Rood PPM. Screening for hazardous alcohol use in the Emergency Department: Comparison of phosphatidylethanol with the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Timeline Follow-back. *Alcohol Clin Exp Res*. 2022 Dec;46(12):2225-2235. doi: 10.1111/acer.14958. Epub 2022 Dec 15. PMID: 36520053; PMCID: PMC10107187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36520053/>
8. Villarosa-Hurlocker MC, Schutts JW, Madson MB, Jordan HR, Whitley RB, Mohn RC. Screening for alcohol use disorders in college student drinkers with the AUDIT and the USAUDIT: a receiver operating characteristic curve analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2020 Sep 2;46(5):531-545. doi: 10.1080/00952990.2020.1712410. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32175778; PMCID: PMC7492430. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32175778/>
9. Wysokińska M, Kołota A. Assessment of the Prevalence of Alcoholic Beverage Consumption and Knowledge of the Impact of Alcohol on Health in a Group of Polish Young Adults Aged 18-35: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 22;19(23):15425. doi: 10.3390/ijerph192315425. PMID: 36497500; PMCID: PMC9737381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36497500/>
10. Adiri CO, Asimadu EE, Nwafor MI, Nweze SO, Ukaegbe CI. Perception of safety and consumption of alcoholic beverages during pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2022 Oct;42(7):3021-3025. doi: 10.1080/01443615.2022.2125795. Epub 2022 Sep 28. PMID: 36168942. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168942
11. Herrero-Montes M, Alonso-Blanco C, Paz-Zulueta M, Pellico-López A, Ruiz-Azcona L, Sarabia-Cobo C, Boixadera-Planas E, Parás-Bravo P. Excessive alcohol consumption and binge drinking in college students. *PeerJ*. 2022 May 4;10:e13368. doi: 10.7717/peerj.13368. PMID: 35547188; PMCID: PMC9083527. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35547188/>
12. Moehring A, Krause K, Guertler D, Bischof G, Hapke U, Freyer-Adam J, Baumann S, Batra A, Rumpf HJ, Ulbricht S, John U, Meyer C. Measurement invariance of the alcohol use disorders identification test: Establishing its factor structure in different settings and across gender. *Drug Alcohol Depend*. 2018 Aug 1;189:55-61. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.002. Epub 2018 May 31. PMID: 29879682. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29879682/>
13. Laraqui O, Manar N, Laraqui S, Hammouda R, Deschamps F, Laraqui CEH. Prevalence of consumption of psychoactive substances among construction workers. *J Prev Med Hyg*. 2021 Apr 29;62(1):E132-E140. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1238. PMID: 34322628; PMCID: PMC8283627. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34322628/>
14. López-Moreno M, Garcés-Rimón M, Miguel M, Iglesias López MT. Adherence to Mediterranean Diet, Alcohol Consumption and Emotional Eating in Spanish University Students. *Nutrients*. 2021 Sep 11;13(9):3174. doi: 10.3390/nu13093174. PMID: 34579051; PMCID: PMC8466414. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579051/>
15. Verheij C, Haagsma JA, Koch BCP, Segers AEM, Schuit SCE, Rood PPM. Screening for hazardous alcohol use in the Emergency Department: Comparison of phosphatidylethanol with the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Timeline Follow-back. *Alcohol Clin Exp Res*. 2022 Dec;46(12):2225-2235. doi: 10.1111/acer.14958. Epub 2022 Dec 15. PMID: 36520053; PMCID: PMC10107187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36520053/>
16. Mereu A, Liori A, Dessi C, Girau M, Mc Gilliard DC, Sotgiu A, Agabio R, Contu P, Sardù C. Alcohol-Related Behaviour in Freshmen University Students in Sardinia, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 5;18(13):7203. doi: 10.3390/ijerph18137203. PMID: 34281140; PMCID: PMC8297276. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34281140/>

	17. Slepecky M, Stanislav V, Martinove M, Kotianova A, Kotian M, Chupacova M, Ry- niak J, Betkova Korpala B, Zatkova M, Latalova K, Prasko J. Discrepancy between readiness to change, insight and motivation in alcohol-dependent inpatients. <i>Neuro Endocrinol Lett.</i> 2018 May;39(2):135-142. PMID: 29919989. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29919989/ 18. Fede SJ, Grodin EN, Dean SF, Diazgranados N, Momenan R. Resting state con- nectivity best predicts alcohol use severity in moderate to heavy alcohol users. <i>Neuroimage Clin.</i> 2019;22:101782. doi: 10.1016/j.nicl. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30921611/2019.101782. Epub 2019 Mar 19. PMID: 30921611; PMCID: PMC6438989. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30921611/ 19. Cortés-Tomás MT, Giménez-Costa JA, Motos-Sellés P, Sancerni-Beitia MD. Conse- quences, Motives, and Expectancies of Consumption as Predictors of Binge Drink- ing in University Women. <i>Front Psychol.</i> 2022 Apr 5;13:862334. doi: 10.3389/ fpsyg.2022.862334. PMID: 35450336; PMCID: PMC9016132. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35450336/ 20. Khadjesari Z, White IR, McCambridge J, Marston L, Wallace P, Godfrey C, Mur- ray E. Validation of the AUDIT-C in adults seeking help with their drinking online. <i>Addict Sci Clin Pract.</i> 2017 Jan 4;12(1):2. doi: 10.1186/s13722-016-0066-5. PMID: 28049515; PMCID: PMC5209877. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28049515/ 21. Bellos S, Mavridis D, Mavreas V, Skapinakis P. Factor analysis and normative scores of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a representative sample of the general population of Greece. <i>Psychiatriki.</i> 2019 Jul-Sep;30(3):204-215. doi: 10.22365/jpsych.2019.303.204. PMID: 31685452. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31685452/ 22. Schulte B, O'Donnell A, Lahusen H, Lindemann C, Prilutskaya M, Yussopov O, Kaliyeva Z, Martens MS, Verthein U. Feasibility of alcohol screening and brief intervention in primary health care in Kazakhstan: study protocol of a pilot cluster randomised trial. <i>Pilot Feasibility Stud.</i> 2020 Jan 9;6:3. doi: 10.1186/s40814-019- 0547-x. PMID: 31938551; PMCID: PMC6953225. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31938551/ 23. Krutko V, Oparin O, Nikolaieva L, Maystat T, Kolesnikova O. [MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN THE CONTEXT OF ALCOHOL CONSUMPTION]. <i>Georgian Med News.</i> 2020 Mar;(300):63-69. Russian. PMID: 32383704. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32383704/ 24. Gilson KM, Judd F, Bryant C. Validation of the Comprehensive Effects of Alcohol Questionnaire in Older Adults. <i>Subst Use Misuse.</i> 2019;54(12):2043-2052. doi: 10.1080/10826084.2019.1627558. Epub 2019 Jun 18. PMID: 31213110. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31213110/ 25. Verthein U, Lahusen H, Martens MS, Prilutskaya M, Yussopov O, Kaliyeva Z, Schulte B. Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Health Care in Kazakhstan-Results of a Cluster Randomised Pilot Study. <i>Int J Public Health.</i> 2022 Oct 10;67:1604803. doi: 10.3389/ijph.2022.1604803. PMID: 36299407; PMCID: PMC9588940. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36299407/ 26. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Proj- ect on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. <i>Addic- tion.</i> 1993 Jun;88(6):791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x. PMID: 8329970. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8329970/ 27. Machado PMA, Campelo CL, Oliveira JVP, Batista RFL, Simões VMF, San- tos AMD. Analysis of the AUDIT factor structure in adolescents between 18 and 19 years. <i>Rev Saude Publica.</i> 2021 May 24;55:27. doi: 10.11606/s1518- 8787.2021055002777. PMID: 34037139; PMCID: PMC8139847. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34037139/
--	--

28.	Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. <i>Alcohol Clin Exp Res.</i> 2005 Nov;29(11):2001-7. doi: 10.1097/01.alc.0000187034.58955.64. PMID: 16340457. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16340457/
29.	Rafiemanesh H, Yazdani K, Nedjat S, Noroozi A, Saunders JB, Mojtabai R, Rahimi-Movaghar A. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of the Persian version in an Iranian population. <i>Alcohol.</i> 2020 Mar;83:127-133. doi: 10.1016/j.alcohol.2019.08.002. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31421225. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421225/
30.	Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Mach A, Abramowska M, Szczypiński J, Berent D, Skrzyszewski J, Witkowski G, Wojnar M. Psychometric properties of the polish version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). <i>Drug Alcohol Depend.</i> 2021 Jan 1;218:108427. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108427. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33250385. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250385/
31.	Källmén H, Elgán TH, Wennberg P, Berman AH. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in relation to Alcohol Use Disorder (AUD) severity levels according to the brief DSM-5 AUD diagnostic assessment screener. <i>Nord J Psychiatry.</i> 2019 Oct;73(7):397-400. doi: 10.1080/08039488.2019.1642382. Epub 2019 Jul 26. PMID: 31347426. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31347426

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM	
Nazwa skali w języku polskim	I.4.A.6. Geriatryczny /Ogólny Wskaźnik Oceny Zdrowia Jamy Ustnej (GOHAI)	
Nazwa skali w języku angielskim	Geriatric /General Oral Health Assessment Index (GOHAI)	
Skrót	GOHAI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Atchinson K.A i Dolan TA
	Rok publikacji	1990
	Źródło	Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. <i>J Dent Educ.</i> 1990 Nov;54(11):680-7. PMID: 2229624. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229624/
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Małgorzata Gałczyńska-Rusin
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Gałczyńska-Rusin M.: Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu Praca na stopień doktora nauk medycznych. Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Poznań 2013 https://www.wbc.poznan.pl/Content/304343/PDF/index.pdf Gałczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). <i>J Stoma</i> 2014; 67, 2: 152-165

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	GOHAI jest wskaźnikiem badającym jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej. Narzędzie to ocenia zgłaszane przez pacjenta problemy funkcjonalne związane z jamą ustną, wpływ psychospołeczny schorzeń jamy ustnej na życie codzienne oraz efektywność przeprowadzonego leczenia stomatologicznego / protetycznego pacjentów w wieku podeszłym [1,2,3,4] oraz młodszych dorosłych. Skala może identyfikować te grupy chorych, dla których pomoc stomatologiczna jest potrzebna (powinna być udzielona) [4,5].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Skala składa się z 12 pytań, które odnoszą się do trzech wymiarów jakości życia chorego: – funkcjonowania fizycznego (spożywanie pokarmów, mowa i przełykanie) (pozycje 1, 2, 3, 4); – funkcjonowania psychospołecznego (zaniepokojenie/ troska o zdrowie jamy ustnej, niezadowolenie z wyglądu, unikanie kontaktu z innymi ludźmi spowodowane problemami ze zdrowiem jamy ustnej) (pozycje 6, 7, 9, 10, 11) ; – ból i dyskomfort oraz stosowanie leków łagodzących ból (pozycje 5, 8, 12) [1,3,4].
	Orientacyjny czas badania	Nie określono. Zależność osobnicza
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz GOHAI został pierwotnie opracowany w USA do użytku z populacjami osób starszych z trzymiesięcznym okresem odniesienia. Wysoka rzetelność, trafność i responsywność narzędzia wpłynęły na szerokie stosowanie go w badaniach przekrojowych i podłużnych osób starszych. Aktualnie skalę stosuje się też w młodszych populacjach dorosłych.[1,2,4]. Nie tylko oryginalna wersja była wykorzystywana w wielu badaniach, ale też zostały przeprowadzone kulturowe adaptacje i walidacje skali. Wskaźnik ten został zaadaptowany na język polski, a jego bardzo dobre właściwości psychometryczne zostały potwierdzone w wielu badaniach [4].Tłumaczenie i ekwiwalencja międzykulturowa tego instrumentu została przeprowadzona na wiele języków, w tym na: niemiecki [6], chiński [7], niderlandzki [8],arabski [9], hiszpański [10], francuski [11], hindi [12], perski [13], malajski [14], szwedzki [15] i turecki [16], serbski[17], japoński [18]. GOHAI jest szeroko stosowane w badaniach klinicznych i epidemiologicznych. Narzędzie stało się jednym z najczęściej używanych kwestionariuszy OHQoL na całym świecie [1-32]. Chociaż nadal pozostaje aktualnym i użytecznym miernikiem jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, to równie skutecznie jest stosowany w innych miejscach sprawowania opieki zdrowotnej. GOHAI zastosowano do pomiaru OHQoL u pacjentów

		z protezami zębowymi [19,22], a nawet u pacjentów bezzębnych [23]. Skalę stosuje się w wielu sytuacjach klinicznych [24-30]. Rozpowszechnienie skali poprzez uwypuklenie najważniejszych problemów różnych osób, może wpłynąć w przyszłości na politykę prozdrowotną i planowane strategie zdrowotne[22]. Skala jest także stosowana w wersji skróconej [21].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe/ seniorzy
	Miejsce badanych	Miejsce pobytu pacjenta
	Stan badanych	Z protezami zębowymi, z ubytkami zębowymi lub bezzębni oraz innymi problemami zębów, jamy ustnej i przełykania
	Sytuacje	jw
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze dentyści, pielęgniarki, położne Osoby nieprofesjonalne: opiekunowie	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każdemu pytaniu w skali GOHAI przypisane są odpowiedzi w pięciostopniowej skali Likerta (5=nigdy, 4=rzadko, 3=czasami, 2=często, 1=zawsze). Wynik skali jest otrzymywany poprzez sumę otrzymanych odpowiedzi. Pytania nr 3, 5 i 7 mają charakter pytań odwróconych, tak, że przed zliczaniem wyników należy je rekodować, czyli odwrócić skalę. Maksymalna liczba punktów jaką może uzyskać pacjent to 60, minimalna -12. Większa liczba punktów oznacza lepszą jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej. Interpretacja wyników testu jest następująca: – 57 - 60 punktów jest uznawany za wysoki, oznacza bardzo dobrą jakość życia zależną od stanu zdrowia jamy ustnej – 51-56 – średni, oznacza umiarkowaną jakość życia – poniżej 50 punktów to wynik niski, oznacza słabe poczucie jakości życia.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

GOHAI - pytania	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy
1. Jak często ograniczałeś rodzaj lub ilość spożywanego przez siebie pokarmu z powodu problemów ze swoimi zębami lub protezami dentystycznymi?	1	2	3	4	5
2. Jak często miałeś problemy z gryzieniem lub żuciem różnego rodzaju pożywienia, takiego jak twarde mięso lub jabłka?	1	2	3	4	5
3. Jak często byłeś w stanie bezproblemowo przetykać?	1	2	3	4	5
4. Jak często Twoje zęby lub protezy dentystyczne uniemożliwiały Tobie właściwą wymowę?	1	2	3	4	5
5. Jak często byłeś w stanie coś jeść nie odczuwając przy tym dyskomfortu?	1	2	3	4	5
6. Jak często ograniczałeś kontakty z ludźmi z powodu stanu swoich zębów lub protez?	1	2	3	4	5
7. Jak często byłeś zadowolony lub szczęśliwy z wyglądu swoich zębów i dziąseł lub protez dentystycznych?	1	2	3	4	5
8. Jak często stosowałeś leki aby uśmierzyć ból lub dyskomfort odczuwany w jamie ustnej?	1	2	3	4	5
9. Jak często byłeś zmartwiony lub zaniepokojony problemami dotyczącymi Twoich zębów, dziąseł lub protez?	1	2	3	4	5
10. Jak często czuleś się zdenerwowany lub skrepowany z powodu problemów ze swoimi zębami, dziąslami lub protezami	1	2	3	4	5
11. Jak często jedząc w obecności innych ludzi, odczuwałeś dyskomfort spowodowany problemami ze swoimi zębami lub protezami?	1	2	3	4	5
12. Jak często Twoje zęby lub dziąsła były wrażliwe na ciepło, zimno lub słodkie?	1	2	3	4	5

Źródło: Gałczyńska-Rusin M.: Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu Praca na stopień doktora nauk medycznych. Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Poznań 2013 <https://www.wbc.poznan.pl/Content/304343/PDF/index.pdf>

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 54 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 59% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990 Nov;54(11):680-7. PMID: 2229624. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229624/ 2. Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. J Public Health Dent. 1998 Fall;58(4):301-8. doi: 10.1111/j.1752-7325.1998.tb03013.x. PMID: 10390713. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10390713/ 3. Gałczyńska-Rusin M.: Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu Praca na stopień doktora nauk medycznych. Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Poznań 2013 4. https://www.wbc.poznan.pl/Content/304343/PDF/index.pdf 5. Gałczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). J Stoma 2014; 67, 2: 152-165 6. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de la Fuente-Hernández J, García-Peña C. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. J Public Health Dent. 2010 Fall;70(4):300-7. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x. PMID: 20663049 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20663049/ 7. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. Community Dent Oral Epidemiol. 2008 Feb;36(1):34-42. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00351.x. PMID: 18205638. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18205638/ 8. Wang J, Zhao J, Tian T, Jiang X, Li H, Pang M, Kong F. The effects of oral health and social support on health-related quality of life of migrant older with children in Weifang, China. BMC Public Health. 2022 Aug 6;22(1):1505. doi: 10.1186/s12889-022-13843-0. PMID: 35933414; PMCID: PMC9357308. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35933414/ 9. Niesten D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Validation of a Dutch version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-NL) in care-dependent and care-independent older people. BMC Geriatr. 2016 Feb 29;16:53. doi: 10.1186/s12877-016-0227-0. PMID: 26928080; PMCID: PMC4772292. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26928080/ 10. Atieh MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. Gerodontology. 2008 Mar;25(1):34-41. doi: 10.1111/j.1741-2358.2007.00195.x. Epub 2008 Jan 13. PMID: 18194334. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18194334/ 11. Aguirre-Bustamante J, Barón-López FJ, Carmona-González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. BMC Oral Health. 2020 Feb 19;20(1):61. doi: 10.1186/s12903-020-1047-3. PMID: 32075623; PMCID: PMC7031997. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031997/ 12. Gutiérrez Quiceno B, Calzada Gutiérrez MT, Fandiño-Losada A. Cultural adaptation and validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI - Colombian version. Colomb Med (Cali). 2019 Jun 30;50(2):102-114. doi: 10.25100/cm.v50i2.3999. PMID: 31607767; PMCID: PMC6774582. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31607767/ 13. González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. BMC Oral Health. 2020 Feb 19;20(1):61. doi: 10.1186/s12903-020-1047-3. PMID: 32075623; PMCID: PMC7031997. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031997/

14. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Aug;31(4):275-84. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.t01-1-00006.x. PMID: 12846850. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12846850/>
15. Mathur VP, Jain V, Pillai RS, Kalra S. Translation and validation of Hindi version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology.* 2016 Mar;33(1):89-96. doi: 10.1111/ger.12099. Epub 2013 Dec 11. PMID: 24325659. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24325659/>
16. Rezaei M, Rashedi V, Khedmati Morasae E. A Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology.* 2016 Sep;33(3):335-41. doi: 10.1111/ger.12161. Epub 2014 Oct 15. PMID: 25319235. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25319235/>
17. Othman WN, Muttalib KA, Bakri R, Doss JG, Jaafar N, Salleh NC, Chen S. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language. *J Public Health Dent.* 2006 Summer;66(3):199-204. doi: 10.1111/j.1752-7325.2006.tb02580.x. PMID: 16913247. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16913247/>
18. Hägglin C, Berggren U, Lundgren J. A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J.* 2005;29(3):113-24. PMID: 16255355. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16255355/>
19. Ergül S, Akar GC. Reliability and validity of the Geriatric Oral Health Assessment Index in Turkey. *J Gerontol Nurs.* 2008 Sep;34(9):33-9. doi: 10.3928/00989134-20080901-05. PMID: 18795563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18795563/>
20. Popović Z, Gajić I, Obradović-Djurčić K, Milošević DP. Introduction to verification of the GOHAI instrument for measuring the oral health-related quality of life in patients with dentures using the Serbian preliminary version--A pilot study. *Vojnosanit Pregl.* 2015 Dec;72(12):1055-62. doi: 10.2298/vsp140624077p. PMID: 26898027 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26898027/>
21. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent.* 2006 Fall;66(4):273-5. doi: 10.1111/j.1752-7325.2006.tb04081.x. PMID: 17225823. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17225823/>
22. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):284-90. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x. PMID: 9332805. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9332805/>
23. Rodakowska E., Bagińska J., Jamiolkowski J., Cylwik-Rokicka D., Mierzyńska K., Fryc J.: Skala Oceny Ogólnego Zdrowia Jamy Ustnej (GOHAI) u pacjentów użytkujących protezy całkowite *GERONTOLOGIA POLSKA* 2017; 25; 112-117
24. Orczykowska M, Rój R, Pihut ME, Gala A, Wiśniewska G. Ocena jakości życia pacjentów bezzębnych stosujących protezy całkowite. *Protetyka.* 2020;70(3):254-264. <https://doi.org/10.5114/ps/127075>
25. Vettore MV, Rebelo MAB, Rebelo Vieira JM, Cardoso EM, Birman D, Leão ATT. Psychometric Properties of the Brazilian Version of GOHAI among Community-Dwelling Elderly People. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Nov 9;19(22):14725. doi: 10.3390/ijerph192214725. PMID: 36429443; PMCID: PMC9690323. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9690323/>
26. Riva F, Seoane M, Reichenheim ME, Tsakos G, Celeste RK. Adult oral health-related quality of life instruments: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022 Oct;50(5):333-338. doi: 10.1111/cdoe.12689. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34409626 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34409626/>
27. Li H, Kong F. Effect of Morbidities, Depression, Anxiety, and Stress on Oral Health-Related Quality of Life among Migrant Elderly Following Children in Weifang, China. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Apr 13;19(8):4677. doi: 10.3390/ijerph19084677. PMID: 35457544; PMCID: PMC9033005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35457544/>

	28. Rodakowska E, Wilczyńska-Borawska M, Fryc J, Baginska J, Naumnik B. Oral health-related quality of life in patients undergoing chronic hemodialysis. <i>Patient Preference Adherence</i>. 2018 Jun 1;12:955-961. doi: 10.2147/PPA.S161638. PMID: 29910608; PMCID: PMC5987751. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5987751/ 29. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiolkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. <i>BMC Oral Health</i>. 2014 Aug 20;14:106. doi: 10.1186/1472-6831-14-106. PMID: 25141902; PMCID: PMC4145358. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145358/ 30. Leppink J, Pérez-Fuster P. We need more replication research - A case for test-retest reliability. <i>Perspect Med Educ</i>. 2017 Jun;6(3):158-164. doi: 10.1007/s40037-017-0347-z. PMID: 28390030; PMCID: PMC5466566. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28390030/ 31. Chapuis J, Siu-Paredes F, Pavageau C, Amador G, Rude N, Denis F. Anticholinergic Drugs and Oral Health-related Quality of Life in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study. <i>Transl Neurosci</i>. 2020 Feb 11;11:10-16. doi: 10.1515/tnsci-2020-0003. PMID: 32104590; PMCID: PMC7029653. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32104590/ 32. Nerobkova N, Park EC, Jang SI. Depression and oral health-related quality of life: A longitudinal study. <i>Front Public Health</i>. 2023 Feb 9;11:1072115. doi: 10.3389/fpubh.2023.1072115. PMID: 36844860; PMCID: PMC9947840. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36844860 33. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. <i>Health Qual Life Outcomes</i>. 2003 Sep 8;1:40. doi: 10.1186/1477-7525-1-40. PMID: 14514355; PMCID: PMC201012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC201012/
Załącznik 1	1. Shwe PS, Ward SA, Thein PM, Junckerstorff R. Frailty, oral health and nutrition in geriatrics inpatients: A cross-sectional study. <i>Gerodontology</i>. 2019 Sep;36(3):223-228. doi: 10.1111/ger.12397. Epub 2019 Mar 12. PMID: 30861197. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30861197/ 2. Chaudhary FA, Siddiqui YD, Yaqoob MA, Khalid MD, Butt DQ, Hameed S. Psychometric properties of the Urdu version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) and oral health-related quality of life in the elder Pakistani population. <i>Gerodontology</i>. 2021 Dec;38(4):366-372. doi: 10.1111/ger.12531. Epub 2021 Jan 5. PMID: 33403694. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33403694/ 3. Adamo D, Pecoraro G, Fortuna G, Amato M, Marenzi G, Aria M, Mignogna MD. Assessment of oral health-related quality of life, measured by OHIP-14 and GOHAI, and psychological profiling in burning mouth syndrome: A case-control clinical study. <i>J Oral Rehabil</i>. 2020 Jan;47(1):42-52. doi: 10.1111/joor.12864. Epub 2019 Aug 10. PMID: 31332814. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31332814/ 4. Li H, Kong F. Effect of Morbidities, Depression, Anxiety, and Stress on Oral Health-Related Quality of Life among Migrant Elderly Following Children in Weifang, China. <i>Int J Environ Res Public Health</i>. 2022 Apr 13;19(8):4677. doi: 10.3390/ijerph19084677. PMID: 35457544; PMCID: PMC9033005. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35457544/ 5. Dable RA, Nazirkar GS, Singh SB, Wasnik PB. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. <i>J Clin Diagn Res</i>. 2013 Sep;7(9):2063-7. doi: 10.7860/JCDR/2013/6377.3406. Epub 2013 Aug 7. PMID: 24179944; PMCID: PMC3809683. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24179944/ 6. Pang M, Wang J, Tian T, Zhao J, Jiang X, Li H, Kong F. The mediating effect of social support on the association between socioeconomic status and self-reported oral health status among the migrant elderly following children in Weifang, China: a cross-sectional study. <i>BMC Oral Health</i>. 2022 Dec 18;22(1):619. doi: 10.1186/s12903-022-02649-6. PMID: 36529752; PMCID: PMC9760054. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36529752/

	7. Gokturk O, Yarkac FU. Comparison of two measures to determine the oral health-related quality of life in elders with periodontal disease. <i>Community Dent Health</i>. 2019 May 30;36(2):143-149. doi: 10.1922/CDH_4387Gokturk07. PMID: 31070876. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31070876/ 8. Oliveira LFS, Wanderley RL, Araújo ECF, Medeiros MMD, Figueredo OMC, Pinheiro MA, Rodrigues Garcia RCM, Cavalcanti YW. Factors associated with oral health-related quality of life of institutionalized elders. <i>Braz Oral Res</i>. 2020 Dec 18;35:e015. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0015. PMID: 33331407. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33331407/ 9. Rodakowska E, Wilczyńska-Borawska M, Fryc J, Baginska J, Naumnik B. Oral health-related quality of life in patients undergoing chronic hemodialysis. <i>Patient Preference Adherence</i>. 2018 Jun 1;12:955-961. doi: 10.2147/PPA.S161638. PMID: 29910608; PMCID: PMC5987751. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29910608/ 10. Bannwart LC, de Moraes Melo Neto CL, Goiato MC, Dos Santos DM, da Silva Paiva CA, de Araújo Moreno NV, da Silva EVF, de Magalhães Bertoz AP. Oral Health-Related Quality of Life, Dry Mouth Sensation, and Level of Anxiety in Elderly Patients Rehabilitated with New Removable Dentures. <i>Eur J Dent</i>. 2022 May;16(2):351-359. doi: 10.1055/s-0041-1735796. Epub 2021 Nov 23. PMID: 34814220; PMCID: PMC9339923. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34814220/ 11. Kanehira Y, Arai K, Kanehira T, Nagahisa K, Baba S. Oral health-related quality of life in patients with implant treatment. <i>J Adv Prosthodont</i>. 2017 Dec;9(6):476-481. doi: 10.4047/jap.2017.9.6.476. Epub 2017 Dec 14. PMID: 29279768; PMCID: PMC5741452. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29279768/ 12. Chapuis J, Siu-Paredes F, Pavageau C, Amador G, Rude N, Denis F. Anticholinergic Drugs and Oral Health-related Quality of Life in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study. <i>Transl Neurosci</i>. 2020 Feb 11;11:10-16. doi: 10.1515/tnsci-2020-0003. PMID: 32104590; PMCID: PMC7029653. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32104590/ 13. Mihara Y, Matsuda KI, Hatta K, Gondo Y, Masui Y, Nakagawa T, Kamide K, Ishizaki T, Arai Y, Maeda Y, Ikebe K. Relationship between gerotranscendence and oral health-related quality of life. <i>J Oral Rehabil</i>. 2018 Oct;45(10):805-809. doi: 10.1111/joor.12691. Epub 2018 Aug 3. PMID: 30019445. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30019445/ 14. Campos JADB, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. General Oral Health Assessment Index: A new evaluation proposal. <i>Gerodontology</i>. 2017 Sep;34(3):334-342. doi: 10.1111/ger.12270. Epub 2017 May 10. PMID: 28488319. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28488319/ 15. Korenori A, Koji K, Yuki T, Murata T, Sachiko TM, Shunsuke B. Cost-effectiveness of molar single-implant versus fixed dental prosthesis. <i>BMC Oral Health</i>. 2018 Aug 20;18(1):141. doi: 10.1186/s12903-018-0604-5. PMID: 30126400; PMCID: PMC6102921. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30126400/ 16. Sekiguchi A, Kawashiri SY, Hayashida H, Nagaura Y, Nobusue K, Nonaka F, Yamanashi H, Kitamura M, Kawasaki K, Fukuda H, Iwasaki T, Saito T, Maeda T. Association between high psychological distress and poor oral health-related quality of life (OHQoL) in Japanese community-dwelling people: the Nagasaki Islands Study. <i>Environ Health Prev Med</i>. 2020 Dec 10;25(1):82. doi: 10.1186/s12199-020-00919-9. PMID: 33302863; PMCID: PMC7730733. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302863/ 17. Röhrig G, Pia S, Bussmann M, Kunter H, Noack MJ, Barbe AG. Do subjectively and objectively impaired oral health parameters influence geriatric assessment results in hospitalized geriatric patients? <i>Eur Geriatr Med</i>. 2020 Jun;11(3):465-474. doi: 10.1007/s41999-020-00306-1. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32297265. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32297265/ 18. Cárdenas-Bahena Á, Velázquez-Olmedo LB, Falcón-Flores JA, García-Zámano IE, Montes-Salmerón RE, Reza-Bravo GG, Sánchez-García S. Autopercepción de la salud oral en adultos mayores de la Ciudad de México [Self-perception of oral health in older adults from Mexico City]. <i>Rev Med Inst Mex Seguro Soc</i>. 2018;56(Suppl 1):S54-S63. Spanish. PMID: 29624968. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29624968/
--	---

19. Gennai S, Izzetti R, Pioli MC, Music L, Graziani F. Impact of rehabilitation versus edentulism on systemic health and quality of life in patients affected by periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2022 Jun;49 Suppl 24:328-358. doi: 10.1111/jcpe.13526. Epub 2021 Nov 10. PMID: 34761419 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34761419/>
20. Mathur VP, Jain V, Pillai RS, Kalra S. Translation and validation of Hindi version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2016 Mar;33(1):89-96. doi: 10.1111/ger.12099. Epub 2013 Dec 11. PMID: 24325659. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24325659/>
21. Iinuma T, Arai Y, Takayama M, Takayama M, Abe Y, Osawa Y, Fukumoto M, Fukui Y, Shioda Y, Hirose N, Komiyama K, Gionhaku N. Satisfaction with dietary life affects oral health-related quality of life and subjective well-being in very elderly people. *J Oral Sci*. 2017;59(2):207-213. doi: 10.2334/josnuds.16-0414. PMID: 28637980. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28637980/>
22. Appukuttan DP, Vinayagavel M, Balasundaram A, Damodaran LK, Shivaraman P, Gunasshegaran K. Linguistic Adaptation and Psychometric Properties of Tamil Version of General Oral Health Assessment Index-Tml. *Ann Med Health Sci Res*. 2015 Nov-Dec;5(6):413-22. doi: 10.4103/2141-9248.177987. PMID: 27057380; PMCID: PMC4804653. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27057380/>
23. Karkada D, D'Costa VG, Acharya S. Do residential care and low social capital negatively influence oral health-related quality of life (OHRQoL) among older adults? A cross-sectional study. *Gerodontology*. 2023 Mar;40(1):39-46. doi: 10.1111/ger.12614. Epub 2021 Dec 19. PMID: 34927278. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34927278/>
24. Rozov RA, Trezubov VN, Gerasimov AB, Kopylov MV, Azarin GS. Klinicheskii analiz blizhaishikh i otdalennykh rezul'tatov primeneniya implantatsionnogo protezirovaniya «Trefoil» v Rossii [Clinical analysis of the short-term and long-term results of the implant-supported Trefoil dental rehabilitation in Russia]. *Stomatologiya (Mosk)*. 2020;99(5):50-57. Russian. doi: 10.17116/stomat20209905150. PMID: 33034177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33034177/>
25. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990 Nov;54(11):680-7. PMID: 2229624. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229624/>
26. Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. *J Public Health Dent*. 1998 Fall;58(4):301-8. doi: 10.1111/j.1752-7325.1998.tb03013.x. PMID: 10390713. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10390713/>
27. Gałczyńska-Rusin M.: Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu Praca na stopień doktora nauk medycznych. Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Poznań 2013 <https://www.wbc.poznan.pl/Content/304343/PDF/index.pdf>
28. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de la Fuente-Hernández J, García-Peña C. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent*. 2010 Fall;70(4):300-7. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x. PMID: 20663049 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20663049/>
29. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 Feb;36(1):34-42. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00351.x. PMID: 18205638. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18205638/>
30. Wang J, Zhao J, Tian T, Jiang X, Li H, Pang M, Kong F. The effects of oral health and social support on health-related quality of life of migrant older with children in Weifang, China. *BMC Public Health*. 2022 Aug 6;22(1):1505. doi: 10.1186/s12889-022-13843-0. PMID: 35933414; PMCID: PMC9357308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35933414/>

31. Niesten D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Validation of a Dutch version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-NL) in care-dependent and care-independent older people. *BMC Geriatr*. 2016 Feb 29;16:53. doi: 10.1186/s12877-016-0227-0. PMID: 26928080; PMCID: PMC4772292. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26928080/>
32. Atieh MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2008 Mar;25(1):34-41. doi: 10.1111/j.1741-2358.2007.00195.x. Epub 2008 Jan 13. PMID: 18194334. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18194334/>
33. Aguirre-Bustamante J, Barón-López FJ, Carmona-González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC Oral Health*. 2020 Feb 19;20(1):61. doi: 10.1186/s12903-020-1047-3. PMID: 32075623; PMCID: PMC7031997. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031997/>
34. Gutiérrez Quiceno B, Calzada Gutiérrez MT, Fandiño-Losada A. Cultural adaptation and validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI - Colombian version. *Colomb Med (Cali)*. 2019 Jun 30;50(2):102-114. doi: 10.25100/cm.v50i2.3999. PMID: 31607767; PMCID: PMC6774582. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31607767/>
35. González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC Oral Health*. 2020 Feb 19;20(1):61. doi: 10.1186/s12903-020-1047-3. PMID: 32075623; PMCID: PMC7031997. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031997/>
36. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Aug;31(4):275-84. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.t01-1-00006.x. PMID: 12846850. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12846850/>
37. Mathur VP, Jain V, Pillai RS, Kalra S. Translation and validation of Hindi version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2016 Mar;33(1):89-96. doi: 10.1111/ger.12099. Epub 2013 Dec 11. PMID: 24325659. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24325659/>
38. Rezaei M, Rashedi V, Khedmati Morasae E. A Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2016 Sep;33(3):335-41. doi: 10.1111/ger.12161. Epub 2014 Oct 15. PMID: 25319235. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25319235/>
39. Othman WN, Muttalib KA, Bakri R, Doss JG, Jaafar N, Salleh NC, Chen S. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language. *J Public Health Dent*. 2006 Summer;66(3):199-204. doi: 10.1111/j.1752-7325.2006.tb02580.x. PMID: 16913247. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16913247/>
40. Hägglin C, Berggren U, Lundgren J. A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J*. 2005;29(3):113-24. PMID: 16255355. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16255355/>
41. Ergül S, Akar GC. Reliability and validity of the Geriatric Oral Health Assessment Index in Turkey. *J Gerontol Nurs*. 2008 Sep;34(9):33-9. doi: 10.3928/00989134-20080901-05. PMID: 18795563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18795563/>
42. Popović Z, Gajić I, Obradović-Djuricić K, Milosević DP. Introduction to verification of the GOHAI instrument for measuring the oral health-related quality of life in patients with dentures using the Serbian preliminary version--A pilot study. *Vojnosanit Pregl*. 2015 Dec;72(12):1055-62. doi: 10.2298/vsp140624077p. PMID: 26898027 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26898027/>
43. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent*. 2006 Fall;66(4):273-5. doi: 10.1111/j.1752-7325.2006.tb04081.x. PMID: 17225823. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17225823/>

44. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997 Aug;25(4):284-90. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x. PMID: 9332805. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9332805/ 45. Vettore MV, Rebelo MAB, Rebelo Vieira JM, Cardoso EM, Birman D, Leão ATT. Psychometric Properties of the Brazilian Version of GOHAI among Community-Dwelling Elderly People. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 9;19(22):14725. doi: 10.3390/ijerph192214725. PMID: 36429443; PMCID: PMC9690323. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9690323/ 46. Rodakowska E., Bagińska J., Jamiolkowski J., Cylwik-Rokicka D., Mierzyńska K., Fryc J.: Skala Oceny Ogólnego Zdrowia Jamy Ustnej (GOHAI) u pacjentów użytkujących protezy całkowite GERONTOLOGIA POLSKA 2017; 25; 112-117 47. Gałczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). J Stoma 2014; 67, 2: 152-165 48. Riva F, Seoane M, Reichenheim ME, Tsakos G, Celeste RK. Adult oral health-related quality of life instruments: A systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2022 Oct;50(5):333-338. doi: 10.1111/cdoe.12689. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34409626 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34409626/ 49. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiolkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. BMC Oral Health. 2014 Aug 20;14:106. doi: 10.1186/1472-6831-14-106. PMID: 25141902; PMCID: PMC4145358. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145358/ 50. Leppink J, Pérez-Fuster P. We need more replication research - A case for test-retest reliability. Perspect Med Educ. 2017 Jun;6(3):158-164. doi: 10.1007/s40037-017-0347-z. PMID: 28390030; PMCID: PMC5466566. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28390030/ 51. Orczykowska M, Rój R, Pihut ME, Gala A, Wiśniewska G. Ocena jakości życia pacjentów bezzębnych stosujących protezy całkowite. Protetyka. 2020;70(3):254-264. https://doi.org/10.5114/ps/127075 52. Nakhaee N, Navabi N, Rohani A. Assessment of oral health-related quality of life: Comparison of two measurement tools. J Oral Health Oral Epidemiol 2016; 5(3): 141-7. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36844860 53. Nerobkova N, Park EC, Jang SI. Depression and oral health-related quality of life: A longitudinal study. Front Public Health. 2023 Feb 9;11:1072115. doi: 10.3389/fpubh.2023.1072115. PMID: 36844860; PMCID: PMC9947840. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36844860 54. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003 Sep 8;1:40. doi: 10.1186/1477-7525-1-40. PMID: 14514355; PMCID: PMC201012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC201012/

I.4.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM
Nazwa skali w języku polskim	I.4.B.1. Skala Brazeltona (inaczej skala NBAS) - Skala oceny zachowań noworodka
Nazwa skali w języku angielskim	Neonatal Behavioral Assessment Scale - NBAS
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Thomas Berry Brazelton
Państwo	Boston, Massachusetts w USA

Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	NBAS jest to test mierzący reakcje noworodka na różne bodźce. Wykonuje się go zaraz po urodzeniu dziecka, aby określić jego stan emocjonalny. Może być również stosowany do oceny interakcji rodziców z dzieckiem. Skala Brazeltona może być stosowana u każdego donoszonego noworodka od urodzenia do ukończenia 8 tygodnia życia. Dopuszcza się także badanie wcześniaków o ustabilizowanej sytuacji medycznej od 36 tygodnia oraz dzieci z opóźnieniami rozwojowymi. Badanie należy przeprowadzać w cichym, zaciemnionym miejscu w obecności rodziców. Podczas procesu poznawczego obserwuje się reakcje niemowlęcia na pozytywne i negatywne bodźce. Badanie trwa ok. 30 minut Skala składa się z 28 pozycji zachowaniowych, ocenianych według 9-punktowej skali, z których każda bada reakcje niemowlęcia na pozytywne i negatywne bodźce. Do badania używa się latarki, dzwonka, grzechotki i czerwonej piłki, które pomagają w obserwowaniu habituacji i orientacji. W badaniu orientacji używana jest również twarz i głos osoby badającej. Skala obejmuje również 18 pozycji badających odruchy, ocenianych według skali 4 punktowej, sprawdzających stan neurologiczny niemowlęcia. Można analizować zestawy pozycji, na przykład Habituację, Orientację, Sprawność ruchową, Zakres stanów, Regulację autonomiczną i odruchy. NBAS jest narzędziem przesiewowym oraz interwencyjnym. Pozwala na badanie mocnych stron i umiejętności dziecka, dzielenie obserwacji zachowania dziecka z rodzicami, podkreślanie trafności spostrzeżeń rodziców, zapewnianie informacji o rozwoju, wskazówki na przyszłość, omawianie metod opieki nad dzieckiem oraz budowanie relacji współpracy między pracownikiem służby zdrowia a rodzicami. Stosowana jest w pracy z rodzicami dzieci zdrowych, ale szczególne zastosowanie ma w rodzinach różnymi problemami. Była z pozytywnym skutkiem stosowana w pracy z matkami z depresją poporodową, matkami wcześniaków oraz matkami mającymi szczególne trudności z wchodzeniem w interakcje ze swoimi dziećmi. Skalę mogą wykorzystywać, po przeszkoleniu pracownicy służby zdrowia w praktyce klinicznej lub jako narzędzie badawcze. Aby lepiej zrozumieć repertuar zachowania niemowlęcia i jego adaptację z upływem czasu, niemowlę należy badać więcej niż raz w okresie czterech tygodni od narodzin. Jeśli Skala NBAS stosowana jest jako interwencja, badanie powinno się przeprowadzić trzykrotnie w ciągu pierwszych 4 tygodni po narodzinach. Kliniczne opisy zachowań noworodków w Skali Oceny Zachowań Noworodków Brazeltona mogą być wykorzystywane przez pielęgniarkę w planowaniu opieki rodzic-niemowlę. NBAS zapewnia rodzicom i klinicyście pomocne wskazówki dotyczące opieki, może być wykorzystywana w programach zdrowia psychicznego niemowląt jako interwencja zapobiegawcza i wsparcie rozwijającej się relacji między rodzicami a dzieckiem.
Źródło bibliograficzne	Brazelton. T. Berry and Nugent, J. Kevin. Neonatal Behavioural Assessment Scale, 3rd edition. Clinics in Developmental Medicine No. 137, MacKeith Press, London. Distributed by Cambridge University Press, 1995. ISBN 1-898-68305-0
Źródło on-line	T. Berry Brazelton: Neonatal Behavioural Assessment Scale, Clinics in Developmental Medicine No. 50, Spastics International Medical Publications. London. William Heinemann Medical. Books Ltd. Philadelphia J.B. Lippincott Co. 1973 https://nidcap.org/wp-content/uploads/2013/12/Brazelton-1973-BNBAS.pdf Barbosa M, Moreira J, Tronick E, Beeghly M, Fuertes M. Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS): Confirmatory factor analysis of the six behavioral clusters. Early Hum Dev. 2018 Sep;124:1-6. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2018.07.007. Epub 2018 Jul 31. PMID: 30075392. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30075392/ Beal JA. The Brazelton neonatal behavioral assessment scale: a tool to enhance parental attachment. J Pediatr Nurs. 1986 Jun;1(3):170-7. PMID: 3635608. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3635608/

	Buckner EB. Use of Brazelton neonatal behavioral assessment in planning care for parents and newborns. JOGN Nurs. 1983 Jan-Feb;12(1):26-30. doi: 10.1111/j.1552-6909.1983.tb01048.x. PMID: 6550142. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6550142/ Gena Covell Britt, Barbara J. Myers Skutki interwencji Brazeltona: przegląd Infant Mental Health Journal 1994 Jesień; 15(3): 278-292 <a href="https://doi.org/10.1002/1097-0355(199423)15:3<278::AID-IMHJ2280150304>3.0.CO;2-4">https://doi.org/10.1002/1097-0355(199423)15:3<278::AID-IMHJ2280150304>3.0.CO;2-4 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1097-0355%28199423%2915%3A3%3C278%3A%3AAID-IMHJ2280150304%3E3.0.CO%3B2-4 Nugent J.K. and Brazelton T.B. Preventive intervention with infants and families: The NBAS Model. Infant Mental Health Journal, 1989, 10, 84-89. https://nbas.pl/wp-content/uploads/2017/06/Joanna-Hawthorne-Betty-Hutchon.pdf Nugent JK. The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton's legacy. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2013 Aug;26(3):173-9. doi: 10.1111/jcap.12043. PMID: 23909939. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23909939/ Malak, R.; Fechner, B.; Sikorska, D.; Rosolek, M.; Mojs, E.; Samborski, W.; Baum, E. Application of the Neonatal Behavioral Assessment Scale to Evaluate the Neuro-behavior of Preterm Neonates. Brain Sci. 2021, 11, 1285. https://doi.org/10.3390/brainsci11101285 https://pdfs.semanticscholar.org/2e33/80bdde604964f840d0ad-8f9deef0728ae4b7.pdf Stewart P, Reihman J, Lonky E, Darvill T, Pagano J. Prenatal PCB exposure and neonatal behavioral assessment scale (NBAS) performance. Neurotoxicol Teratol. 2000 Jan-Feb;22(1):21-9. doi: 10.1016/s0892-0362(99)00056-2. PMID: 10642111. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10642111/
--	--

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM
Nazwa skali w języku polskim	I.4.B.2. Test przesiewowy rozwoju motorycznego Milani Comparetti (MCMDST).
Nazwa skali w języku angielskim	Milani Comparetti Motor Development Screening Test (MCMDST).
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Milani-Comparetti Adriano, Gidoni Emerenziana Anna
Państwo	Włochy
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Test jest metodą subiektywną, służącą do pomiaru i oceny rozwoju motorycznego na podstawie relacji między osiągniętym poziomem sprawności motorycznej, a współzależnymi strukturami odruchowymi dziecka. Umożliwia wczesne rozpoznanie opóźnień i ubytki neuromotoryczne. Test należy stosować w populacji dzieci w wieku od urodzenia do około 2 r.ż. Badający wykonuje 28 czynności mających na celu fizyczną stymulację dziecka w celu otrzymania konkretnych odpowiedzi motorycznych. W przypadku dziecka nie współpracującego dopuszcza się wykorzystanie informacji uzyskanych od rodziców. Wyniki zapisuje się w specjalnej karcie. Ocenia się wyłącznie fakt występowania lub braku określonej reakcji lub odruchu. W rezultacie uzyskuje się graficzny profil rozwoju motorycznego dziecka [1,2,3]. Test wykorzystano w badaniu skuteczności nauczania nagranego na wideo i nauczania na żywo w demonstrowaniu oceny rozwojowej studentom terapii zajęciowej [4]. Sprawdzano także możliwość jego stosowania w praktyce klinicznej [5].
Źródło bibliograficzne	1. Milani-Comparetti A, Gidoni EA. Routine developmental examination in normal and retarded children. Dev Med Child Neurol. 1967 Oct;9(5):631-8. doi: 10.1111/j.1469-8749.1967.tb02335.x. PMID: 6066029. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6066029/

	2. Stuberger W.A. et al.: The Milani-Comparetti Motor Development Screening Test. 3rd ed rev Meyer Children's Rehabilitation Institute, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, 1992 3. Brenneman S.K.: Testowanie rozwoju niemowlęcia i dziecka. W: Tecklin J. S.: Fizjoterapia pediatryczna. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1996: 42-69 4. Bazyk S, Jeziorowski J. Videotaped versus live instruction in demonstrating evaluation skills to occupational therapy students. Am J Occup Ther. 1989 Jul;43(7):465-8. doi: 10.5014/ajot.43.7.465. PMID: 2750862. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2750862/ 5. Yıldırım ZH, Aydınli N, Ekici B, Tatlı B, Çalışkan M. Can Alberta infant motor scale and milani comparetti motor development screening test be rapid alternatives to bayley scales of infant development-II at high-risk infants. Ann Indian Acad Neurol. 2012 Jul;15(3):196-9. doi: 10.4103/0972-2327.99714. PMID: 22919192; PMCID: PMC3424797. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22919192/ 6. Benavides-González HM, Ibarra-Reyes MD, Jiménez-Pérez L, Aranda-Valdez RM, Bravo-Cabrera Z, Venta-Sobero JA, Pinzón-Godínez D, Fernández-Carrocera LA. La posición prona como indicador de un desarrollo motor desviado en el primer año de la vida [The prone position as an indicator of deviated motor development during the first year of life]. Bol Med Hosp Infant Mex. 1989 Sep;46(9):591-6. Spanish. PMID: 2481459. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2481459
Źródło on-line	

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM
Nazwa skali w języku polskim	I.4.B.3. Ocena nasilenia kaszlu
Nazwa skali w języku angielskim	Cough Severity Score (CSS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Hsu JY, Stone RA
Nazwisko i imię	
Państwo	Chiny
Krótki charakterystyka skali / Zakres badania skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz jest prostym, dwuczęściowym narzędziem do pomiaru nasilenia kaszlu, odnosi się do występowania objawów kaszlu w dzień i w nocy. CSS jest subiektywnym, samodzielnie wypełnianym kwestionariuszem. Na podstawie częstotliwości, intensywności i wpływu kaszlu na codzienne czynności i sen objawy kaszlu są oceniane w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza brak kaszlu, a 5 najcięższy kaszel [1,2,3] Narzędzie jest użytecznym parametrem do oceny przewlekłego kaszlu w klinice i do celów badawczych. CSS było szeroko stosowane w wielu badaniach nad kaszlem. Wyniki potwierdzają istotną korelację między liczbą incydentów kaszlu w ciągu dnia a CSS u pacjentów z kaszlem przewlekłym i słabą korelację między CSS a kaszlem nocnym. Wynik ten wskazuje, że CSS można wykorzystać do oceny nasilenia kaszlu w ciągu dnia [4-11].
Źródło bibliograficzne	1. Hsu JY, Stone RA, Logan-Sinclair RB, Worsdell M, Busst CM, Chung KF. Coughing frequency in patients with persistent cough: assessment using a 24 hour ambulatory recorder. Eur Respir J. 1994 Jul;7(7):1246-53. doi: 10.1183/09031936.94.07071246. PMID: 7925902.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7925902/
Źródło on-line	

	2. Kwon JW, Moon JY, Kim SH, Song WJ, Kim MH, Kang MG, Lim KH, Lee SH, Lee SM, Lee JY, Kwon HS, Kim KM, Kim SH, Kim SH, Jeong JW, Kim CW, Cho SH, Lee BJ; Work Group for Chronic Cough, the Korean Academy of Asthma, Allergy and Clinical Immunology. Korean version of the Cough Symptom Score: clinical utility and validity for chronic cough. <i>Korean J Intern Med.</i> 2017 Sep;32(5):910-915. doi: 10.3904/kjim.2016.132. Epub 2017 Mar 31. PMID: 28352059; PMCID: PMC5583454. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28352059/ 3. Spinou A., Birring S.S. An update on measurement and monitoring of cough: what are the important study endpoints? <i>J. Thorac. Dis.</i> 2014; 6 (supl. 7): 728–734. file:///C:/Users/hania/Downloads/47463-118914-1-PB.pdf 4. Leconte S, Ferrant D, Dory V, Degryse J. Validated methods of cough assessment: a systematic review of the literature. <i>Respiration.</i> 2011;81(2):161-74. doi: 10.1159/000321231. Epub 2010 Nov 13. PMID: 21079381. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21079381/ 5. Irwin RS. Assessing cough severity and efficacy of therapy in clinical research: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. <i>Chest.</i> 2006 Jan;129(1 Suppl):232S-237S. doi: 10.1378/chest.129.1_suppl.232S. PMID: 16428716. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16428716/ 6. Decalmer SC, Webster D, Kelsall AA, McGuinness K, Woodcock AA, Smith JA. Chronic cough: how do cough reflex sensitivity and subjective assessments correlate with objective cough counts during ambulatory monitoring? <i>Thorax.</i> 2007 Apr;62(4):329-34. doi: 10.1136/thx.2006.067413. Epub 2006 Nov 13. PMID: 17101736; PMCID: PMC2092471. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17101736/ 7. Marsden PA, Smith JA, Kelsall AA, Owen E, Naylor JR, Webster D, Sumner H, Alam U, McGuinness K, Woodcock AA. A comparison of objective and subjective measures of cough in asthma. <i>J Allergy Clin Immunol.</i> 2008 Nov;122(5):903-7. doi: 10.1016/j.jaci.2008.08.029. Epub 2008 Oct 8. PMID: 18842290. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18842290/ 8. Zhang M, Sykes DL, Brindle K, Sadofsky LR, Morice AH. Chronic cough-the limitation and advances in assessment techniques. <i>J Thorac Dis.</i> 2022 Dec;14(12):5097-5119. doi: 10.21037/jtd-22-874. PMID: 36647459; PMCID: PMC9840016. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36647459/ 9. Zhan W, Zhang L, Jiang M, Chen M, Yuan X, Sun J, Xu P, Wu F, Zhang C, Luo W, Chen X, Li H, Lai K. A new simple score of chronic cough: cough evaluation test. <i>BMC Pulm Med.</i> 2020 Mar 20;20(1):68. doi: 10.1186/s12890-020-1106-1. PMID: 32197604; PMCID: PMC7083055 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32197604/ 10. Lee SP, Lee SM, Lee BJ, Kang SY. Effectiveness and Safety of Codeine and Levodropropizine in Patients With Chronic Cough. <i>J Korean Med Sci.</i> 2022 Sep 19;37(36):e275. doi: 10.3346/jkms.2022.37.e275. PMID: 36123964; PMCID: PMC9485064. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36123964/ 11. Zeiger RS, Schatz M, Hong B, Li Q, Stern JA, Takhar HS, Weaver JP, Bali V, Schelfhout J, Chen W. Patient-Reported Burden of Chronic Cough in a Managed Care Organization. <i>J Allergy Clin Immunol Pract.</i> 2021 Apr;9(4):1624-1637.e10. doi: 10.1016/j.jaip.2020.11.018. Epub 2020 Nov 20. PMID: 33227523. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33227523/
--	---

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM
Nazwa skali w języku polskim	I.4.B.4. Proste narzędzie do oceny ryzyka żywieniowego u dzieci
Nazwa skali w języku angielskim	Simple Pediatric Nutritional Risk Screening Tool (SPENS),
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Klanjšek P, Pajnikihar M, Marčun Varda N, Močnik M, Golob Jančič S, Povalej Bržan P.
Państwo	Słowenia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Simple Pediatric Nutritional Risk Screening Tool (SPENS) jest narzędziem przesiewowym. Ta prosta skala jest odpowiednia do rutynowego stosowania w celu identyfikacji pacjentów zagrożonych niedożywieniem podczas hospitalizacji. Wdrożenie jej może zapobiec niedożywieniu szpitalnemu. SPENS składa się z czterech zmiennych i wykazuje niemal idealną zgodność z subiektywną oceną ryzyka niedożywienia ($\kappa = 0,837$) z wysoką czułością i specyficznością (odpowiednio 93,3% i 91,3%). W porównaniu z Subiektywną Globalną Oceną Odżywienia oraz oceną ASPEN i Academy of Nutrition and Dietetics, SPENS mia czułość 92,9% i 86,7%, swoistość 87,5% i 87,0% oraz ogólną zgodność odpowiednio 0,78 i 0,728. Dzięki szybkiemu, prostemu, łatwemu i praktycznemu wykonaniu badania przesiewowe SPENS mogą być wykonywane przez pielęgniarki, lekarzy i dietetyków, bez wcześniejszego przeszkolenia. Badanie nie jest obciążające, trwa jedynie 1-2 minuty. Można je zintegrować z programem komputerowym w klinice przeznaczonym do zarządzania leczeniem i interwencjami opiekuńczymi hospitalizowanych dzieci; co pozwoliłoby na szybkie obliczenia, łatwość użycia i oszczędność czasu na ostateczny wynik badania przesiewowego. Zaleca się by przesiewowe badanie żywieniowe za pomocą SPENS przeprowadzać bezpośrednio przy przyjęciu lub w ciągu pierwszych 24 godzin po przyjęciu dziecka i powtarzać je co tydzień podczas hospitalizacji dziecka [1,2].
Źródło bibliograficzne	1. Klanjšek P, Pajnikihar M, Marčun Varda N, Močnik M, Golob Jančič S, Povalej Bržan P. Development and Validation of a New Screening Tool with Non-Invasive Indicators for Assessment of Malnutrition Risk in Hospitalised Children. Children (Basel). 2022 May 17;9(5):731. doi: 10.3390/children9050731. PMID: 35626908; PMCID: PMC9140013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35626908/ 2. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon AS, Colomb V, Brusset MC, Mosser F, Berrier F, Ricour C. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. Am J Clin Nutr. 2000 Jul;72(1):64-70. doi: 10.1093/ajcn/72.1.64. PMID: 10871562. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10871562/
Źródło on-line	

I.4.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

W badaniu podmiotowym i fizykalnym mogą mieć zastosowanie wszystkie narzędzia opisane w niniejszym *Podręczniku*.

I.5. Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Anna Andruszkiewicz

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych UMK

I.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- I.5.A.1. Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny Fagerstroma,
- I.5.A.2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ - Juczyńskiego.
- I.5.A.3. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ 28 Davida Goldberga. (General Heath Questionnaire)
- I.5.A.4. Skala Uogólnionej Własnej skuteczności GSES (Generalized Self-Efficacy Scale) autorstwa R. Schwarzera, M. Jerusalema
- I.5.A.5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29, Antonovsky'ego
- I.5.A.6. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC (The Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC) autorstwa Wallstona, Wallston i DeVellis wersja A-
- I.5.A.7. Mini-COPE - Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem- Zygryfda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik.
- I.5.A.8. SWLS - Skala Satysfakcji z Życia-(Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larson, Sharon Griffin)
- I.5.A.9. Skala gotowości do wypisu ze szpitala po zawale-Aldona Kubica

I.5.B. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- I.5.B.1. Skala adherence w chorobach przewlekłych- Aldona Kubica
- I.5.B.2. AIS- Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale) B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen).
- I.5.B.3. Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej

I.5.C. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Istnieje bardzo duża liczba narzędzi, które są wykorzystywane dla potrzeb Promocji Zdrowia . Wykorzystanie ich do badań powinno wynikać z analizy literatury i obszaru badań, które mają być prowadzone. Wydaje się zasadne indywidualne rozeznanie autora badań w tym zakresie.

I.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.1. Test Fagerströma	
Nazwa skali w języku angielskim	The Fagerström Test for Nicotine Dependence	
Skrót	FTND	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Heatherton TF, Kozłowski LT, Frecker RC, Fagerström KO.
	Rok publikacji	1991
	Źródło	Heatherton TF, Kozłowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	2002
	Źródło	Podręczny przewodnik leczenia uzależnienia od tytoniu dla lekarzy i pielęgniarek Suplement nr 4(134) 2002 Medycyna Praktyczna
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	FTND jest jednym z najlepszych narzędzi samoopisowych do pomiaru uzależnienia od nikotyny uwzględniający zarówno objawy fizjologiczne i behawioralne. Test jest obecnie uważany za złoty standard w badaniach populacyjnych, jest wysoce wiarygodny. Test ten jest powszechnie stosowany w praktyce klinicznej oraz badaniach klinicznych i naukowych.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać(np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Jednoczynnikowa
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2018 roku palenie tytoniu zostało wskazane jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych. Test Fagerströma jest standardowym narzędziem do oceny stopnia uzależnienia od nikotyny oraz jego komponenty farmakologicznej przeznaczonym dla osób dorosłych. Badania przy pomocy testu prowadzi się w grupach

		osób chorych przewlekłe palących papierosy, grupach zawodowych jako wskaźnik zachowań anty-zdrowotnych oraz jako wskaźnik interwencji antynikotynowych.																						
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe																						
	Miejsce badanych	Brak																						
	Stan badanych	Palące papierosy																						
	Sytuacje	Brak wskazań																						
	Inne																							
Osoby, które mogą stosować skalę	Brak ograniczeń dotyczących osób, które mogą stosować test																							
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak dodatkowych kryteriów																							
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kwestionariusz składa się z 6 wyskalowanych pytań wskaźnikowych (wartości od 0 do 1 lub od 0 do 3), z których największe znaczenie posiada pytanie o czas zapalenia pierwszego papierosa po przebudzeniu i ilość wypalanych papierosów.																							
Formularz skali/ kwestionariusz																								
Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pytania</th><th>Odpowiedzi</th><th>Punkty</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?</td><td>do 5 minut</td><td>3</td></tr> <tr> <td>po 6–30 minutach</td><td>2</td></tr> <tr> <td>po 31–60 minutach</td><td>1</td></tr> <tr> <td>po 60 minutach</td><td>0</td></tr> <tr> <td rowspan="2">2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla ciebie problemem?</td><td>tak</td><td>1</td></tr> <tr> <td>nie</td><td>0</td></tr> <tr> <td rowspan="2">3. Z którego papierosa najtrudniej ci zrezygnować?</td><td>z pierwszego rano</td><td>1</td></tr> <tr> <td>z każdego innego</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Pytania	Odpowiedzi	Punkty	1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	do 5 minut	3	po 6–30 minutach	2	po 31–60 minutach	1	po 60 minutach	0	2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla ciebie problemem?	tak	1	nie	0	3. Z którego papierosa najtrudniej ci zrezygnować?	z pierwszego rano	1	z każdego innego	0
Pytania	Odpowiedzi	Punkty																						
1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	do 5 minut	3																						
	po 6–30 minutach	2																						
	po 31–60 minutach	1																						
	po 60 minutach	0																						
2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla ciebie problemem?	tak	1																						
	nie	0																						
3. Z którego papierosa najtrudniej ci zrezygnować?	z pierwszego rano	1																						
	z każdego innego	0																						
4. Ile papierosów wypalasz dziennie?	≤10	0																						
	11–20	1																						
	21–30	2																						
	≥31	3																						
5. Czy rano palisz więcej papierosów niż w ciągu dnia?	tak	1																						
	nie	0																						
6. Czy nie możesz się powstrzymać od palenia nawet podczas choroby, gdy musisz leżeć w łóżku?	tak	0																						
	nie	1																						

Stopień uzależnienia od nikotyny Liczba punktów: 0–3 słabe; 4–6 średnie; 7–10 silne
 Źródło: <https://www.mp.pl/interna> za: /British Journal of Addiction, 1991; 86: 1119–2117, zmodyfikowane

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszego testu następujące pozycje.
Bibliografia	1. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet Global health</i>. 2018;6(7):e769-e76. 2. Jassem J. Tobacco smoking after diagnosis of cancer: clinical aspects. <i>Translational lung cancer research</i>. 2019;8(Suppl 1):S50-S8. 3. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. 2017(12). 4. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. 2021(9). 5. KIELAN, Aleksandra Joanna, et al. Stosowanie substancji psychoaktywnych i poziom zasobów osobistych wśród mężczyzn z zaburzeniami depresyjnymi—badanie pilotażowe. <i>Psychiatria</i>, 2021, 18.2: 79-87. 6. Wiraszka, G. ; Obierzyńska B., A. Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia tytoniu wśród młodych dorosłych—studentów regionu świętokrzyskiego The level of nicotine addiction and motivation to stop smoking among young adults—students from the Świętokrzyskie region. <i>Pielęgniarstwo</i>, 2019, 15. 7. Pękaś, J.; Dembe, K.. Leczenie uzależnienia od tytoniu: zarys problematyki. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i>, 2021, 27.1. 8. Cierzniańska K., et al. Wykonywanie Badań Fizykalnych w zakresie kompetencji pielęgniarskich. <i>Leczenie Ran</i>, 2021, 18.1. 9. Rzyman W., et al. Wytyczne i zalecenia zespołu ekspertów dotyczące wykrywania wczesnego raka płuca w Polsce. <i>Advances in Respiratory Medicine</i>, 2018, 86.1: 50-72. 10. Jankowskich P. Zasady profilaktyki chorób układu krążenia w 2018 roku. <i>Kardiologia Inwazyjna</i>, 2017, 12.6: 42-48. 11. Walewska E., et al. Palenie tytoniu wśród pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i>, 2015, 9.3. 12. Puto G., et al. Rozpoznawanie uzależnień od alkoholu i tytoniu wśród osób starszych. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i>, 2015, 23.3. 13. Pękaś J., Dembe K., Katarzyna. Leczenie uzależnienia od tytoniu: zarys problematyki. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i>, 2021, 27.1. 14. Czyż R., Kowalczyk, B.; Górniak I.. Uzależnienie od tytoniu a motywacja do zerwania z nałogiem—badanie sondażowe palących studentów z wrocławskich uczelni wyższych= Uzależnienie od tytoniu a motywacja do zerwania z nałogiem—badanie sondażowe palących studentów z wrocławskich uczelni wyższych. <i>Journal of Education, Health and Sport</i>, 2016, 6.11: 341-351. 15. Schembri E., et al. Is chronic low back pain and radicular neuropathic pain associated with smoking and a higher nicotine dependence? A cross-sectional study using the DN4 and the Fagerström test for nicotine dependence. 2021. 16. Ayran G., et al. The effect of anxiety on nicotine dependence among university students during the COVID-19 pandemic. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 2022, 58.1: 114-123. 17. Cummings J.R., et al. Maternal nicotine dependence is associated with longitudinal increases in child obesogenic eating behaviors. <i>Pediatric obesity</i>, 2019, 14.11: e12541. 18. Gu, F., et al. Effect of nicotine dependence on quality of life and sleep quality in patients with lung cancer who continue to smoke after diagnosis. <i>Journal of thoracic disease</i>, 2018, 10.5: 2583. 19. Giannoulis S. V, et al. Examining the role of mitochondrial genetic variation in nicotine dependence. <i>Psychiatry Research</i>, 2022, 310: 114452. 20. Komiya M. et al. Sex differences in nicotine dependency and depressive tendency among smokers. <i>Psychiatry Research</i>, 2018, 267: 154-159.

	21. Salhi L., et al. Fagerström test for nicotine dependence as an indicator in tobacco-related studies in periodontology. <i>Journal of Periodontology</i>, 2021, 92.2: 298-305. 22. Bakan A. B.;Aktas A.; Aslan G. Identification of the relationship between nicotine dependence levels and cessation fatigue. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 2021, 57.3: 1482-1488. 23. Bergen A.; W., et al. Multiethnic Prediction of Nicotine Biomarkers and Association With Nicotine Dependence. <i>Nicotine and Tobacco Research</i>, 2021, 23.12: 2162-2169. 24. Shiffman S., Scholl S. M.; Mao J. M., Very-low-nicotine-content cigarettes and dependence among non-daily smokers. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, 2019, 197: 1-7. 25. Montazeri M. S.; Makvand H., Sabahi P. . Effectiveness of Therapeutic Intervention of Retraining of Executive Functions on Cigarette Dependency. <i>Journal of Cognitive Psychology</i>, 2018, 5.4. 26. Fornaro M. et al. The prevalence, odds, predictors, and management of tobacco use disorder or nicotine dependence among people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. <i>Neuroscience & Biobehavioral Reviews</i>, 2022, 132: 289-303. 27. Purani H., Friedrichsen S., Allen A., M. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. <i>Addictive behaviors</i>, 2019, 90: 71-76. 28. Gonzalez-Roz A., et al. Behavioral economic tobacco demand in relation to cigarette consumption and nicotine dependence: A meta-analysis of cross-sectional relationships. <i>Addiction</i>, 2019, 114.11: 1926-1940. 29. Badrooh A., et al. The effect of individual and group education done by nurses on smoking dependency and smoking cessation motivation in patients with coronary artery disease. <i>Addiction & Health</i>, 2020, 12.4: 269. 30. Gieniusz-Wojczyk L., Dąbek J., Kulik H. Zachowania ryzykowne wśród pielęgniarek w Polsce: analiza stanu fizycznego, psychicznego i odporności pielęgniarek. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 2021, 18.4: 1807. 31. Piotrowska R. i in. Uzależnienie od nikotyny i poziom motywacji do rzucenia palenia u pacjentów poddawanych zabiegom chirurgii naczyniowej a optymalizacja opieki okołooperacyjnej — badanie pilotażowe. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 2022, 19.16: 10393. 32. Mori Y., et al. Antibody response of smokers to the COVID-19 vaccination: Evaluation based on cigarette dependence. <i>Drug Discoveries & Therapeutics</i>, 2022, 16.2: 78-84. 33. Martinez C., et al. Prevalence and determinants of tobacco, e-cigarettes, and cannabis use among nursing students: A multicenter cross-sectional study. <i>Nurse Education Today</i>, 2019, 74: 61-68. 34. Bellali T, et al. Comparative cross-sectional study of knowledge, attitudes and perceptions among mental health and ward nursing staff towards smoking. <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 2022, e13108.
--	---

Grupa skal		PROMOCJA ZDROWIA
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	
Nazwa skali w języku angielskim		
Skrót	IZZ	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Zygfried Juczyński
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Juczyński, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Zachowania zdrowotne
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać(np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Inwentarz umożliwia ustalenie ogólnego nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: 1. prawidłowych nawyków żywieniowych uwzględniających rodzaj spożywanej żywności takiej jak pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce, 2. zachowań profilaktycznych dotyczących przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby z różnych źródeł, 3. praktyk zdrowotnych obejmujących codzienne nawyki dotyczące rekreacji, snu i aktywności fizycznej, 4. pozytywnego nastawienia psychicznego charakteryzujących się unikaniem zbyt silnych emocji, stresów i napięć lub sytuacji wpływających przynębiająco.
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Inwentarz zachowań zdrowotnych został wykorzystany do badania zarówno osób zdrowych jak i chorych dorosłych. Również do programowania interwencji edukacyjnych w stosunku do pacjentów z chorobami przewlekłymi .
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak dodatkowych kryteriów
Klucz do skali/interpretacja wyników	Zawiera 24 stwierdzenia, po 6 na każdą kategorię. Każda z pozycji wymaga od respondenta udzielenia jednej z 5 odpowiedzi, a mianowicie:1 - prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 - od czasu do czasu, 4 – często i 5 - prawie zawsze. Test posiada normy polskie, a analiza statystyczna wykazała istotne różnice związane z płcią.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych znajduje się w zasobach Pracowni Testów Psychologicznych PTP i jest chroniona przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych. W związku z tym, korzystanie z niej jest dopuszczalne jedynie w zakresie określonym przepisami wskazanej ustawy, z uwzględnieniem warunków umów licencyjnych, podpisywanych z Autorami i wydawcami zagranicznymi. W szczególności, bez wyraźnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych PTP zabronione jest kopiowanie i wprowadzanie narzędzi do obrotu, udostępnianie osobom nieuprawnionym, wprowadzanie jakichkolwiek zmian oraz ich publiczne udostępnianie, w tym także na stronach internetowych (także w celu prowadzenia badań naukowych). Inwentarz Zachowań Zdrowotnych należy zakupić w Pracowni Testów Psychologicznych PTP <https://www.practest.com.pl/>.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszego kwestionariusza
Bibliografia	1. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M., E. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przez i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego-badanie wstępne. Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6.5. 2. Bojar I., et al. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. Probl Hig Epidemiol, 2007, 88.1: 74-77. 3. Szadkowska I., et al. Zmienność zachowań zdrowotnych pacjentów z pierwszym zawałem serca leczonych metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej-observacja roczna. Hygeia Public Health, 2016, 51: 77-81. 4. Dębosz M., Humańska M., Styl życia osób chorych na cukrzycę a występowanie u nich zespołu stopy cukrzycowej. Long-Term Care Nursing, 2019, 2.3. 5. Bejda G., et al. Wpływ religii na wybrane zachowania zdrowotne. Postępy Nauk Medycznych, 2018. 6. Badura-Brzoza K., et al. Stres okresu pandemii wirusa SARS-CoV-2 a zachowania prozdrowotne wśród personelu medycznego-doniesienie wstępne. Psychiatria Polska, 2021, 238. 7. Chałdaś-Majdańska J., et al. Analiza oczekiwań rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym wobec szkolnej edukacji zdrowotnej i działań promujących zdrowie w środowisku nauczania i wychowania a zachowania zdrowotne w rodzinie ucznia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2020, 26.2: 155-163. 8. Kruk W., et al. The sense of coherence and health behaviour among university students. A long-term prospective study. Medycyna Rodzinna, 2017. 9. Skiba M., et al. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Hygeia, 2018, 53.4: 363-370. 10. Michalak A., Ocena stanu odżywienia i nawyków żywieniowych młodzieży szkoły podstawowej w aspekcie ryzyka wybranych chorób cywilizacyjnych. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2022, 7.1: 25-50. 11. Górniak, E., Fidecki, W., Wysokiński, M., Dziedzic, B., Sienkiewicz, Z., Kulina, D., ... & Kaczmarek, B. Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych pielęgniarzek. Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa, 51. 12. Nowicki G., J., et al. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych a zachowania zdrowotne pracowników medycznych i niemedycznych. Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine, 2017, 20.1: 41-47. 13. Majda A., et al. Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób wyznających islam i judaizm w Polsce-badania wstępne. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2018, 99.3.

14. Seń M., Grabowska B., Wójcik J. Zachowania zdrowotne, stopień akceptacji choroby i poziom wiedzy żywieniowej osób chorych na niedoczynność tarczycy i autoimmunologiczne zapalenie tarczycy typu Hashimoto. Badanie wstępne. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2020, 26.4: 384-389.
15. Kupcewicz E., Rachubińska K., Gaworska-Krzemińska A., Andruszkiewicz Anna, Kuźmich I., Kozieł D., Grochans E.: Health behaviours among nursing students in Poland during the COVID-19 pandemic. Nutrients ; 2022: Vol. 14, nr 13, s. 1-14, 2638-10.3390/nu14132638

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.3. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ -28	
Nazwa skali w języku angielskim	General Health Questionnaire: GHQ- 28	
Skrót	GHQ- 28	
Wersja skali	Właściwa <u>Skrócona</u>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Davida Goldberga
	Rok publikacji	1988
	Źródło	Davida Goldberga; Paul Williams. A user's guide to the general health questionnaire, Institute of Psychiatry
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Makowska i Merecz
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Makowska Z., Merecz D., 2001, Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy, Łódź
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz jest narzędziem przesiewowym służącym do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych w populacji ogólnej. Jest narzędziem przetłumaczonym na 40 języków. Jest trafnym narzędziem przesiewowym w różnych populacjach i warunkach kulturowych. Pozwala na oszacowanie nasilenia niepsychotycznych zaburzeń funkcji psychicznych i wyłonienie osób, u których istnieje istotne prawdopodobieństwo ich wystąpienia. Na ogólny wynik kwestionariusza wpływa osobnicza wrażliwość, sposób przeżywania i poczucie choroby, dlatego też uważa się, że za pomocą GHQ -28 można również zbadać poczucie zaburzenia psychicznego – i subiektywną ocenę jego następstw–nazywane niespecyficznym cierpieniem psychicznym (ang. nonspecific psychological distress).Kwestionariusz ten może być stosowany do oceny psychologicznych konsekwencji narażenia na stres związany z pracą.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać(np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno

		sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	GHQ -28 mierzy ogólny stan zdrowia psychicznego oraz cztery jego wymiary tj.: nasilenie symptomów somatycznych (Skala A), poziom niepokoju i bezsenności (Skala B), zaburzenia funkcjonowania dotyczących jakości, skuteczności działania i zadowolenia z własnego działania (Skala C) oraz objawy depresji (Skala D).
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania dotyczą przede wszystkim oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych w populacji ogólnej oraz pacjentów przewlekle chorych. Znalazł również zastosowanie w ocenie psychologicznych konsekwencji narażenia na stres związany z pracą w różnych grupach zawodowych między innymi pielęgniarzek.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby dorosłe zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	GHQ-28 jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów w tym pielęgniarki i położne. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak dodatkowych kryteriów
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każda z czterech skal zawiera siedem pytań. Badany zaznacza odpowiedzi, które najtrafniej oddają jego odczucia. Odpowiedzi te punktowane są od 0 (czuję się lepiej niż zwykle) do 3 (czuję się znacznie gorzej niż zwykle). Globalny wskaźnik stanu zdrowia oblicza się poprzez dodanie sum punktów uzyskanych w zakresie czterech analizowanych skal. Im wyższy wynik, tym gorszy stan zdrowia. Stosuje się metodę punktacji wg skali Likerta (0–3 pkt) i oblicza sumę punktów dla każdej ze składowych. Minimalna liczba punktów do uzyskania w każdej ze składowych wynosiła 0 pkt, maksymalna: 28 pkt. Ponadto ocenia się ogólny stan zdrowia, dodając punkty z całego kwestionariusza i zamieniając otrzymaną sumę punktów (zakres 0–84 pkt) na tzw. normę stenową adekwatną dla płci, oznaczającą: dobry stan zdrowia (sten 1–4), umiarkowany stan zdrowia (sten 5–6) oraz zły stan zdrowia (sten 7–10). Przedstawione normy zostały opracowane i zaproponowane przez Makowską i Merecz na podstawie badań polskiej populacji.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

GHQ-28 znajduje się w zasobach Pracowni Testów Psychologicznych PTP i jest chroniona przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych. W związku z tym, korzystanie z niej jest dopuszczalne jedynie w zakresie określonym przepisami wskazanej ustawy, z uwzględnieniem warunków umów licencyjnych, podpisanych z Autorami i wydawcami zagranicznymi. W szczególności, bez wyraźnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych PTP zabronione jest kopiowanie i wprowadzanie narzędzi do obrotu, udostępnianie osobom nieuprawnionym,

wprowadzanie jakichkolwiek zmian oraz ich publiczne udostępnianie, w tym także na stronach internetowych (także w celu prowadzenia badań naukowych). GHQ-28 należy zakupić w Pracowni Testów Psychologicznych PTP <https://www.practest.com.pl/>.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Tugnoli S., et al. Health Related Quality of Life and Mental Health in ICU Survivors: Post-Intensive Care Syndrome Follow-Up and Correlations between the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) and the General Health Questionnaire (GHQ-28). <i>Health</i>, 2022, 14.5: 477-506. 2. Nasim M., et al. Quality of life and mental health status in patients with lichen planopilaris based on Dermatology Life Quality Index and General Health Questionnaire-28 questionnaires. <i>International Journal of Women's Dermatology</i>, 2020, 6.5: 399-403. 3. Basirat A., et al. The correlation between using social networks and the general health of multiple sclerosis patients. <i>Multiple sclerosis international</i>, 2020, 2020. 4. Ruisoto P., et al. Social support mediates the effect of burnout on health in health care professionals. <i>Frontiers in Psychology</i>, 2021, 11: 623587. 5. Theofilou, P., Iona, D., & Tsironi, M. (2022). General Health, Fatigue and Social Support among Health Professionals: The Contribution of Sociodemographic and Occupational Variables. <i>World Journal of Clinical Medicine Research</i>, 28–37. Retrieved from https://www.scipublications.com/journal/index.php/wjcmr/article/view/419 6. Alizadeh N., et al. General Health Status of Patients with Pemphigus Vulgaris. <i>Journal of Skin and Stem Cell</i>, 2021, 8.1. 7. Zakeri, Mohammad Ali, et al. Psychosocial status during the prevalence of COVID-19 disease: the comparison between healthcare workers and general population. <i>Current Psychology</i>, 2021, 40.12: 6324-6332. 8. Senyszyn A, et al. Mental health impact of SARS-COV-2 pandemic on long-term care facility personnel in Poland. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i>, 2020, 21.11: 1576. 9. Mirhosseini S., Rezaei M., Mirbagher A.,. The effect of Benson relaxation technique on general health of patients with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. <i>Journal of Research Development in Nursing and Midwifery</i>, 2021, 18.1: 17-20. 10. Charzan-Rodak A., et al. Relationship between social competences and the sense of general mental health and intensity of stress among nurses. <i>Pomeranian Journal of Life Sciences</i>, 2020, 66.1: 53-56. 11. Derakhshanpour F, et al. Relationship between Ineffective Attitudes and General Health in Patients with Chronic Renal Disease Undergoing Hemodialysis in a Hospital in Gorgan, Iran. <i>Journal of Clinical and Basic Research</i>, 2021, 5.1: 22-30. 12. Linden M., Rotter M., Unemployment and embitterment in contrast to general psychological distress. <i>Work</i>, 2019, 62.1: 133-138. 13. Dadipoor S., et al. Association between self-efficacy and general health: a cross-sectional study of the nursing population. <i>BMC nursing</i>, 2021, 20.1: 1-6. 14. Lewko J.; Misiak B.; Sierzanowicz, R. The relationship between mental health and the quality of life of Polish nurses with many years of experience in the profession: a cross-sectional study. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 2019, 16.10: 1798. 15. Mokros Ł., et al. Mental health indices may fully mediate the relationship between morningness-eveningness and disease control among adult asthma patients. <i>Journal of Asthma</i>, 2022, 59.10: 1923-1932. 16. MENAWI, Wafaa, et al. Self-rated health and psychological health among hypertensive patients in Palestine. <i>Health Psychology Open</i>, 2020, 7.2: 2055102920973258.

17. Bonotis K., et al. Exercise Effect on General Health Status of Greek Cancer Patients: Intervention Effect and Related Comparisons. *International Journal of Caring Sciences*, 2020, 13.1: 180.
18. Dianat I., et al. Does self-efficacy mediate the relationship between occupational stress and mental health problems? A study among nursing professionals. *Health Promotion Perspectives*, 2021, 11.3: 344.
19. Mirzaeian B., Talebi H. R., Doosti Y. Evaluation of the Effect of Cognitive-behavioral Therapy on Adherence to Treatment and General Health in HIV Positive Patients. *International Journal of Hospital Research*, 2018, 7.2.
20. Wasik J., Koweszko T. Analiza stanu zdrowia psychicznego i problemów ze snem wśród personelu pielęgniarskiego i położniczego w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria*, 2021.
21. Chrzan-Dętkoś M., et al. Program opieki psychologiczno-laktacyjnej „Macierzyństwo krok po kroku” jako przykład profilaktyki, diagnostyki i leczenia depresji w okresie okołoporodowym. *Psychiatr. Pol.*, 2020, 54.3: 613-629.
22. Staszewska K. Stan zdrowia psychicznego osób z rozpoznaniem neuroboreliozy. *Medycyna Pracy*, 2021, 72.3: 259-266.
23. Molek-Winiarska D. Istotność współpracy specjalistów zarządzania zasobami ludzkimi oraz bezpieczeństwa i higieny pracy w realizacji skutecznych interwencji antystresowych. *Human Resource Management/Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2019, 127.2.
24. Andruszkiewicz A. Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania zawodowego pielęgniarstwa a ich stan zdrowia. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, 2018.
25. Betke K., Basińska M., A., Andruszkiewicz A. Nurses' sense of coherence and stress management strategies against the types of health status. *Nursing Open*, 2021, 8.6: 3403-3410.
26. Andruszkiewicz A., Basińska M., A. Stan psychiczny pacjentów na etapie wczesnej i późnej starości a ich oczekiwania wobec lekarza. *Psychiatria Polska*, 2016, 50.5: 1001-1014.
27. Cybulski M., et al. Mental health of the participants of the third age university program: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 2020, 11: 656.

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.4. Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności	
Nazwa skali w języku angielskim	Generalized Self-Efficacy Scale	
Skrót	GSES	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ralfa Schwarzera i Michaela Jerusalema
	Rok publikacji	1993
	Źródło	Schwarzer, R. 1993 measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin: freie Universita Berlin, Institut fur Psychologie.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zygfryd Juczyński,
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Juczyński, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki dotyczącego skuteczności radzenia sobie w obliczu sytuacji trudnych.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać(np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Jedno czynnikowa
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Poczucie własnej skuteczności (GSES) pełni istotną rolę w funkcjonowaniu zarówno w zdrowiu jak i chorobie osób dorosłych. Jest ważnym predyktorem funkcjonowania w pracy i wypalenia zawodowego również w grupie pielęgniarzek.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów w tym pielęgniarzy i położnych. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak dodatkowych kryteriów
Klucz do skali/interpretacja wyników	Zadaniem badanego jest określić na skali czterostopniowej (1-nie, 2-raczej nie, 3-raczej tak, 4-tak), czy podane zdania są prawdziwe czy fałszywe w stosunku do niego. Suma wszystkich uzyskanych punktów określa ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który należy przekształcić na tymczasowe dla populacji polskiej jednostki standaryzowane i wynik interpretować zgodnie z właściwościami skali stenowej. Wyniki w przedziale 1-4 stena przyjęto jako wyniki niskie, natomiast wyniki w granicach 7-10 stena jako wysokie. Wyniki o wartości 5 i 6 traktuje się jako przeciętne.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności znajduje się w zasobach Pracowni Testów Psychologicznych PTP i jest chroniona przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych. W związku z tym, korzystanie z niej jest dopuszczalne jedynie w zakresie określonym przepisami wskazanej ustawy, z uwzględnieniem warunków umów licencyjnych, podpisywanych z Autorami i wydawcami zagranicznymi. W szczególności, bez wyraźnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych PTP zabronione jest kopiowanie i wprowadzanie narzędzi do obrotu, udostępnianie osobom nieuprawnionym, wprowadzanie jakichkolwiek zmian oraz ich

publiczne udostępnianie, w tym także na stronach internetowych (także w celu prowadzenia badań naukowych). Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności należy zakupić w Pracowni Testów Psychologicznych PTP <https://www.practest.com.pl/>.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych z czego wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali:
Bibliografia	1. Baka Ł.; Grala K. Polska adaptacja Krótkiej skali samoskuteczności w pracy (SVO-SES). Medycyna Pracy, 2022, 73.4: 325-336. 2. Wojcieszek A., Kurowska A., Majda A., Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego. Pielęgniarstwo Polskie, 2019, 2. 3. Stychno E., Ksykiewicz-Dorota A., Kulczycka K. Zaangażowanie w pracy pielęgniarek-przegląd badań. Zeszyty Naukowe UPH seria Administracja i Zarządzanie, 2018, 43.116: 81-91. 4. Kulpa M., et al. Strategie radzenia sobie z chorobą i poczucie własnej skuteczności u pacjentów chorych onkologicznie. Palliative Medicine/Medycyna Paliatywna, 2019, 11.2. 5. Skiba M., et al. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Hygeia, 2018, 53.4: 363-370. 6. Sega A., et al. Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych pacjentów z podwyższonym ryzykiem okołoperacyjnym niedokrwienia mięśnia sercowego. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2018, 8.2. 7. Rybka M., i in. Wybrane aspekty sprawności funkcjonalnej oraz poczucia własnej skuteczności u pacjentów w wieku podeszłym z cukrzycą typu- 2. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2018, 3. 8. Matejko B., et al. Korelacja krótko- i długoterminowych parametrów kontroli metabolicznej z cechami osobowości u dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 leczonych za pomocą osobistych pomp insulinowych. Psychiatria Polska, 2022. 9. Yao et al. General self-efficacy modifies the effect of stress on burnout in nurses with different personality types BMC Health Services Research (2018) 18:667 https://doi.org/10.1186/s12913-018-3478-y 10. CHEN, Hong-Lin; LIU, Kun; TY, Qing-Sheng; Self-efficacy, cancer-related fatigue, and quality of life in patients with resected lung cancer; European Journal of Cancer Care, 2018; 27.6: e12934., DOI: 10.1111/ecc.12934 11. MO, Yuanyuan i in ; Anxiety of Nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 Epidemic and its Correlation With Work Stress and Self-efficacy. J Clin Nurs; 30(3-4): 397-405, 2021 12. KILIÇ, Nurhayat; ŞİMŞEK, Nuray. The effects of psychological first aid training on disaster preparedness perception and self-efficacy. Nurse education today, 2019, 83: 104203.

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej
Nazwa skali w języku angielskim	The Sense of Coherence Questionnaire
Skrót	SOC-29
Wersja skali	<u>Właściwa</u> Skrócona

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Aaron Antonowsky
	Rok publikacji	1983
	Źródło	Antonovsky A. The structure and properties of Sense of Coherence Scale. Social Science and Medicine. 1983, 36, (6): 725-733.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zakładu Psychologii Klinicznej Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa, Zakładu Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu oraz Zakładu Psychologii Pracy IMP w Łodzi.
	Rok publikacji	1993
	Źródło	Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Fundacji IPN, Warszawa, 1995
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Poczucie koherencji i jego składowe .
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać(np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Kwestionariusz pozwala oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, a także poziomy jego trzech wymiarów: poczucia zrozumiałości (PZR), zaradności -sterowalności (PZ) i sensowności (PS).
	Orientacyjny czas badania	15 minut
Rekomendacje zastosowania skali	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Koncepcja poczucia koherencji powstała jako rezultat wieloletnich badań, prowadzonych przez Aarona Antonovsky'ego w grupie osób, które przeżyły stres traumatyczny. Zdaniem Antonovsky'ego „kluczem do zdrowia” czyli głównym czynnikiem, dzięki któremu człowiek radzi sobie ze stresem i nie choruje lub szybciej wraca do zdrowia w przypadku zachorowania jest poczucie koherencji. Badania wskazują również, że poczucie koherencji jest ważną zmienną różnicującą style radzenia sobie ze stresem. Poczucie koherencji wpływa na spostrzeganie sytuacji stresogennych w pracy, sprzyja podejmowaniu strategii skoncentrowanych na problemie, a także pełni rolę chroniącą pracowników przed negatywnymi skutkami doświadczanego stresu w pracy. Potwierdzona została również buforująca rola poczucia koherencji w sytuacji występowania stresu, którego źródłem były traumatyczne wydarzenia.
	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	

Osoby, które mogą stosować kwestionariusz	Nie ma ograniczeń co do stosowania kwestionariusza.	
Dodatkowe kryteria zastosowania kwestionariusza	Brak dodatkowych kryteriów	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kwestionariusz SOC-29 składa się z 29 pozycji testowych, wyrażonych w formie zdań pytających. Każda pozycja zaopatrzona jest w 7-punktową skalę szacunkową (zakres punktacji wynosi od 1 do 7) z opisanymi krańcami. Ogólny wynik uzyskuje się poprzez zsumowanie wszystkich wartości. W skład kwestionariusza wchodzi trzy podskale, odpowiadające komponentom poczucia koherencji: zrozumiałości (PZR), zawierające 11 pytań, zaradności-sterowalności (PZ), składające się z 10 pytań i sensowności (PS) obejmujące 8 pytań. Wyniki oblicza się za pomocą odpowiednich kluczy, które pozwalają określić globalne SOC oraz trzy jego składowe.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

KWESTIONARIUSZ ORIENTACJI ŻYCIOWEJ (SOC – 29)

Poniższy zestaw pytań odniósł się do różnych aspektów naszego życia. Przy każdym pytaniu podano siedem możliwych odpowiedzi. Proszę otoczyć kółkiem tę cyfrę, która wyraża Twoją odpowiedź, przy czym cyfry 1 i 7 oznaczają odpowiedzi skrajne. Jeśli określenie umieszczone pod 1 uważasz za właściwe odczucia otocz kółkiem 1; jeśli odpowiada ci określenie umieszczone pod 7, otocz kółkiem 7. Jeśli masz inne odczucia otocz kółkiem tę cyfrę, która najlepiej wyraża to co czujesz. Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

1. Gdy rozmawiasz z ludźmi, czy masz poczucie, że nie rozumieją cię?

1	2	3	4	5	6	7
nigdy nie mam						zawsze mam
takiego poczucia						takie poczucie

2. W przeszłości, kiedy musiałeś zrobić coś, co zależało od współpracy z innymi ludźmi, czy miałeś poczucie, że to:

1	2	3	4	5	6	7
na pewno nie						na pewno
będzie zrobione						będzie zrobione

3. Pomyśl o ludziach, z którymi kontaktujesz się na co dzień, przy czym nie chodzi tu o Twoich

najbliższych. Jak dobrze znasz większość z nich?

1	2	3	4	5	6	7
czujesz, że						znasz ich
to obcy ludzie						bardzo dobrze

4. Czy masz poczucie, że tak naprawdę nie obchodzi Cię to, co się dzieje wokół Ciebie?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo rzadko					bardzo często	
lub nigdy						

5. Czy zdarzyło się w przeszłości, że byłeś zaskoczony zachowaniem ludzi, których – jak sądziłeś – dobrze znasz?

1	2	3	4	5	6	7
nigdy się tak					zawsze tak było	
nie zdarzyło						

6. Czy zdarzyło się, że zawiedli Cię ludzie, na których liczyłeś?

1	2	3	4	5	6	7
nigdy się tak					zawsze tak było	
nie zdarzyło						

7. Życie jest:

1	2	3	4	5	6	7
bardzo ciekawa					zupełnie jednostajne	

8. Do tej pory w Twoim życiu:

1	2	3	4	5	6	7
nie było żadnych					były bardzo	
wyraźnych celów					wyraźne cele	
czy dążeń					i dążenia	

9. Czy masz poczucie, że jesteś traktowany niesprawiedliwie?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często					bardzo rzadko lub	
nigdy						

10. W ciągu ostatnich dziesięciu lat Twoje życie było:

1	2	3	4	5	6	7
pełne zmian i nie					całkowicie	
wiedziałeś co się					uporządkowane	
za chwile wydarzy					i jasne	

11. Większość tego, co będziesz robił w przyszłości będzie prawdopodobnie:

1	2	3	4	5	6	7
niezwykle fascynującą					śmiertelnie nudna	

12. Czy miewasz wrażenie, że jesteś w nieznanej Ci sytuacji i nie wiesz co robić?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często					bardzo rzadko lub nigdy	

13. Co najlepiej opisuje Twój sposób patrzenia na życie?

1	2	3	4	5	6	7
zawsze można znaleźć					nie ma wyjścia	
wyjście z przykrych					z przykrych	
sytuacji życiowych					sytuacji życiowych	

14. Kiedy myślisz o swoim życiu, bardzo często:

1	2	3	4	5	6	7
czujesz, jak dobrze jest żyć					zadajesz sobie pytanie po co w ogóle żyjesz	

15. Kiedy stajesz przed trudnym problemem, wybór rozwiązania jest:

1	2	3	4	5	6	7
zawsze zagmatwany					zawsze zupełnie jasny	
i trudno go dokonać						

16. Wykonywanie codziennych zajęć jest dla Ciebie źródłem:

1	2	3	4	5	6	7
dużej przyjemności					przykrości i nudy	
i zadowolenia						

17. Twoje życie w przyszłości będzie prawdopodobnie:

1	2	3	4	5	6	7
pełne zmian i nie będziesz					całkowicie	
wiedział co się za chwilę wydarzy					uporządkowane	
i jasne						

18. Kiedy coś nieprzyjemnego zdarzyło się w przeszłości, byłeś skłonny:

1	2	3	4	5	6	7
gryźć się tym i zamartwiać					mówić sobie: „w porządku, muszę z tym jakoś żyć”	
i dalej robić swoje						

19. Czy miewasz mieszane uczucia i myśli?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często					bardzo rzadko lub nigdy	

20. Kiedy robisz coś, co wprawia cię w dobry nastrój:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| z pewnością pozostaniesz
w dobrym nastroju | | | | z pewnością zdarzy się coś,
co zepsuje Ci dobry nastrój | | |
21. Czy zdarza się, że masz w sobie uczucia, których wolałbyś nie mieć?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|-------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| bardzo często | | | | bardzo rzadko lub nigdy | | |
22. Przewidujesz, że Twoje życie osobiste będzie w przyszłości:
- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| zupełnie bez sensu czy celu | | | | w pełni sensowne i celowe | | |
23. Czy myślisz, że w przyszłości zawsze będą ludzie, na których będziesz mógł liczyć?
- | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| jesteś pewien, że będą | | | | wątpisz czy będą | | |
24. Czy miewasz wrażenie, że nie wiesz, co dokładnie się wydarzy?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|-------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| bardzo często | | | | bardzo rzadko lub nigdy | | |
25. Ludzie – nawet o silnym charakterze – czasami czuję się przegrani w pewnych sytuacjach. Jak często czułeś się tak w przyszłości?
- | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| nigdy | | | | bardzo często | | |
26. Kiedy coś się zdarzyło, czy zwykle stwierdzałeś, że?
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| przeceniłeś znaczenie tego
wydarzenia lub go nie
go nie doceniłeś | | | | widziałeś sprawy we
właściwych proporcjach | | |
27. Kiedy myślisz o trudnościach, które możesz napotkać w ważnych dziedzinach swego życia, czy masz poczucie, że:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| zawsze uda Ci się
pokonać te trudności | | | | nie uda Ci się
pokonać tych trudności | | |
28. Jak często masz wrażenie, że to, co robisz na co dzień, jest niezbyt sensowne?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|-------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| bardzo często | | | | bardzo rzadko lub nigdy | | |

168

15. PASIEKA, Martyna; ZDZIARSKI, Krzysztof. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne studentów uczelni medycznych i niemedycznych. <i>Journal of Education, Health and Sport</i> , 2022, 12.3: 210-228.
16. BADURA-BRZOZA, Karina i in. Ocena wybranych parametrów stanu zdrowia z powodu chorób alergicznych. <i>psychiatra. Pol</i> , 2022, 56.2: 297-308.
17. WOJCIECHOWSKA, Wioletta. Poczucie koherencji i psychospołeczne aspekty procesu starzenia się jako determinanty akceptacji i radzenia sobie w chorobie przewlekłej u pacjentów objętych opieką długoterminową. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> , 2022, 83.1.
18. DYMECKA, Joanna. Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci z chorobą nowotworową. <i>Psychoonkologia</i> , 2018, 22.2.
19. KONASZEWSKI, Karol; MUSZYŃSKA, Jolanta. Satysfakcja z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Rola zasobów osobowościowych i zachowań zdrowotnych. <i>Resocjalizacja Polska</i> , 2019, 18: 263-277.
20. OWSIANOWSKA, Joanna i in. Poczucie koherencji a samoocena jakości życia osób w wieku podeszłym <i>GERONTOLOGIA POLSKA</i> , 2018, 4.

Grupa skal		PROMOCJA ZDROWIA
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.6. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia	
Nazwa skali w języku angielskim	The Multidimensional Health Locus of Control Scale –	
Skrót	MHLC-A MHLC-B	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	K.A. Wallstona, B.S. Wallston i R. DeVellis
	Rok publikacji	1978
	Źródło	K.A. Wallstona, B.S. Wallston i R. DeVellis (1978) development of multidimensional health locus of control (MHLC) scales. <i>Health education Monographs</i> , 6, 160-170.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zygfryd Juczyński
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Juczyński, Z. (2001). <i>Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia</i> . Warszawa: Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Umiejscowienie kontroli pozwala ocenić zakres, w jakim ludzie spostrzegają swoje życie jako podlegające ich kontroli i zależne od własnych działań i wysiłku (kontrola wewnętrzna), a w jakim interpretują je jako wynik działania sił zewnętrznych lub przypadku (kontrola zewnętrzna).
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać (np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.

	Struktura skali	Narzędzie MHLC obejmuje trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia: 1. wewnętrzny W – kontrola nad własnym zdrowiem zależy od jednostki, 2. wpływ innych (zewnętrzny) I – stan zdrowia jednostki jest wynikiem oddziaływania innych ludzi, obdarzonych mocą, szczególnie personelu medycznego, 3. przypadek (zewnętrzny) P – stan zdrowia jednostki jest wynikiem działania przypadku, o zdrowiu decyduje los
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Umiejscowienie kontroli nad zdrowiem (HLOC) może wpływać na zachowanie ludzi w odniesieniu do ich zdrowia, jak również na ich chęć uczestniczenia w podejmowaniu decyzji medycznych. HLOC może wyjaśniać zachowania prozdrowotne i zapobiegawcze oraz wpływać na preferencje ludzi dotyczące podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Umiejscowienie kontroli jest powiązane z zachowaniami zdrowotnymi i zachowaniami w chorobie. Szczególnie wiąże się z: poszukiwaniem informacji, zażywaniem leków, regularnym chodzeniem do lekarza, przestrzeganiem diety czy zaprzestaniem palenia papierosów. Badania różnych grup chorych przewlekłe pokazują częstsze zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, w innych osobach lub w przypadku, przy wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia utrzymanym na podobnym poziomie jak u zdrowych
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby dorosłe zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala MHLC jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów w tym pielęgniarek i położnych. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak dodatkowych kryteriów
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala MHLC składa się z 18 stwierdzeń, po 6 odpowiednio dla każdego wymiaru. Zadaniem badanego jest określić na skali sześciostopniowej (1-zdecydowanie nie zgadzam się, 2-w pewnym stopniu nie zgadzam się, 3-w małym stopniu nie zgadzam się, 4-w małym stopniu zgadzam się, 5-w pewnym stopniu zgadzam się, 6-zdecydowanie zgadzam się) w jakim stopniu zgadza się z przedstawionymi mu stwierdzeniami. Ważne jest, aby osoba badana odpowiadała zgodnie z własnymi przekonaniami, a nie z tym co powinno się sądzić. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej skali sumując uzyskane punkty i nie można ich przedstawić za pomocą jednego ogólnego wskaźnika. Zakres otrzymanych wyników dla każdej z trzech skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy jest wynik, tym silniejsze przekonanie jednostki o wpływie danego czynnika na jej stan zdrowia.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala MHLC znajduje się w zasobach Pracowni Testów Psychologicznych PTP i jest chroniona przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych. W związku z tym, korzystanie z niej jest dopuszczalne jedynie w zakresie określonym przepisami wskazanej ustawy, z uwzględnieniem warunków umów licencyjnych, podpisanych z Autorami i wydawcami zagranicznymi. W szczególności, bez wyraźnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych PTP zabronione jest kopiowanie i wprowadzanie narzędzi do obrotu, udostępnianie osobom nieuprawnionym, wprowadzanie jakichkolwiek zmian oraz ich publiczne udostępnianie, w tym także na stronach internetowych (także w celu prowadzenia badań naukowych). Skalę MHLC należy zakupić w Pracowni Testów Psychologicznych PTP <https://www.prac-test.com.pl/>.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Marton G., et al. Patients' health locus of control and preferences about the role that they want to play in the medical decision-making process. <i>Psychology, health & medicine</i>, 2021, 26.2: 260-266. 2. Ganjoo M., et al. Association between health locus of control and perceived stress in college student during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study in Iran. <i>BMC psychiatry</i>, 2021, 21.1: 1-9. 3. Mercer D., A., et al. Health locus of control is associated with physical activity and other health behaviors in cardiac patients. <i>Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention</i>, 2018, 38.6: 394-399. 4. West L. M.; Theuma R., Cordina M., Health locus of control: Its relationship with medication adherence and medication wastage. <i>Research in Social and Administrative Pharmacy</i>, 2018, 14.11: 1015-1019. 5. Nikolau I., et al. Health locus of control and quality of life in diabetes mellitus: A cross-sectional study. <i>International Journal of Midwifery and Nursing Practice</i>, 2019, 95-101. 6. Deluga A., et al. The health locus of control and health behaviours declared by students of health sciences. <i>Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century</i>, 2018, 17.1: 10-17. 7. Naz, Marzieh Saei Ghare, et al. Relationship of Health Locus of Control with Breast Cancer Screening Belief of Iranian Women. <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP</i>, 2019, 20.3: 699. 8. Olagoke A., Olagoke O., Hugnes A. M., Intention to vaccinate against the novel 2019 coronavirus disease: The role of health locus of control and religiosity. <i>Journal of religion and health</i>, 2021, 60.1: 65-80. 9. Miazgowski T., et al. The impact of health locus of control and anxiety on self-monitored blood glucose concentration in women with gestational diabetes mellitus. <i>Journal of Women's Health</i>, 2018, 27.2: 209-215. 10. Wilski M.; Broła W., Tomczak M. Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: Mediating effect of coping strategies. <i>Research in Nursing & Health</i>, 2019, 42.4: 296-305. 11. Puto G., i in. Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród osób starszych z zespołem słabości Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród osób starszych z zespołem kruchości. <i>Gerontologia Polska</i>, 2019, 2. 12. Tabaczyńska M., Poczucie kontroli zdrowia u pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. 2019. 13. Mendrycka M., et al. Umiejscowienie kontroli zdrowia a zachowania zdrowotne pielęgniarek. <i>Hygeia Public Health</i>, 2019, 54.1: 30-40.

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.7. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - Mini- COPE	
Nazwa skali w języku angielskim	Inventory to Measure Coping Strategies with Stress – Mini COPE	
Skrót	Mini COPE	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Charlesa S. Carvera
	Rok publikacji	1997
	Źródło	Carver, C (1997) You want to measure coping but your protocol's too long; consider the brief COPE. International Journal of Behavioral Medicine, 4,92-100.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Juczyński i Ogińska-Bulik
	Rok publikacji	2009
	Źródło	Juczyński Z., Ogińska- Bulik N., Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem, PTP, 2009: 11-58
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Inwentarz jest narzędziem służącym do oszacowania stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Jest on skróconą wersją Wielowymiarowego Inwentarza Radzenia Sobie - COPE i mierzy radzenie sobie traktowane w kategoriach dyspozycji tj. oceny typowych sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach doświadczania silnego stresu.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać(np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 28 twierdzeń wchodzących w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem (po dwa stwierdzenia do każdej strategii), obejmujących: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne prze-wartościowanie, akceptację, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i ob-winianie siebie.
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Inwentarz pozwala dokonać oceny stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem w grupach zarówno osób zdrowych jak i chorych. Pozwala dokonać oceny również strategii stosowanych przez osoby aktywne zawodowo w tym również pielęgniarce.

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosła																														
	Miejsce badanych	Brak wskazań																														
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore																														
	Sytuacje	Brak wskazań																														
	Inne																															
Osoby, które mogą stosować skalę	Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stressem - Mini- COPE jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów w tym pielęgniarek i położnych. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).																															
Dodatkowe kryteria zastosowania skali																																
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każda skala obejmuje 2 twierdzenia. Badany ustosunkowuje się do każdego twierdzenia na skali od 0 (prawie nigdy tak nie postępuję) do 3 (prawie zawsze tak postępuję). Każdą skalę ocenia się oddzielnie, dodając do siebie punkty za odpowiedzi dotyczące dwóch twierdzeń, które wchodzi w jej skład, i dzieląc sumę przez 2. Rozpiętość wyników każdej skali mieści się w granicach od 0-3.																															
	<table><tr><th>Nazwa skali</th><th>Twierdzenie</th></tr><tr><td>Aktywne radzenie sobie (podejmowanie działań zmierzających do poprawy sytuacji)</td><td>2,7</td></tr><tr><td>Planowanie (zastanawianie się i planowanie tego co należy robić)</td><td>14,25</td></tr><tr><td>Pozytywne przewartościowanie (postrzeganie sytuacji w bardziej pozytywnym świetle)</td><td>12,17</td></tr><tr><td>Akceptacja (przyjęcie zaistniałej sytuacji i uczenie się, jak z tym żyć)</td><td>20,24</td></tr><tr><td>Poczucie humoru (żartowanie i traktowanie sytuacji jako zabawy)</td><td>18,28</td></tr><tr><td>Zwrot ku religii (modlenie się, medytowanie celem znalezienie ukojenia)</td><td>22,27</td></tr><tr><td>Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (szukanie otuchy, zrozumienie i wsparcie od innych)</td><td>5,15</td></tr><tr><td>Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego(szukanie i otrzymywanie porady i pomoc innych)</td><td>10,23</td></tr><tr><td>Zajmowanie się czymś innym(zajmowanie się innymi czynnościami, aby nie myśleć o zdarzeniu)</td><td>1,19</td></tr><tr><td>Zaprzeczanie(odrzućcie faktu zaistnienia sytuacji)</td><td>3,8</td></tr><tr><td>Wyladowanie (ujawnianie negatywnych emocji)</td><td>9,21</td></tr><tr><td>Zażywanie substancji psychoaktywnych(zażywanie środków dla złagodzenia przykrych emocji)</td><td>4,11</td></tr><tr><td>Zaprzestanie działań (rezygnacja z podejmowania wysiłków dla osiągnięcia celu)</td><td>6,16</td></tr><tr><td>Obwinianie siebie (krytykowanie siebie i obwinianie za to, co się stało)</td><td>13,26</td></tr></table>		Nazwa skali	Twierdzenie	Aktywne radzenie sobie (podejmowanie działań zmierzających do poprawy sytuacji)	2,7	Planowanie (zastanawianie się i planowanie tego co należy robić)	14,25	Pozytywne przewartościowanie (postrzeganie sytuacji w bardziej pozytywnym świetle)	12,17	Akceptacja (przyjęcie zaistniałej sytuacji i uczenie się, jak z tym żyć)	20,24	Poczucie humoru (żartowanie i traktowanie sytuacji jako zabawy)	18,28	Zwrot ku religii (modlenie się, medytowanie celem znalezienie ukojenia)	22,27	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (szukanie otuchy, zrozumienie i wsparcie od innych)	5,15	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (szukanie i otrzymywanie porady i pomoc innych)	10,23	Zajmowanie się czymś innym (zajmowanie się innymi czynnościami, aby nie myśleć o zdarzeniu)	1,19	Zaprzeczanie (odrzućcie faktu zaistnienia sytuacji)	3,8	Wyladowanie (ujawnianie negatywnych emocji)	9,21	Zażywanie substancji psychoaktywnych (zażywanie środków dla złagodzenia przykrych emocji)	4,11	Zaprzestanie działań (rezygnacja z podejmowania wysiłków dla osiągnięcia celu)	6,16	Obwinianie siebie (krytykowanie siebie i obwinianie za to, co się stało)	13,26
	Nazwa skali	Twierdzenie																														
	Aktywne radzenie sobie (podejmowanie działań zmierzających do poprawy sytuacji)	2,7																														
	Planowanie (zastanawianie się i planowanie tego co należy robić)	14,25																														
	Pozytywne przewartościowanie (postrzeganie sytuacji w bardziej pozytywnym świetle)	12,17																														
	Akceptacja (przyjęcie zaistniałej sytuacji i uczenie się, jak z tym żyć)	20,24																														
	Poczucie humoru (żartowanie i traktowanie sytuacji jako zabawy)	18,28																														
	Zwrot ku religii (modlenie się, medytowanie celem znalezienie ukojenia)	22,27																														
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (szukanie otuchy, zrozumienie i wsparcie od innych)	5,15																														
	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (szukanie i otrzymywanie porady i pomoc innych)	10,23																														
	Zajmowanie się czymś innym (zajmowanie się innymi czynnościami, aby nie myśleć o zdarzeniu)	1,19																														
	Zaprzeczanie (odrzućcie faktu zaistnienia sytuacji)	3,8																														
	Wyladowanie (ujawnianie negatywnych emocji)	9,21																														
	Zażywanie substancji psychoaktywnych (zażywanie środków dla złagodzenia przykrych emocji)	4,11																														
	Zaprzestanie działań (rezygnacja z podejmowania wysiłków dla osiągnięcia celu)	6,16																														
Obwinianie siebie (krytykowanie siebie i obwinianie za to, co się stało)	13,26																															
<i>Juczyński Z., Ogińska- Bulik N., Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem, PTP, 2009:54-55.</i>																																
Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stressem - Mini- COPE znajduje się na stronie Pracowni Testów Psychologicznych www.practest.com.pl . Można pobrać go bezpłatnie, a następnie wydrukować i powieścić na użytek prowadzonych badań.																																

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszego inwentarza
Bibliografia	1. Betke K., Basińska M.A., Andruszkiewicz A., Nurses' sense of coherence and stress management strategies against the types of health status. <i>Nursing Open</i>, 2021, 8.6: 3403-3410. 2. Lembas D., i in. Wpływ czynników demograficznych na wybierane przez osoby starsze strategie radzenia sobie ze stresem. <i>Przegląd Medycyny Rodzinnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej</i>, 2017, 1: 34-38. 3. Białek K., Sadowski M., Poziom stresu i strategie radzenia sobie ze stresem przez lekarzy pracujących w oddziałach intensywnej terapii. <i>Intensywna terapia anestezyjologiczna</i>, 2019, 51.5: 361-369. 4. Rzeszutek M., Oniszenko W., Firląg-Burkacka E., Wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie ze stresem, odporność i rozwój potraumatyczny w polskiej próbie osób zakażonych wirusem HIV: wyniki rocznego badania podłużnego. <i>Journal of Behavioral Medicine</i>, 2017, 40.6: 942-954. 5. Rzeszutek M., Oniszenko W., Kwiatkowska B., Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients. <i>Psychology, health & medicine</i>, 2017, 22.9: 1082-1088. 6. Wojtas K., The level of negative emotions, coping with stress and social support for parents of children with epilepsy. <i>Folia Medica Cracoviensia</i>, 2014. 7. Bodys-Cupak I., et al. Psycho-social components determining the strategies of coping with stress in undergraduate Polish nursing students. <i>BMC nursing</i>, 2021, 20.1: 1-13. 8. MacIntyre PD, Gregersen T, Mercer S. Language teachers' coping strategies during the Covid-19 conversion to online teaching: Correlations with stress, wellbeing and negative emotions. <i>System</i>. 2020 Nov;94:102352. doi: 10.1016/j.system.2020.102352. Epub 2020 Aug 22. PMID: PMC7443158. 9. Huang, Long; XU, Fuming; LIU, Hairong. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. <i>MedRxiv</i>, 2020. 10. Puto G., et al. Stress and Coping Strategies of Nurses Working with Patients Infected with and Not Infected with SARS-CoV-2 Virus. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 2021, 19.1: 195. 11. Zapater-Fajari M., et al. Resilience and psychobiological response to stress in older people: the mediating role of coping strategies. <i>Frontiers in aging neuroscience</i>, 2021, 13: 632141. 12. Vannini P., et al. Stress, resilience, and coping strategies in a sample of community-dwelling older adults during COVID-19. <i>Journal of psychiatric research</i>, 2021, 138: 176-185. 13. Szatkowska K., Szkulmowski Z. Codzienne zmęczenie i strategie radzenia sobie ze stresem u opiekunów rodzinnych osób wentylowanych mechanicznie w domu. <i>Medycyna paliatywna w praktyce</i>, 2018, 12.2: 86-96. 14. Sikora K. et al. The Occurrence of Stress, Illness Acceptance and the Quality of Life of Patients after Pacemaker Implantation. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 2022, 19.21: 14133. 15. Vargas-Roman K., et al. Coping strategies in elderly colorectal cancer patients. <i>Cancers</i>, 2022, 14.3: 608.

Grupa skal	PROMOCJI ZDROWIA
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.8. Skala Satysfakcji z Życia
Nazwa skali w języku angielskim	The Satisfaction with Life Scale
Skrót	SWLS

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ed Diener, R.A Emmons, R.J. Larson, S.Griffin
	Rok publikacji	1985
	Źródło	Ed Diener, R.A Emmons, R.J. Larson, S.Griffin (1985). The Satisfaction With life Scale, Journal of Personality assessment, 49,71-75.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zygryf Juczyński
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Juczyński, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ogólny wskaźnik zadowolenia z życia
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać(np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Jedno czynnikowa
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Satysfakcja z życia odnosi się do sposobu osądzania, w jaki jednostka szacuje jakość swojego życia w oparciu o własny, unikalny zestaw kryteriów. Jest to świadomy, poznawczy proces orzekania o własnym życiu w odniesieniu do osobistych kryteriów. Badano jej związek z chorobą, w tym z chorobą przewlekłą.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala Satysfakcji z Życia jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów w tym pielęgniarek i położnych. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Pracownia Testów Psychologicznych PTP. https://www.practest.com.pl/
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Składa się z pięciu twierdzeń. Przy każdym z nich osoba badana określa, na ile dane twierdzenie odnosi się do jej dotychczasowego życia, wykorzystując w tym celu siedmiostopniową skalę, gdzie 1 oznacza zupełny brak zgody, a 7 całkowitą zgodę. Oceny poszczególnych twierdzeń są następnie sumowane, a uzyskany wynik wskazuje stopień satysfakcji życiowej. Zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów, które w dalszej kolejności są przeliczane na odpowiadające im punkty w skali stenowej przy założeniu, że im wyższy sten, tym większe poczucie satysfakcji z własnego życia.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Satysfakcji z Życia znajduje się w zasobach Pracowni Testów Psychologicznych PTP i jest chroniona przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych. W związku z tym, korzystanie z niej jest dopuszczalne jedynie w zakresie określonym przepisami wskazanej ustawy, z uwzględnieniem warunków umów licencyjnych, podpisywanych z Autorami i wydawcami zagranicznymi. W szczególności, bez wyraźnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych PTP zabronione jest kopiowanie i wprowadzanie narzędzi do obrotu, udostępnianie osobom nieuprawnionym, wprowadzanie jakichkolwiek zmian oraz ich publiczne udostępnianie, w tym także na stronach internetowych (także w celu prowadzenia badań naukowych). Skalę Satysfakcji z Życia należy zakupić w Pracowni Testów Psychologicznych PTP <https://www.practest.com.pl/>.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych z czego wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Pałucka K. i in. Zadowolenie z życia kobiet po menopauzie. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio, 2022, 3.51: 76-83. 2. Wysokiński M., i in. Satysfakcja z życia pacjentów neurogeriatrycznych. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2018, 7.4. 3. Górczewska B., Jakubowska-Pietkiewicz E. Czy akceptacja choroby oraz satysfakcja z życia kobiet z osteoporozą pomenopauzalną jest niezależny od BMI?. Psychiatria Polska, 2022, 56.3. 4. Gebuza G., et al. Wsparcie społeczne jako determinant zadowolenia z życia u kobiet w okresie ciąży i po cięciu cesarskim. Psychiatr. Pol, 2018, 52.3: 585-598. 5. Glińska J., i in. Satysfakcja z życia pacjentów leczonych dietą drogą dojelitową i pozajelitową. Pielęgniarstwo-Chirurgiczne i Angiologiczne, 2018, 1. 6. Rafa G., Czyżowska D., Kontrola zdrowia a wsparcie społeczne i satysfakcja z życia w okresie późnej dorosłości. Psychologia rozwojowa, 2020, 25.2. 7. Kwiatkowska G. E., Satysfakcja z życia a poziom akceptacji choroby przez osoby starsze. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J–Paedagogia-Psychologia, 2018, 31.3. 8. Lorenzo-Seva U., et al. Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. Quality of Life Research, 2019, 28.5: 1255-1264. 9. Yun Y. H., et al. The satisfaction with life scale and the subjective well-being inventory in the general Korean population: psychometric properties and normative data. International journal of environmental research and public health, 2019, 16.9: 1538. 10. Jaworski M., i in. Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland. Journal of Nursing Management, 2020, 28.8: 1948-1959. 11. Oznur Tulunay Ateş ;Intermediary Role of Ways of Coping with Stress in the Relationship between Satisfaction with Life and Motivation 12. ;Journal of Education and e-Learning Research Vol. 6, No. 1, 1-9, 2019 DOI: 10.20448/journal.509.2019.61.1.9 13. Zadworna, M. i Kossakowska, K. (2021). Zachowania zdrowotne polskich seniorów przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych: efekt prężności zapośredniczony przez zadowolenie z życia. Journal of Public Health, 29, 725-733. 14. Szabo A, Böhm T, Köteles F. Relationship between aerobic fitness, blood pressure and life satisfaction. Balt J Health Phys Act. 2020;12(2):1-11. doi: 10.29359/BJH-PA.12.2.01 15. Di Castro, VC, Hernandez, JC, Mendonça, ME i in. Life satisfaction and positive and negative feelings of workers: a systematic review protocol. Syst Rev 7, 243 (2018). https://doi.org/10.1186/s13643-018-0903-6

16. Folker A. P., et al. The association between life satisfaction, vitality, self-rated health, and risk of cancer. <i>Quality of Life Research</i> , 2019, 28.4: 947-954.
17. Rogowska A., Kuśnierz C., Bokszczanin A., Examining anxiety, life satisfaction, general health, stress and coping styles during COVID-19 pandemic in Polish sample of university students. <i>Psychology Research and Behavior Management</i> , 2020, 13: 797.
18. Nosrati, R., et al. The relationship between psychological capital and acceptance of the disease with life satisfaction in patients with multiple sclerosis. <i>Journal of Health and Care</i> , 2018, 20.2: 114-122.
19. El-Gilany, Abdel-Hady; Alam, R. R. Effects of nursing program as a life review on life satisfaction and happiness among elderly people. <i>QJM: An International Journal of Medicine</i> , 2018, 111.suppl_1: hcy200. 064.
20. Kupcewicz E., Rachubińska K., Gaworska-Krzemińska A., Andruszkiewicz Anna, Kuźmicz I., Kozieł D., Grochans E.: Health behaviours among nursing students in Poland during the COVID-19 pandemic. <i>Nutrients</i> ; 2022: Vol. 14, nr 13, s. 1-14, 2638. 10.3390/nu14132638

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.A.9. Skala gotowości do wypisu ze szpitala po zawale	
Nazwa skali w języku angielskim	The readiness for hospital discharge after myocardial infarction scale	
Skrót	RHD MIS	
Wersja skali	Właściwa <u>Skrócona</u>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Kubica Aldona
	Rok publikacji	2017
	Źródło	https://www.wnoz.cm.umk.pl/kizprzdr/narzedzia-badawcze-research-tools/
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Kubica Aldona
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. https://www.wnoz.cm.umk.pl/kizprzdr/narzedzia-badawcze-research-tools/
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena wiedzy pacjentów wypisywanych ze szpitala, ich oczekiwań i obaw, oraz wskazanie obszarów wymagających dodatkowej indywidualizowanej interwencji edukacyjnej i/lub motywacyjnej u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (ACS).
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Pacjent wypisywany ze szpitala po ostrym incydencie wieńcowym.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 23 pytań zgrupowanych w 3 podskalach [1]: (1) subiektywna ocena wiedzy pacjentów - 7 pytań, (2) oczekiwania pacjenta – 9 pytań, (3) obiektywna ocena wiedzy pacjentów - 7 pytań. Za każdą udzieloną odpowiedź osoba badana otrzymuje od 0 do 3 pkt. RHD MIS ocenia: (1) deklarowany przez pacjenta poziom zrozumienia przyczyny hospitalizacji, objawów choroby, zaleceń dotyczących farmakoterapii i stylu życia (subiektywna ocena gotowości do wypisu);

		(2) obiektywny poziom wiedzy pacjenta (poprzez konieczność wskazania konkretnych zaleceń i objawów); (3) określa obszary, z zakresu których pacjent chciałby uzyskać dodatkowe informacje.								
	Orientacyjny czas badania	25 minut								
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Pacjenci wypisywani ze szpitala po ostrym incydencie wieńcowym.								
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby powyżej 18 roku życia								
	Miejsce badanych	Bez ograniczeń								
	Stan badanych	Osoby zdolne do udzielenia odpowiedzi na pytania.								
	Sytuacje	Rozpoznanie u badanego ostrego incydentu wieńcowego								
	Inne	Skala posiada walidację w Polsce								
Osoby, które mogą stosować skalę	Wszystkie osoby wchodzące w skład zespołów terapeutycznych lub badawczych (lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, studenci itd.)									
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak									
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Wynik skali (1.WIEDZA – ocena subiektywna + 2.WIEDZA – ocena obiektywna + 3.OCZEKIWANIA)									
	<table><tr><th>Liczba punktów</th><th>Normy centylowe</th></tr><tr><td>≤43</td><td>poziom niski</td></tr><tr><td>44-57</td><td>poziom średni</td></tr><tr><td>≥58</td><td>poziom wysoki</td></tr></table>		Liczba punktów	Normy centylowe	≤43	poziom niski	44-57	poziom średni	≥58	poziom wysoki
	Liczba punktów	Normy centylowe								
	≤43	poziom niski								
	44-57	poziom średni								
	≥58	poziom wysoki								
	Wynik podskali 1.WIEDZA – ocena subiektywna									
	<table><tr><th>Liczba punktów</th><th>Normy centylowe</th></tr><tr><td>≤15</td><td>poziom niski</td></tr><tr><td>16-18</td><td>poziom średni</td></tr><tr><td>≥19</td><td>poziom wysoki</td></tr></table>		Liczba punktów	Normy centylowe	≤15	poziom niski	16-18	poziom średni	≥19	poziom wysoki
	Liczba punktów	Normy centylowe								
	≤15	poziom niski								
	16-18	poziom średni								
	≥19	poziom wysoki								
Wynik podskali 2.WIEDZA – ocena obiektywna										
<table><tr><th>Liczba punktów</th><th>Normy centylowe</th></tr><tr><td>≤12</td><td>poziom niski</td></tr><tr><td>13-18</td><td>poziom średni</td></tr><tr><td>≥19</td><td>poziom wysoki</td></tr></table>		Liczba punktów	Normy centylowe	≤12	poziom niski	13-18	poziom średni	≥19	poziom wysoki	
Liczba punktów	Normy centylowe									
≤12	poziom niski									
13-18	poziom średni									
≥19	poziom wysoki									
Wynik podskali 3.OCZEKIWANIA										
<table><tr><th>Liczba punktów</th><th>Normy centylowe</th></tr><tr><td>≤13</td><td>poziom niski</td></tr><tr><td>14-22</td><td>poziom średni</td></tr><tr><td>≥23</td><td>poziom wysoki</td></tr></table>		Liczba punktów	Normy centylowe	≤13	poziom niski	14-22	poziom średni	≥23	poziom wysoki	
Liczba punktów	Normy centylowe									
≤13	poziom niski									
14-22	poziom średni									
≥23	poziom wysoki									
Skala gotowości do wypisu ze szpitala po zawale The Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale - (RHD MIS) Author: Aldona Kubica										

Kwestionariusz dla pacjentów po zawale serca leczonych angioplastyką wieńcową
Wersja 1 dla pacjenta

SKALA:

1. WIEDZA – ocena subiektywna

Po każdym pytaniu zaznacz jedną odpowiedź, która wydaje się najwłaściwsza

1.1. Czy wie Pan/i z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.2. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące diety?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.3. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące aktywności fizycznej?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.4. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące przyjmowania leków?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.5. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące badań kontrolnych?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.6. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować wezwanie pogotowia?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.7. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

2. WIEDZA – ocena obiektywna

2.1. Z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

Zakreśl jedną właściwą odpowiedź

- a. Zawał serca
- b. Choroba wieńcowa
- c. Choroba serca
- d. Inna choroba

2.2. Zalecenia dotyczące diety pacjenta.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ ograniczanie tłustego mięsa,
- ☐ chude mięso jest dozwolone,
- ☐ należy zwiększyć spożycie surowych owoców,
- ☐ ograniczanie żółtych serów,
- ☐ odłuszczonego nabiał jest dozwolony,
- ☐ należy zwiększyć spożycie surowych warzyw,
- ☐ ograniczanie produktów zawierających dużo cholesterolu np. żółtka kurzych jaj,
- ☐ niewielkie ilości czerwonego wina są dozwolone,
- ☐ należy zwiększyć spożycie ryb morskich.

2.3. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ korzystny jest systematyczny wysiłek fizyczny - co najmniej 3-4 razy w tygodniu,
- ☐ korzystny jest umiarkowany przez ok. 30 min. dziennie,
- ☐ w przypadku pojawienia się dolegliwości należy przerwać wysiłek
- ☐ korzystny jest wysiłek związany z ruchem np. marsz, bieg, rower, pływanie

2.4. Zalecenia dotyczące przyjmowania leków.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ wszystkie leki należy przyjmować systematycznie,
- ☐ nie należy odstawiać leków bez porozumienia z lekarzem,
- ☐ w przypadku wystąpienia objawów ubocznych działania leków należy skontaktować się z lekarzem

2.5. Zalecenia dotyczące badań kontrolnych.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ na badania kontrolne należy zgłaszać się niezależnie od samopoczucia,
- ☐ w przypadku nawrotu objawów choroby należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,
- ☐ w przypadku pojawienia się nowych objawów należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,

2.6. Objawy, które powinny spowodować wezwanie pogotowia.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ spoczynkowy ból w klatce piersiowej - ból jak przy zawale,
- ☐ spoczynkowa duszność,
- ☐ zasłabnięcie lub utrata przytomności

2.7. Objawy, które powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ wysiłkowy ból w klatce piersiowej,
- ☐ wysiłkowa duszność,
- ☐ zawroty głowy,
- ☐ kołatanie serca,
- ☐ podwyższone ciśnienie krwi,
- ☐ obrzęki nóg,
- ☐ inne objawy, które pacjent wiąże z przyjmowaniem leków.

3. OCZEKIWANIA

3.1. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących choroby?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

- 3.2. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zastosowanego leczenia?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie
- 3.3. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących diety?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie
- 3.4. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących aktywności fizycznej?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie
- 3.5. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących leków, które będzie Pan/i przyjmować po wypisie ze szpitala?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie
- 3.6. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zapobiegania nawrotów choroby?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie
- 3.7. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących badań kontrolnych?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie
- 3.8. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących objawów choroby?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie
- 3.9. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania innych informacji związanych z chorobą?
- a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie

Wersja 1 dla badacza

SKALA:

1. WIEDZA – ocena subiektywna

1.1. Czy wie Pan/i z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

- e. Tak (3)
- f. Chyba tak (2)
- g. Nie jestem pewien (1)
- h. Nie (0)

1.2. Czy rozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące diety?

- e. Tak (3)
- f. Chyba tak (2)
- g. Nie jestem pewien (1)
- h. Nie (0)

1.3. Czy rozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące aktywności fizycznej?

- e. Tak (3)
- f. Chyba tak (2)
- g. Nie jestem pewien (1)
- h. Nie (0)

1.4. Czy rozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące przyjmowania leków?

- e. Tak (3)
- f. Chyba tak (2)
- g. Nie jestem pewien (1)
- h. Nie (0)

1.5. Czy rozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące badań kontrolnych?

- e. Tak (3)
- f. Chyba tak (2)
- g. Nie jestem pewien (1)
- h. Nie (0)

1.6. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować wezwanie pogotowia?

- e. Tak (3)
- f. Chyba tak (2)
- g. Nie jestem pewien (1)
- h. Nie (0)

1.7. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza?

- e. Tak (3)
- f. Chyba tak (2)
- g. Nie jestem pewien (1)
- h. Nie (0)

2. WIEDZA – ocena obiektywna

2.1. Z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

Zakreśl jedną właściwą odpowiedź

- e. Rozpoznanie szczegółowe, np. zawał serca (3)
- f. Rozpoznanie ogólne, np. choroba wieńcowa (2)
- g. Rozpoznanie narządowe, np. choroba serca (1)
- h. Inna odpowiedź (0)

2.2. Zalecenia dotyczące diety pacjenta.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ ograniczanie tłustego mięsa,
- ☐ chude mięso jest dozwolone,
- ☐ należy zwiększyć spożycie surowych owoców,
- ☐ ograniczanie żółtych serów,
- ☐ odtłuszczony nabiał jest dozwolony,
- ☐ należy zwiększyć spożycie surowych warzyw,
- ☐ ograniczanie produktów zawierających dużo cholesterolu np. żółtka kurzych jaj,
- ☐ niewielkie ilości czerwonego wina są dozwolone,
- ☐ należy zwiększyć spożycie ryb morskich.

- a. Za wymienienie > 6 właściwych (3)
- b. Za wymienienie 4-6 właściwych (2)
- c. Za wymienienie 2-3 właściwych (1)
- d. Za wymienienie <2 właściwych (0)

2.3. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ korzystny jest systematyczny wysiłek fizyczny - co najmniej 3-4 razy w tygodniu,
- ☐ korzystny jest umiarkowany przez ok. 30 min. dziennie,
- ☐ w przypadku pojawienia się dolegliwości należy przerwać wysiłek
- ☐ korzystny jest wysiłek związany z ruchem np. marsz, bieg, rower, pływanie

- a. Za wymienienie 3-4 (3)
- b. Za wymienienie 2 (2)
- c. Za wymienienie 1 (1)
- d. Brak odpowiedzi (0)

2.4. Zalecenia dotyczące przyjmowania leków.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ wszystkie leki należy przyjmować systematycznie,
- ☐ nie należy odstawiać leków bez porozumienia z lekarzem,
- ☐ w przypadku wystąpienia objawów ubocznych działania leków należy skontaktować się z lekarzem

- a. Za wymienienie 3 (3)
- b. Za wymienienie 2 (2)
- c. Za wymienienie 1 (1)
- d. Brak odpowiedzi (0)

2.5. Zalecenia dotyczące badań kontrolnych.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ na badania kontrolne należy zgłaszać się niezależnie od samopoczucia,
- ☐ w przypadku nawrotu objawów choroby należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,
- ☐ w przypadku pojawienia się nowych objawów należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,

- a. Za wymienienie 3 (3)
- b. Za wymienienie 2 (2)
- c. Za wymienienie 1 (1)
- d. Brak odpowiedzi (0)

2.6. Objawy, które powinny spowodować wezwanie pogotowia.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ spoczynkowy ból w klatce piersiowej - ból jak przy zawale,
- ☐ spoczynkowa duszność,
- ☐ zasłabnięcie lub utrata przytomności

- a. Za wymienienie 3 (3)
- b. Za wymienienie 2 (2)
- c. Za wymienienie 1 (1)
- d. Brak odpowiedzi (0)

2.7. Objawy, które powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ wysiłkowy ból w klatce piersiowej,
- ☐ wysiłkowa duszność,
- ☐ zawroty głowy,
- ☐ kołatania serca,
- ☐ podwyższone ciśnienie krwi,
- ☐ obrzęki nóg,
- ☐ inne objawy, które pacjent wiąże z przyjmowaniem leków.

- a. Za wymienienie 4-7 (3)
- b. Za wymienienie 3-4 (2)
- c. Za wymienienie 1-2 (1)
- d. Brak odpowiedzi lub odpowiedź nieprawidłowa (0)

3. OCZEKIWANIA

3.1. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących choroby?

- a. Tak (0)
- b. Chyba tak (1)
- c. Nie jestem pewien (2)
- d. Nie (3)

3.2. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zastosowanego leczenia?

- a. Tak (0)
- b. Chyba tak (1)
- c. Nie jestem pewien (2)
- d. Nie (3)

3.3. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących diety?

- a. Tak (0)
- b. Chyba tak (1)
- c. Nie jestem pewien (2)
- d. Nie (3)

3.4. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących aktywności fizycznej?

- a. Tak (0)
- b. Chyba tak (1)
- c. Nie jestem pewien (2)
- d. Nie (3)

3.5. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących leków, które będzie Pan/i przyjmować po wypisie ze szpitala?

- a. Tak (0)
- b. Chyba tak (1)
- c. Nie jestem pewien (2)
- d. Nie (3)

3.6. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zapobiegania nawrotów choroby?		
a.	Tak	(0)
b.	Chyba tak	(1)
c.	Nie jestem pewien	(2)
d.	Nie	(3)
3.7. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących badań kontrolnych?		
a.	Tak	(0)
b.	Chyba tak	(1)
c.	Nie jestem pewien	(2)
d.	Nie	(3)
3.8. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących objawów choroby?		
a.	Tak	(0)
b.	Chyba tak	(1)
c.	Nie jestem pewien	(2)
d.	Nie	(3)
3.9. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania innych informacji związanych z chorobą?		
a.	Tak	(0)
b.	Chyba tak	(1)
c.	Nie jestem pewien	(2)
d.	Nie	(3)

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Buszko K., Kosobucka A., Michalski P., et. al. The Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale - (RHD MIS). MRJ 2017;2(1):20-28; DOI: 10.5603/Med Res J.2017.0004
	2. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Fabiszak T, Felsmann M, Kubica A. The impact of readiness to discharge from hospital on adherence to treatment in patients after myocardial infarction. Cardiol J. 2022;29(4):582-590. doi: 10.5603/CJ.a2020.0005. Epub 2020 Feb 10.PMID: 32037501
	3. Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Michalski P, Kosobucka A, Fabiszak T, Kubica A. The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction. Patient Educ Couns. 2022 Feb;105(2):426-431. doi: 10.1016/j.pec.2021.05.030. Epub 2021 May 23.PMID: 34059362
	4. Kosobucka A, Kasprzak M, Michalski P, et al. Relation of the Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale to socio-demographic and clinical factors. An observational study. Med Res J. 2018; 3(1): 32–37, doi: 10.5603/mrj.2018.0006.
	5. Kubica A, Pietrzykowski Ł. The therapeutic plan implementation in patients discharged from the hospital after myocardial infarction. Med Res J 2021; 6 (2): 79–82
	6. Kubica A, Kosobucka A, Michalski P, et al. Self-reported questionnaires for assessment adherence to treatment in patients with cardiovascular diseases. Medical Research Journal. 2018; 2(4): 115–122, doi: 10.5603/mrj.2017.0015.
	7. Kosobucka A, Pietrzykowski Ł, Michalski P, et al. Impact of readiness for discharge from the hospital on the implementation of the therapeutic plan. Medical Research Journal. 2020; 5(4): 256–264, doi: 10.5603/mrj.a2020.0047.
	8. Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Michalski P, et al. The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction, Patient Educ Couns, doi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.030 .

	9. Kosobucka A, Kasprzak M, Michalski P, et al. Relation of the Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale to socio-demographic and clinical factors. An observational study. Medical Research Journal. 2018; 3(1): 32–37, doi: 10.5603/mrj.2018.0006. 10. Kubica A, Adamski P, Bączkowska A, et al. The rationale for Multilevel Educational and Motivational Intervention in Patients after Myocardial Infarction (MEDMOTION) project is to support multicentre randomized clinical trial Evaluating Safety and Efficacy of Two Ticagrelor-based De-escalation Antiplatelet Strategies in Acute Coronary Syndrome (ELECTRA – SIRIO 2). Medical Research Journal. 2020; 5(4): 244–249, doi: 10.5603/mrj.a2020.0043. 11. Michalski P, Kasprzak M, Siedlaczek M, et al. The impact of knowledge and effectiveness of educational intervention on readiness for hospital discharge and adherence to therapeutic recommendations in patients with acute coronary syndrome. Medical Research Journal. 2020, doi: 10.5603/mrj.a2020.0023
--	--

I.5.B. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.B.1. Skala adherence w chorobach przewlekłych	
Nazwa skali w języku angielskim	The Adherence in Chronic Diseases Scale	
Skrót	ACDS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Kubica Aldona
	Rok publikacji	2016
	Źródło	https://www.wnoz.cm.umk.pl/kizprzdr/narzedzia-badawcze-research-tools/
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Kubica Aldona
	Rok publikacji	2016
	Źródło	https://www.wnoz.cm.umk.pl/kizprzdr/narzedzia-badawcze-research-tools/
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz umożliwia identyfikację osób o wysokim ryzyku nieprzestrzegania zalecanej terapii oraz określa najczęstsze przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych .
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Zdiagnozowana choroba przewlekła wymagająca stosowania stałej farmakoterapii.
	Struktura skali	Skala składa się z 7 pytań z pięcioma wariantami odpowiedzi do każdego pytania.
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Dotychczasowe zastosowania skali ACDS: u pacjentów po zawale serca ; u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca; u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym (z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i/lub dyslipidemią) w polskiej populacji badania EUROASPIRE V; u chorych po przebytym ostrym zespole wieńcowym w randomizowanym wielośrodkowym badaniu klinicznym ELECTRA – SIRIO 2 .

		(ocena skuteczności i bezpieczeństwa nowych schematów deeskalacji leczenia przeciwpyłkowego); u pacjentów chorujących na inne choroby przewlekłe w tym u osób ze specyficznymi schorzeniami takimi jak stwardnienie rozsiane oraz cukrzyca typu 2
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby powyżej 18 roku życia
	Miejsce badanych	Bez ograniczeń
	Stan badanych	Osoby zdolne do udzielenia odpowiedzi na pytania.
	Sytuacje	Rozpoznanie u badanego choroby przewlekłej wymagającej stosowania stałej farmakoterapii.
	Inne	Skala posiada walidację w Polsce, Brazylii, Indiach, Omanie
Osoby, które mogą stosować skalę	Wszystkie osoby wchodzące w skład zespołów terapeutycznych lub badawczych (lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, studenci itd.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	
Klucz do skali/ interpretacja wyników	<u>Punktacja</u>	
	A – 4	
	B – 3	
	C – 2	
	D – 1	
	E – 0	
	SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW:	
	Liczba punktów	Normy centylowe
	≤20	poziom niski
	21-26	poziom średni
	≥27	poziom wysoki

Formularz skali/ kwestionariusz

Skala adherence w chorobach przewlekłych

The Adherence in Chronic Diseases Scale (ACDS)

Autor: Aldona Kubica

Poniżej zamieszczono zestaw 7 pytań wraz z odpowiedziami. Proszę ocenić, która z odpowiedzi najlepiej odzwierciedla Twoje zachowania, Twoją sytuację oraz Twoje poglądy. Proszę o udzielenie szczerych odpowiedzi poprzez zaznaczenie właściwej znakiem X.

1. Czy zawsze pamiętasz o przyjmowaniu wszystkich leków zgodnie z zaleceniami lekarza?
 - A. Zawsze
 - B. Prawie zawsze
 - C. Czasami
 - D. Prawie nigdy
 - E. Nigdy
2. Czy okresowo zmieniasz dawkowanie leków bez porozumienia ze swoim lekarzem?
 - A. Nigdy
 - B. Bardzo rzadko
 - C. Czasami
 - D. Często
 - E. Nie stosuję się wcale do zalecanego dawkowania

3. Czy dostosowujesz przyjmowanie leków do swojego samopoczucia?
A. Stosuję wszystkie leki regularnie, niezależnie od samopoczucia,
B. Obniżam dawkę niektórych leków, gdy czuję się bardzo dobrze
C. Opuszczam dawki niektórych leków, gdy czuję się bardzo dobrze
D. Okresowo odstawiam niektóre leki, gdy czuję się bardzo dobrze
E. Zaprzestaję przyjmowania wszystkich leków, gdy czuję się bardzo dobrze
4. Gdy pojawiają się objawy uboczne związane z przyjmowaniem leków (np. bóle żołądka, bóle wątroby, wysypka, brak apetytu, obrzęki) wówczas:
A. Natychmiast zgłaszam się do lekarza
B. Zmniejszam dawkę leku i staram się przyspieszyć planowaną wizytę u lekarza
C. Odstawiam lek i staram się przyspieszyć planowaną wizytę u lekarza
D. Odstawiam lek i czekam na planową wizytę u lekarza
E. Odstawiam wszystkie leki i czekam na planową wizytę u lekarza
5. Czy uważasz, że wszystkie leki, które przyjmujesz są potrzebne dla zachowania dobrego stanu zdrowia?
A. Tak, uważam, że wszystkie leki pomagają mi utrzymać dobry stan zdrowia
B. Większość leków, które przyjmuję pomagają mi utrzymać dobry stan zdrowia
C. Tylko niektóre leki, które przyjmuję pomagają mi utrzymać dobry stan zdrowia
D. Niektóre zapisane leki mi pomagają, ale inne szkodzą
E. Większość leków stosowanych przez dłuższy czas szkodzi mojemu zdrowiu
6. Czy Twój lekarz pyta Cię o niedogodności związane z przyjmowaniem leków?
A. Tak, za każdym razem
B. Tak, zazwyczaj
C. Czasami
D. Rzadko
E. Nigdy
7. Czy szczerze odpowiadasz na pytania lekarza dotyczące przyjmowania leków?
A. Tak, zawsze
B. Prawie zawsze
C. Staram się być szczerzy, ale czasami trudno przyznać się, że nie przestrzegam zaleceń
D. Czasami tak, czasami nie
E. Nie, to moja prywatna sprawa

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych, z czego 25 wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Kubica A, Kosobucka A, Michalski P, et al. Skala adherence w chorobach przewlekłych — nowe narzędzie do badania realizacji planu terapeutycznego. <i>Folia Cardiol</i> 2017; 12: 19–26. 2. Buszko K, Obońska K, Michalski P, et al. The Adherence Scale in Chronic Diseases (ASCD). The power of knowledge: the key to successful patient — health care provider cooperation. <i>Medical Research Journal</i> 2016; 1: 37–42. 3. Kubica A, Kosobucka A, Michalski P, et al. Self-reported questionnaires for assessment adherence to treatment in patients with cardiovascular diseases. <i>Medical Research Journal</i> 2018; 2: 115–122. 4. Kubica A, Gruchała M, Jaguszewski M, et al. Adherence to treatment — a pivotal issue in long-term treatment of patients with cardiovascular diseases. An expert standpoint. <i>Medical Research Journal</i> 2018; 2: 123–127. 5. Olkiewicz J, Bonek R, Filipiska K, et al. Adherence to Therapeutic Recommendations in Patients Suffering from Multiple Sclerosis. <i>The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing</i> 2020; 9: 103–107. 6. Mekonnen GB, Gelayee DA. Low Medication Knowledge and Adherence to Oral Chronic Medications among Patients Attending Community Pharmacies: A Cross-Sectional Study in a Low-Income Country. <i>Biomed Res Int</i> 2020; 2020: 1–8.

	7. Al-Noumani H, Al-Harrasi M, Jose J, et al. Medication Adherence and Patients' Characteristics in Chronic Diseases: A National Multi-Center Study. <i>Clin Nurs Res</i> 2022; 31: 426–434. 8. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, et al. Adherence to treatment assessed with the Adherence in Chronic Diseases Scale in patients after myocardial infarction. <i>Patient Prefer Adherence</i> 2018; Volume 12: 333–340. 9. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, et al. The impact of readiness to discharge from hospital on adherence to treatment in patients after myocardial infarction. <i>Cardiol J</i> 2022; 29: 582–590. 10. Michalski P, Kasprzak M, Siedlaczek M, et al. The impact of knowledge and effectiveness of educational intervention on readiness for hospital discharge and adherence to therapeutic recommendations in patients with acute coronary syndrome. <i>Medical Research Journal</i>. Epub ahead of print 15 June 2020. DOI: 10.5603/MRJ.a2020.0023. 11. Kubica A, Kosobucka A, Fabiszak T, et al. Assessment of adherence to medication in patients after myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention. Is there a place for new self-reported questionnaires? <i>Curr Med Res Opin</i> 2019; 35: 341–349. 12. Karczewska O, Młynarska A. The Influence of Antiarrhythmic Device Intervention on Biopsychosocial Functioning and Anxiety in Patients with an Implanted Cardioverter Defibrillator. <i>Medicina (B Aires)</i> 2021; 57: 113. 13. Laskowska E, Michalski P, Pietrzykowski Ł, et al. Implementation of therapeutic recommendations in high cardiovascular-risk patients. The Polish population of EUROASPIRE V survey. <i>Medical Research Journal</i> 2021; 6: 230–236. 14. Kubica A, Michalski P, Kasprzak M, et al. Two different approaches to assess adherence to medication in Polish cohort of the EUROASPIRE V registry. <i>Medical Research Journal</i> 2022; 7: 108–113. 15. Kubica J. Adherence to medication — a never-ending story. <i>Medical Research Journal</i> 2021; 6: 277–278. 16. Michalski P, Kasprzak M, Pietrzykowski Ł, et al. Ambulatory assessment of medication adherence in high cardiovascular-risk patients. The Polish population of the EUROASPIRE V survey. <i>Medical Research Journal</i> 2021; 6: 316–321. 17. Kubica A, Adamski P, Bączkowska A, et al. The rationale for Multilevel Educational and Motivational Intervention in Patients after Myocardial Infarction (MEDMOTION) project is to support multicentre randomized clinical trial Evaluating Safety and Efficacy of Two Ticagrelor-based De-escalation Antiplatelet Strategies in Acute Coronary Syndrome (ELECTRA – SIRIO 2). <i>Medical Research Journal</i> 2020; 5: 244–249. 18. Kubica A, Bączkowska A. Rationale for motivational interventions as pivotal element of multilevel educational and motivational project (MEDMOTION). <i>Folia Cardiol</i> 2020; 15: 6–10. 19. Kubica J, Adamski P, Buszko K, et al. Rationale and Design of the Effectiveness of LowEr maintenance dose of Ticagrelor early After myocardial infarction (ELECTRA) pilot study. <i>Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother</i> 2018; 4: 152–157. 20. Kubica A. Rationale of cardiopulmonary resuscitation training as an element of multilevel educational and motivational project (MEDMOTION). <i>Disaster and Emergency Medicine Journal</i>. Epub ahead of print 4 May 2020. DOI: 10.5603/DEMJ.a2020.0017. 21. Al-Noumani H, Al-Harrasi M, al Zaabi O, et al. Predictors of health-related quality of life in patients with non-communicable diseases: A national cross-section study. <i>Applied Nursing Research</i> 2022; 64: 151566. 22. Ślusarz R, Olkiewicz J, Bonek R, et al. The Impact of Motor Disability and the Level of Fatigue on Adherence to Therapeutic Recommendations in Patients with Multiple Sclerosis Treated with Immunomodulation. <i>Int J Med Sci</i> 2021; 18: 3609–3614.
--	--

	23. Krzezińska S, Lomper K, Chudiak A, et al. The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes. Acta Diabetol 2021; 58: 437–445.
	24. Bonikowska I, Szwamel K, Uchmanowicz I. Analysis of the Impact of Disease Acceptance, Demographic, and Clinical Variables on Adherence to Treatment Recommendations in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Int J Environ Res Public Health 2021; 18: 8658.
	25. Bonikowska I, Szwamel K, Uchmanowicz I. Adherence to Medication in Older Adults with Type 2 Diabetes Living in Lubuskie Voivodeship in Poland: Association with Frailty Syndrome. J Clin Med 2022; 11: 1707.

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.B.2. Skala Akceptacji Choroby	
Nazwa skali w języku angielskim	Acceptance of Illness Scale	
Skrót	AIS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen
	Rok publikacji	1984
	Źródło	B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen (1984) Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. Social Science and medicine, 18,10,889-898.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zygryd Juczyński
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Juczyński, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych PTP
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Stopień akceptacji choroby przez osobę badaną .
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać (np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Jedno czynnikowa
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Emocjonalnym wyznacznikiem sposobu funkcjonowania w chorobie i przystosowania się do niej jest stopień akceptacji choroby, która przejawia się w niewielkim nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem jej ograniczeń. Skala Akceptacji Choroby (AIS) może być stosowana w przypadku pacjentów z chorobą nowotworową, chorobami serca chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym

		lub wylonioną stomią jelitową oraz łuszczycą i migotaniem przedsionków .Akceptacja choroby nie jest wyrazem słabości i rezygnacji, lecz wynika z siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, a taka postawa pomaga jej funkcjonować w chorobie. Akceptacja choroby jest ważnym czynnikiem, który, jak wykazano, wpływa na jakość życia oraz inne aspekty funkcjonowania w chorobie.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby przewlekłe chore (przy czym narzędzie to może być wykorzystywane w każdej chorobie)
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala Akceptacji Choroby jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów w tym pielęgniarek i położnych. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak dodatkowych kryteriów.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Narzędzie składa się z ośmiu stwierdzeń, które opisują negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Osoba badana zaznacza odpowiedzi przy każdym stwierdzeniu na pięciostopniowej skali (od 1 – zdecydowanie zgadzam się do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się), które po zsumowaniu dają wynik surowy. Im jest on wyższy, tym bardziej chory akceptuje swoją chorobę.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Akceptacji Choroby znajduje się w zasobach Pracowni Testów Psychologicznych PTP i jest chroniona przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych. W związku z tym, korzystanie z niej jest dopuszczalne jedynie w zakresie określonym przepisami wskazanej ustawy, z uwzględnieniem warunków umów licencyjnych, podpisanych z Autorami i wydawcami zagranicznymi. W szczególności, bez wyraźnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych PTP zabronione jest kopiowanie i wprowadzanie narzędzi do obrotu, udostępnianie osobom nieuprawnionym, wprowadzanie jakichkolwiek zmian oraz ich publiczne udostępnianie, w tym także na stronach internetowych (także w celu prowadzenia badań naukowych. Skalę Akceptacji Choroby należy zakupić w Pracowni Testów Psychologicznych PTP <https://www.practest.com.pl/> .

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. A. Czerw, U. Religioni, P. Szumilas, K. Sygit, O. Partyka, D. Mękal, S. Jopek, M. Mikos, L. Strzypek. (2022). Normalizacja kwestionariusza AIS (Acceptance of Illness Scale) i możliwości jego zastosowania wśród pacjentów onkologicznych. Ann Agric Środowisko Med., 29(2), s. 269-273. https://doi.org/10.26444/aaem/144197 2. Uchmanowicz I, Pieniacka M, Kuśnierz M, et al. Akceptacja choroby a jakość życia w niewydolności serca. Problem Pielęg. 2015; 23(1): 69-74. https://doi.org/10.5603/PP.201...

3.	Rosińczuk J, Kołtuniuk A. The influence of depression, level of functioning in everyday life, and illness acceptance on quality of life in patients with Parkinson's disease: a preliminary study <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> . 2017;13:881-887 https://doi.org/10.2147/NDT.S132757
4.	Rosińczuk J, Rychła K, Bronowicka J, et al Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane — badania wstępne <i>The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing</i> 2017;6(4):157–162 https://DOI: 10.15225/PNN.2017.6.4.4
5.	Szpilewska K, Juzwiszyn J, Bolanowska Z, Bolanowska Z, Milan M, Chabowski M, i in. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. <i>Polish Journal of Surgery</i> . 2018;90(1):13–7.
6.	Kowalewska B, Cybulski M, Jankowiak B i in. Akceptacja choroby, zadowolenie z życia, poczucie stygmatyzacji i jakość życia wśród osób z łuszczycą: badanie przekrojowe. <i>Dermatol Ther (Heidelb)</i> 10, 413–430 (2020). https://doi.org/10.1007/s13555-020-00368-w
7.	Jankowska-Polańska B., Kaczan A., Lomper K., Nowakowski D., Dudek K., Objawy, akceptacja choroby i jakość życia związana ze zdrowiem u pacjentów z migotaniem przedsionków, <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , Tom 17, Wydanie 3, 1 marca 2018 r., Strony 262–272, https://doi.org/10.1177/1474515117733731
8.	Ronie W., et al. Health Literacy for Cardiac Rehabilitation: An Examination of Associated Illness Perceptions, Self-Efficacy, Motivation and Physical Activity. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 2020, 17.22: 8641
9.	Turen, Sevdä; Yilmaz, Rahime Atakoglu; Gundogdu, Seval. The Relationship with Acceptance of Illness and Medication Adherence in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. <i>International Journal of Caring Sciences</i> , 2021, 14.3: 1824.
10.	Şenturek, Sibel; Keskin, Alev Yıldırım; Turan, Şule. Investigation of Acceptance of Illness and Religious Coping in Patients with Familial Mediterranean Fever in Turkey. <i>Journal of Religion and Health</i> , 2022, 1-18.
11.	Gao, Chang, et al. The relationship between acceptance of illness and quality of life among men who have sex with men living with human immunodeficiency virus: A cross-sectional study. <i>International Journal of Nursing Sciences</i> , 2022.

Grupa skal	PROMOCJA ZDROWIA	
Nazwa skali w języku polskim	I.5.B.3. Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej	
Nazwa skali w języku angielskim	The Functioning in Chronic Illness Scale	
Skrót	FCIS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Aldona Kubica
	Rok publikacji	2018
	Źródło	https://www.wnoz.cm.umk.pl/panel/wp-content/uploads/FCIS-wersja-polska.pdf https://www.wnoz.cm.umk.pl/panel/wp-content/uploads/FCIS-English-version.pdf
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Aldona Kubica
	Rok publikacji	2018
	Źródło	https://www.wnoz.cm.umk.pl/kizprzdr/narzedzia-badawcze-research-tools/

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wpływ choroby obejmuje podstawowe obszary funkcjonowania człowieka, w tym: aktywność fizyczną, sferę emocjonalną i duchową oraz funkcjonowanie w społeczeństwie. Skala FCIS to nowe, unikalne narzędzie diagnostyczne do kompleksowej oceny funkcjonowania w chorobie przewlekłej.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Zdiagnozowana choroba przewlekła.
	Struktura skali	Skala składa się 24 pytań ocenianych w skali od 1 do 5 punktów. Podzielona jest na 3 podskale oceniające funkcjonowanie pacjenta w następujących aspektach: oddziaływanie choroby na pacjenta (8 pytań), oddziaływanie pacjenta na chorobę (8 pytań) i oddziaływanie choroby na postawę pacjenta (8 pytań). Zarówno w wyniku ogólnym jak i poszczególnych podskalach pacjent może uzyskać poziom niski, średni lub wysoki.
	Orientacyjny czas badania	15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Dotychczasowe zastosowania skali FCIS: u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi; z chorobą niedokrwinną serca ; z wszczepionym kardiowerterem defibrylatorem; u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym (z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i/ lub dyslipidemią) w polskiej populacji badania EURO-ASPIRE V; u chorych po przebytych ostrym zespole wieńcowym w randomizowanym wielośrodkowym badaniu klinicznym ELECTRA – SIRIO 2 (ocena skuteczności i bezpieczeństwa nowych schematów deeskalacji leczenia przeciwplatekowego) ; u chorych w ostrej fazie zakażenia SARS-CoV2 w randomizowanym badaniu klinicznym IMPACT-SIRIO 5 (ocena wpływu inhibitora PCSK9); u osób po przebytych COVID-19; u pacjentów poddawanych rehabilitacji z powodu zespołu post-COVID w badaniu obserwacyjnym PCR – SIRO 8 (ocena skuteczności rehabilitacji pacjentów z zespołem post-COVID).
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby powyżej 18 roku życia
	Miejsce badanych	Bez ograniczeń
	Stan badanych	Osoby zdolne do udzielenia odpowiedzi na pytania.
	Sytuacje	Rozpoznanie u badanego choroby przewlekłej
	Inne	Skala posiada walidację w Polsce
Osoby, które mogą stosować skalę	Wszystkie osoby wchodzące w skład zespołów terapeutycznych lub badawczych (lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, studenci itd.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Wynik skali (cz. 1+ cz. 2 + cz. 3)	
	Liczba punktów	Normy centylowe
	≤78	poziom niski
	79-93	poziom średni
	≥94	poziom wysoki
	<i>Maksymalna punktacja – pacjent bardzo dobrze funkcjonuje w chorobie</i>	
	<i>Minimalna punktacja – pacjent źle funkcjonuje w chorobie</i>	
	Wynik podskali cz. 1. Oddziaływanie choroby na pacjenta	
	Liczba punktów	Normy centylowe
	≤23	poziom niski
	24-33	poziom średni
	≥34	poziom wysoki
	<i>Maksymalna punktacja – choroba nie ma wpływu na funkcjonowanie pacjenta</i>	
	<i>Minimalna punktacja – choroba ma bardzo duży wpływ na funkcjonowanie pacjenta</i>	
	Wynik podskali cz. 2. Oddziaływanie pacjenta na chorobę	
Liczba punktów	Normy centylowe	
≤24	poziom niski	
25-29	poziom średni	
≥30	poziom wysoki	
<i>Maksymalna punktacja – pacjent uważa, że ma bardzo duży wpływ na przebieg choroby</i>		
<i>Minimalna punktacja – pacjent uważa, że nie ma wpływu na przebieg choroby</i>		
Wynik podskali cz. 3 Oddziaływanie choroby na postawę pacjenta		
Liczba punktów	Normy centylowe	
≤27	poziom niski	
28-33	poziom średni	
≥34	poziom wysoki	
<i>Maksymalna punktacja – pacjent bardzo optymistycznie zapatruje się na przyszłość</i>		
<i>Minimalna punktacja – pacjent bardzo pesymistycznie zapatruje się na przyszłość</i>		

Formularz skali/ kwestionariusz

Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej

The functioning in the chronic illness scale (FCIS)

Autor: Aldona Kubica

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając tą odpowiedź (otaczając kółkiem), która najlepiej odzwierciedla Pana/i opinię. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

Część pierwsza – Oddziaływanie choroby na pacjenta

Subiektywna ocena pacjenta na to jak choroba wpływa na jego życie

Maksymalna punktacja – choroba nie ma wpływu na funkcjonowanie pacjenta

Minimalna punktacja – choroba ma bardzo duży wpływ na funkcjonowanie pacjenta

1. Moja wydolność fizyczna jest podobna, jak przed chorobą

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

2. Choroba ogranicza moją aktywność fizyczną.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

3. Pomimo choroby czuję się pełnowartościowym człowiekiem.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

4. Od kiedy zachorowałem stałem się ciężarem dla mojej rodziny.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

5. Pomimo choroby czuję się dobrze.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

6. Moje samopoczucie jest gorsze niż przed chorobą.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

7. Moje życie jest takie samo jak przed chorobą.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

8. Moja choroba ograniczyła kontakty towarzyskie i rodzinne.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

Część druga – Oddziaływanie pacjenta na chorobę

Określenie poglądów pacjenta na możliwości wpływu na przebieg choroby

Maksymalna punktacja – pacjent uważa, że ma bardzo duży wpływ na przebieg choroby

Minimalna punktacja – pacjent uważa, że nie ma wpływu na przebieg choroby

1. Moja choroba jest wyłącznie skutkiem moich zaniedbań.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

2. Moja choroba zdarzyła się niezależnie ode mnie.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

3. To jak będę się czuł w przyszłości zależy przede wszystkim ode mnie.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

4. To jak będę się czuł w przyszłości zależy wyłącznie od lekarzy.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

5. Regularne przyjmowanie leków może poprawić stan mojego zdrowia.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

6. Leki często bardziej szkodzą niż pomagają.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

7. Codzienna aktywność fizyczna może poprawić stan mojego zdrowia.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

8. Z uwagi na chorobę powinienem się oszczędzać i unikać nawet niewielkich wysiłków.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

Część trzecia – Oddziaływanie choroby na postawy pacjenta

Określenie postawy pacjenta wobec nowej sytuacji życiowej

Maksymalna punktacja – pacjent bardzo optymistycznie zapatruje się na przyszłość

Minimalna punktacja – pacjent bardzo pesymistycznie zapatruje się na przyszłość

1. Choroba sprawiła, że postanowiłem aktywnie zadbać o swoje zdrowie.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

2. Czuję się bezradny wobec choroby.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

3. Wierzę, że mój stan zdrowia może się poprawić.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

4. Przypuszczam, że na skutek mojej choroby będę czuł się coraz gorzej.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

5. Myślę o tym co robić, żeby uniknąć nawrotu choroby.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

6. Sama myśl o chorobie przeraża mnie.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

7. Myślę pozytywnie o przyszłości.

Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)

8. Mam wrażenie, że choroba zabrała mi wszystko.

Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych, z czego wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Buszko K, Pietrzykowski Ł, Michalski P, et al. Validation of the Functioning in Chronic Illness Scale (FCIS). <i>Med Res J.</i> 2018;3(2): 63–69 2. Kubica A. Self-reported questionnaires for a comprehensive assessment of patients after acute coronary syndrome. <i>Med Res J.</i> 2019; 4(2): 106–109 3. Michalski P, Kasprzak M., Kosobucka A et al. Sociodemographic and clinical determinants of the functioning of patients with coronary artery disease. <i>Med. Res J.</i> 2021, 6(1): 21-27 4. Karczewska, O.; Młynarska, A. The Influence of Antiarrhythmic Device Intervention on Biopsychosocial Functioning and Anxiety in Patients with an Implanted Cardioverter Defibrillator. <i>Medicina</i> 2021, 57, 113. https://doi.org/10.3390/medicina57020113 5. Michalski P, Kasprzak M., Kosobucka-Ozdoba A et al. The impact of knowledge on the functioning of patients with coronary artery disease. <i>Med. Res J</i> 2022; 7(3): 223-227 6. Kubica A., Adamski P, Bączkowska A et al. The rationale for Multilevel Educational and Motivational Intervention in Patients after Myocardial Infarction (MEDMOTION) project is to support multicentre randomized clinical trial Evaluating Safety and Efficacy of Two Ticagrelor-based De-escalation Antiplatelet Strategies in Acute Coronary Syndrome (ELECTRA – SIRIO 2). <i>Med. Res J.</i> 2020; 5(4): 224-249 7. Kubica J., Adamski P, Niezgoda P et al. A new approach to ticagrelor-based de-escalation of antiplatelet therapy after acute coronary syndrome. A rationale for a randomized, double-blind, placebo-controlled, investigator-initiated, multicenter clinical study. <i>Cardiol J.</i> 2021; 28(4): 607-614 8. Kubica J., Podhajski P, Magielski P et al. IMPACT of PCSK9 inhibition on clinical outcome in patients during the inflammatory stage of the SARS-COV-2 infection: Rationale and protocol of the IMPACT-SIRIO 5 study. <i>Cardiol J.</i> 2022: 29(1): 140-147 9. Kubica A., Michalski P, Kasprzak M et al. Functioning of patients with post-COVID syndrome — preliminary data. <i>Med. Res J.</i> 2021, 6(3): 224-229 10. Kubica A., Michalski P, Pietrzykowski L et al. Post COVID-19 rehabilitation (PCR-SIRO 8) study. A rationale and protocol of the study. <i>Med. Res J</i> 2022 DOI: 10.5603/MRJ.a2022.0046

II. SKALE I KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE Z ZASTOSOWANIEM WIODĄCYM W NIEZABIEGOWYCH DZIAŁACH MEDYCYNY

W tym rozdziale zaproponowano wybrane narzędzia, skale, kwestionariusze, które mogą być stosowane w niezabiegowych działach medycyny, zarówno w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych, jak i w nauczaniu klinicznym (w symulacji medycznej i w warunkach rzeczywistych), a także w prowadzeniu badań naukowych w tym obszarze. Sklasyfikowano je w czternaście grup, a w ramach każdej grupy w trzy pakiety: grupa 1. *Alergologia i pielęgniarstwo alergologiczne* (pakiet: *Wybrane narzędzia standaryzowane: Kwestionariusz European Community Respiratory Health Survey, Kwestionariusz International Study of Asthma and Allergies in Childhood, Kwestionariusz St. George Respiratory Questionnaire*; pakiet: *Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Visual analogy scale, Total Four Symptom Score (T4SS), Total nasal symptoms score, Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire, Asthma Quality of Life Questionnaire, Asthma Predict Tool, Scoring Atopic Dermatitis Index (SCORAD), Eczema Area and Severity Index (EASI), Average Urticaria Activity Score for 7 days – UAS7*; pakiet: *Wykaz skal powszechnie stosowanych: Dzienniczek alergii, Test kontroli astmy, Wskaźnik dla atopowego zapalenia skóry (W-AZS)*); grupa 2. *Choroby zakaźne* (pakiet: *Wybrane narzędzia standaryzowane: Kwestionariusz do oceny jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby (CLDQ, Wskaźnik Wpływu Dolegliwości Skórnych na Jakość Życia (DLQI), Kwestionariusz oceniający wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny (FDLQI), Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy (GNDS)*); pakiet: *Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Quality from Patient Perspective – Intrapartal, Stoma Quality of Life Index (SQLI), PROQOL-HIV Patient Related Outcomes Quality of Life-HIV, Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS), HIV Treatment Satisfaction Questionnaire (HIVTSQ), World Health Organisation Quality of Life for HIV (WHOQOL-HIV BREF), Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/AIDS, The Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV), Hepatitis Quality of Life Questionnaire Version (CLDQ-HCV), The Infant Toddler Quality of Life Questionnaire (ITQOL)*; pakiet: *Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala Baxtera, Skala Time, Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R.), Scoring Atopic Dermatitis Index (SCORAD), Skala niewydolności*

narzędzi związanej z sepsą (SOFA), Ocena ryzyka zakażenia miejsca operowanego (ZMO), Skala ASA, Skala punktowa oceny prawdopodobieństwa zakażenia *Streptococcus pyogenes* wg Centora i McIsaaca, Skala NERDS (skala do oceny rozwijania się infekcji w ranie), Skala STONEES (skala do oceny rozwijania się infekcji w ranie), Indeks PASI, HIV Symptom Index służy do oceny objawom towarzyszącym HIV)); grupa 3. Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane (Skala niedogodności spowodowanych przez cukrzycę (DDS), Kwestionariusz Obszarów Problemowych w Cukrzycy (PAID-PL), Wskaźniki Dobrego Samopoczucia (WHO-5), Przegląd jakości życia zależnej od cukrzycy (ADDQoL), Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 (FINDRISC), Inwentarz samoopieki w cukrzycy (SCODI); pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), Neuropathy Symptoms Score (NSC), Hypoglycemia Risk Stratification Tool, Self-Management Assessment Scale (SMASc), Diabetic Treatment Burden Questionnaire (DTBQ), Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R), Diabetes Self-Management Profile (DSMP); grupa 4. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych (NOSGER), Skala GARS do oceny stanu funkcjonalnego osób starszych wiekiem w Polsce, Skala Oceny Jakości Życia (WHOQOL-AGE), Geriatryczna Skala Depresji (GDS), Skala Podatności na Nadużycia (VASS), Skala wsparcia społecznego w populacji osób starszych wiekiem w Polsce SSL 12-I; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Ambivalent Ageism Scale, Lubben Social Network Scale, Kihon Checklist; pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza (ADL), Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego według Lawtona (IADL), Skala Barthel (Index Barthel), Test „wstań i idź”, Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM), Test Tinetti (Skala Ryzyka Upadków POMA); grupa 5. Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Barthel Index, MMSE (Mini-Mental State Examination), AMTS- Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodkinsona (Abbreviated Mental Test Score), Clock Drawing Test (CDT), TINETTI Performance Oriented Mobility Assessment (POMA), WHOQOL-BREF; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Psychogeriatric Assessment Scales, Camberwell Assessment of Need for the Elderly; pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala DOS (Delirium Observation Scale), ADL wg Katza, IADL wg Lawtona, Test Mini-Cog)); grupa 6. Opieka paliatywna i pielęgniarstwo paliatywno-hospicyjne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Skala RSCL, Skala STAS, Skala ESAS, Skala HADS – M, Skala MMRC, Skala DOLOPLUS, Skala

Karnofsky'ego, Skala NRS, Skala Likerta; skala Barthel; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: The Cancer Dyspnea Skale; pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Kwestionariusz Melzacka, Wizualna skala analogowa, Skala ECOG)); grupa 7. Urologia, nefrologia i pielęgniarstwo urologiczne i nefrologiczne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Ocena nasilenia nietrzymania moczu - zmodyfikowany 1-godzinny test podpaskowy, Ocena występowania i nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu - kwestionariusz Gaudenza, Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (CKD-EPI), Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (MDRD), Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Cockcrofta-Gaulta, Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Schwartza, Ocena adekwatności hemodializy, Ocena adekwatności dializy otrzewnowej, Ocena ujścia zewnętrznego według Twardowskiego i wsp., Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaefera i wsp.)); grupa 8. Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Skala Ferrimana i Gallweya, Skala Hamilltona-Norwooda (HNS), Skala Glogau, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Comprehensive Acne Severity Scale (CASS); pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Acne grading method by Cook using photographic standards; pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala Ludwiga, Globalny system klasyfikacji trądziku)); grupa 9. Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Test przesiewowy określający prawdopodobieństwo zagrożenia zaburzeniem używania alkoholu (CAGE), Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSY-RATS), Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry'ego (BPAQ), Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS), Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MOCA)); grupa 10. Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Skala Apgar, Skala Dubowitza, Skala Ballarda, Skala Silvermana, Neonatal Facial Coding System (NFCS), Premature Infant Pain Profile (PIPP), Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS), Cry, Requires oxygen, Increased vital signs, Ezpressions, Sleeplessness (CRIES), Clinical Risk Index for Babies (CRIB)); grupa 11. Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Wskaźnik Funkcjonalny „Repty” (WFR), Skala Wydolności Funkcjonalnej (SWF/FCS), Kwestionariusz Oswestry (ODI), Skala Zmęczenia (MFIS); pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: The Functional Independence Measure (FIM), Schwab and England Activities of Daily Living Scale(ADL), pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala Glasgow (GCS), Zmodyfikowana skala Rankina

(MRS), Rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzke'go (EDSS)); grupa 12. Podstawowa opieka zdrowotna i pielęgniarstwo rodzinne (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Karta SCORE 2 oraz SCORE2-OP dla krajów wysokiego ryzyka, Kwestionariusz Przestrzegania Przyjmowania Leków i Współpracy (MMAS-8); pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Thai Family Health Routine (TFHR), Family Practise Scale (FNPS), The Dementia Quality of Life Scale for Older Family Carers (DQoL-OC). Medication Adherence Questionnaire (MAQ); pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Test „Wstań I Idź”, Skala NYHA, Skala CCS, Kwestionariuszem Bólu wg. Laitinena (LPS)); grupa 13. Rehabilitacja (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Wskaźnik słabowitości Tilburg (TFI), Kwestionariusz Oswestry (ODI), Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności kończyn górnych (DASH), Wskaźnik niesprawności szyjnej (NDI); pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ), Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index function scale (WOMAC), Morton Mobility Index (DEMMI), Berg Balance Scale (BBS), Modified Fatigue Impact Scale (MFIS), Cardiac Rehabilitation Barriers Scale (CRBS), General Rehabilitation Adherence Scale, Activities Scale for Kids (ASK); pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej, Skala Ashworth'a/ Zmodyfikowana Skala Ashworth'a, Bostoński Kwestionariusz Zespołu Cieńi Nadgarstka (BCTQ), Zmodyfikowana Skala Rankina (MRS)); grupa 14. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne (pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Peabody Developmental Gross Motor Scale (PDMS-GM), Alberta Infant Motor Scale (AIMS), Glasgow Coma Scale (CCS), Bayley Scale of Infant Development Third Edition (Bayley III), General Developmental Screening Tool Ages and Stages Questionnaires (ASQ), Skala Non-communicating Children's Pain Checklis(NCCPC), Ages and Stages Questionnaires (ASQ:SE-2), Brigance Screens – II, Denver Developmental Screening Test, Child Development Inventory (CDI); pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala Lansky'ego, Skala Apgar, Skala Rossa, Skala Silvermana.

II.1. Alergologia i pielęgniarstwo alergologiczne

Krzych – Fałta Edyta

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

II. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 1. A. 1. Kwestionariusz European Community Respiratory Health Survey
- II. 1. A. 2. Kwestionariusz International Study of Asthma and Allergies in Childhood
- II. 1. A. 3. Kwestionariusz St. George Respiratory Questionnaire

II. 1. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II. 1. B. 1. Visual Analog Scale
- II. 1. B. 2. Total Four Symptom Score (T4SS)
- II. 1. B. 3. Total nasal symptoms score
- II. 1. B. 4. Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire
- II. 1. B. 5. Asthma Quality of Life Questionnaire
- II. 1. B. 6. Asthma Predict Tool
- II. 1. B. 7. Scoring Atopic Dermatitis Index (SCORAD)
- II. 1. B. 8. Eczema Area and Severity Index (EASI)
- II. 1. B. 9. Average Urticaria Activity Score for 7 days – UAS7

II. 1. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II. 1. C. 1. Kwestionariusz oceny jakości życia SF 35
- II. 1. C. 2. Dzienniczek alergii
- II. 1. C. 3. Test kontroli astmy
- II. 1. C. 4. Wskaźnik dla atopowego zapalenia skóry (W-AZS)

II.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	ALERGOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO ALERGOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.A.1. Europejskie Badania dotyczące Chorób Układu Oddechowego	
Nazwa skali w języku angielskim	European Community Respiratory Health Survey	
Skrót	ECRHS	
Wersja skali	<u>Właściwa</u> Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	European Community Respiratory Health Survey
	Rok publikacji	1966
	Źródło	Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J. 1996 Apr;9(4):687-95. doi: 10.1183/09031936.96.09040687.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Samoliński B, Raciborski F, Lipiec A, Tomaszewska A, Krzych-Fałta E, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Lusa-wa A, Borowicz J, Komorowski J, Samolińska-Zawisza U, Sybilski AJ., Piekarska B, Nowicka A
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Alergologia Polska
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Choroby alergiczne
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak kryteriów wejściowych
	Struktura skali	Pytania zamknięte
	Orientacyjny czas badania	30-40 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ocena czynników ryzyka chorób alergicznych, stanu zdrowia w obszarach bio-psycho-społecznych populacji narażonej (dorośli) i z rozpoznaną chorobą allergiczną: allergicznym nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, astmą, pokrzywką, atopowym zapaleniem skóry, alergią pokarmową i ocena stopnia kontroli choroby [1-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	20 – 44 lata, dorośli
	Miejsce badanych	Środowisko domowe ankietowanego, POZ, szpital
	Stan badanych	Grupa ryzyka, chorzy – allergicy
	Sytuacje	Zdrowie, choroba
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? przeszkoleni ankieterzy, pielęgniarki, lekarze	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	zgoda autorów	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Analiza zbiorcza w oparciu o narzędzia statystyczne	

Formularz kwestionariusza lub dostosowana do wersji on-line: papierowa/on-line (PDA) – wymagana jest zgoda autorów.

**THE EUROPEAN COMMUNITY
RESPIRATORY HEALTH
SURVEY II**



ECRHS II

MAIN QUESTIONNAIRE

Project Leaders:

Prof Peter Burney
Dr Deborah Jarvis

For further information:

www.ecrhs.org



ECRHS II was funded by
the European Commission
as part of their Quality of
Life Programme

ECR *Note: Researchers using these materials are requested to cite the source
appropriately*

Centre number

--	--	--	--

 Personal number

--	--	--	--	--	--

 Sample

--	--	--	--

 Date

--	--	--	--	--	--

 DAY MONTH YEAR

I AM GOING TO ASK YOU SOME QUESTIONS. AT FIRST THESE WILL BE MOSTLY ABOUT YOUR BREATHING. WHEREVER POSSIBLE, I WOULD LIKE YOU TO ANSWER 'YES' OR 'NO'.

1. Have you had wheezing or whistling in your chest at any time in the last **12 months**? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 2, IF 'YES':

- 1.1 Have you been at all breathless when the wheezing noise was present? NO YES
☐ ☐
- 1.2 Have you had this wheezing or whistling when you did **not** have a cold? NO YES
☐ ☐
2. Have you woken up with a feeling of tightness in your chest at any time in the last **12 months**? NO YES
☐ ☐
3. Have you had an attack of shortness of breath that came on during the day when you were at rest at any time in the last **12 months**? NO YES
☐ ☐
4. Have you had an attack of shortness of breath that came on **following** strenuous activity at any time in the last **12 months**? NO YES
☐ ☐
5. Have you been woken by an attack of shortness of breath at any time in the last **12 months**? NO YES
☐ ☐
- IF NO GO TO Q6, IF YES**
- 5.1 Have you been woken by an attack of shortness of breath in the last **3 months**? NO YES
☐ ☐
- IF NO GO TO Q6, IF YES**
- 5.1.1 **On average** have you been woken by an attack of shortness of breath **at least once a week in the last 3 months**? NO YES
☐ ☐
- IF NO GO TO Q6, IF YES**
- 5.1.1.1 How many times a week **on average** have you been woken by shortness of breath in the **last 3 months**? TIMES
6. Have you been woken by an attack of coughing at any time in the last **12 months**? NO YES
☐ ☐
7. Do you **usually** cough first thing in the morning in the winter? NO YES
☐ ☐
- [IF DOUBTFUL, USE QUESTION 8.1 TO CONFIRM]**

8. Do you **usually** cough during the day, or at night, in the winter? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 9, IF 'YES':

8.1 Do you cough like this on most days for as much as three months each year? NO YES
☐ ☐

9. Do you *usually* bring up any phlegm from your chest first thing in the morning in the winter? NO YES
☐ ☐

[IF DOUBTFUL, USE QUESTION 10.1 TO CONFIRM]

10. Do you *usually* bring up any phlegm from your chest during the day, or at night, in the winter? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 11, IF 'YES':

10.1 Do you bring up phlegm like this on most days for as much as three months each year? NO YES
☐ ☐

11. Do you ever have trouble with your breathing? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 12, IF 'YES':

11.1 Do you have this trouble TICK ONE BOX ONLY
 a) continuously so that your breathing is never quite right? 1 ☐
 b) repeatedly, but it always gets completely better? 2 ☐
 c) only rarely? 3 ☐

12. Are you disabled from walking by a condition *other than* heart or lung disease? NO YES
☐ ☐

IF 'YES' STATE CONDITION _____ AND GO TO QUESTION 13, IF 'NO':

12.1 Are you troubled by shortness of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 13, IF 'YES':

12.1.1 Do you get short of breath walking with other people of your own age on level ground? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 13, IF 'YES':

12.1.1.1 Do you have to stop for breath when walking at your own pace on level ground? NO YES
☐ ☐

13. FOR WOMEN ONLY - MEN GO TO Q14

Have you ever noticed that you had respiratory symptoms (such as wheeze, tightness in your chest or shortness of breath) at a particular time of your monthly cycle?

TICK ONE BOX ONLY
 yes, in the week before my period 1 ☐
 yes, during my period 2 ☐
 yes, in the week after my period 3 ☐
 yes, another time of the month 4 ☐
 does not apply to me (i.e., amenorrhoeal) 5 ☐
 No 6 ☐

NO YES

14. Have you ever had asthma?	☐ ☐
IF 'NO' GO TO QUESTION 15, IF 'YES':	
	NO YES
14.1 Was this confirmed by a doctor?	☐ ☐
	YEARS
14.2 How old were you when you had your first attack of asthma?	☐ ☐
	YEARS
14.3 How old were you when you had your most recent attack of asthma?	☐ ☐
14.4.1-6 Which months of the year do you usually have attacks of asthma?	
14.4.1 January / February	NO YES
14.4.2 March / April	☐ ☐
14.4.3 May / June	☐ ☐
14.4.4 July / August	☐ ☐
14.4.5 September / October	☐ ☐
14.4.6 November / December	☐ ☐
14.5 Have you had an attack of asthma in the last 12 months?	NO YES
IF NO GO TO 14.8, IF YES	
14.6 How many attacks of asthma have you had in the last 12 months?	☐ ☐
	ATTACKS
14.7 How many attacks of asthma have you had in the last 3 months?	☐ ☐
	ATTACKS
14.8 How many times have you woken up because of your asthma in the last 3 months?	TICK ONE BOX ONLY
every night or almost every night	1 ☐
more than once a week, but not most nights	2 ☐
at least twice a month, but not more than once a week	3 ☐
less than twice a month	4 ☐
not at all	5 ☐
14.9. How often have you had trouble with your breathing because of your asthma in the last 3 months?	TICK ONE BOX ONLY
continuously	1 ☐
about once a day	2 ☐
at least once a week, but less than once a day	3 ☐
less than once a week	4 ☐
not at all	6 ☐
14.10 Are you currently taking any medicines including inhalers, aerosols or tablets for asthma?	NO YES
	☐ ☐
14.11 Do you have a peak flow meter of your own?	NO YES
	☐ ☐
IF 'NO' GO TO QUESTION 14.12, IF 'YES':	
14.11.1 How often have you used it over the last 3 months? TICK ONE BOX ONLY	

never	1	☐
some of the days	2	☐
most of the days	3	☐

14.12 Do you have written instructions from your doctor on how to manage your asthma if it gets worse or if you have an attack? ☐ NO ☐ YES

14.13. **FOR WOMEN ONLY - MEN GO TO Q15**
Have you ever noticed that your asthma got worse with your monthly cycle?
TICK ONE BOX ONLY

Yes, in the week before my period	1	☐
Yes, during my period	2	☐
Yes, in the week after my period	3	☐
Yes, another time of the month	4	☐
Does not apply to me (i.e., amenorrhoeal)	5	☐
No	6	☐

14.14 Have you been pregnant (at least 25 weeks) since your asthma started? ☐ NO ☐ YES
IF NO GO TO Q15, IF YES

14.14.1. What happened to your asthma during your pregnancies?
TICK ONE BOX ONLY

got better	1	☐
got worse	2	☐
stayed the same	3	☐
not the same for all pregnancies	4	☐
don't know	5	☐

15. Do you have any nasal allergies, including hay fever? ☐ NO ☐ YES
IF NO GO TO Q16, IF YES

15.1 How old were you when you first had hay fever or nasal allergy? YEARS

16. Have you ever had a problem with sneezing, or a runny or a blocked nose when you did not have a cold or the flu? ☐ NO ☐ YES
IF NO GO TO Q17, IF YES

16.1. Have you had a problem with sneezing or a runny or blocked nose when you did not have a cold or the flu ***in the last 12 months?*** ☐ NO ☐ YES
IF NO GO TO Q17, IF YES

16.1.1. Has this nose problem been accompanied by itchy or watery eyes? ☐ NO ☐ YES

16.1.2. In which months of the year did this nose problem occur? ☐ NO ☐ YES

January	☐	☐
February	☐	☐
March	☐	☐
April	☐	☐
May	☐	☐
June	☐	☐
July	☐	☐

August	☐	☐
September	☐	☐
October	☐	☐
November	☐	☐
December	☐	☐

17. *Since the last survey* have you used any medication to treat nasal disorders? NO YES
☐ ☐

IF NO GO TO Q18, IF YES

17.1 Have you used any of the following nasal sprays for the treatment of your nasal disorder? NO YES
☐ ☐

[SHOW LIST OF STEROID NASAL SPRAYS]

IF NO GO TO Q17.2, IF YES

17.1.1 How many years have you been taking this sort of nasal spray? YEARS
☐ ☐

17.1.2 Have you used any of these nasal sprays in the last 12 months? NO YES
☐ ☐

17.2 Have you used any of the following pills, capsules, or tablets for the treatment of your nasal disorder? NO YES
☐ ☐

[SHOW LIST OF ANTHISTAMINES]

IF NO GO TO Q18, IF YES

17.2.1 How many years have you been taking these sort of pills, capsules or tablets? YEARS
☐ ☐

17.2.2 Have you used any of these pills, capsules or tablets in the last 12 months? NO YES
☐ ☐

18. Have you *ever* had eczema or any kind of skin allergy? NO YES
☐ ☐

19. Have you *ever* had an itchy rash that was coming and going for at least 6 months? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 20, IF 'YES':

19.1. Have you had this itchy rash in the last 12 months? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 20, IF 'YES':

19.1.1. Has this itchy rash at any time affected any of the following places: the folds of the elbows, behind the knees, in front of the ankles under the buttocks or around the neck, ears or eyes NO YES
☐ ☐

20. Have you ever had any difficulty with your breathing after taking medicines? NO YES
☐ ☐

IF 'NO' GO TO QUESTION 21, IF 'YES':

20.1-2 Which medicines? 20.1. ☐
20.1.2 ☐

YEARS
☐ ☐

21. How old was your mother when you were born? ☐ ☐

22. How many times did you move house during the first five

years of your life?

None
Once
more than once

TICK ONE BOX ONLY

1 ☐
2 ☐
3 ☐

23. Were you hospitalised before the age of two years for lung disease?

NO YES

☐ ☐

24. At what age did you first attend a school, play school, day care or nursery?

YEARS

25. How many *other* children regularly slept in your bedroom before
you were five years old?

CHILDREN

I would now like to ask you some questions on the type of jobs that you have done.

I am interested in each one of the jobs that you have done for more than 3 consecutive months since the time we last contacted you (in 1991/2). These jobs may be outside the house or at home, full time or part time, paid or not paid, including self employment, for example in a family business. Please include part time jobs only if you had been doing them for more than 8 hours per week.

Q26. Are you currently

TICK ONE BOX ONLY

Employed (including military service)
Self employed
Unemployed, looking for work
Not working because of poor health
Full-time house-person
Full time student
Retired
Other

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐

IF EMPLOYED OR SELF EMPLOYED OR A FULL TIME HOUSEPERSON GO TO Q28

27. Have you been employed in any job for three continuous months or longer since the last survey?

NO YES
☐ ☐

IF YES NOW GO TO OCCUPATIONAL MATRIX

Appendix B1 - ECRHS II Main Questionnaire

Centre number
Personal number
Sample
Date DAY MONTH YEAR

Q28. If you had more than one job in the same company, or if you were doing more than one job at the same time, we would like to talk about them separately. Please start with your current or last job.

JOB	Q28.1. What is (was) the title of your current (last) job? OCCUPATION	Q28.2. What did the firm, company or organisation do or what services did it provide? INDUSTRY	Q28.3. In what month and year did you start working in this job? MONTH YEAR	Q28.4. In what month and year did you stop working in this job? MONTH YEAR
JOB 1				
JOB 2				
JOB 3				
JOB 4				
JOB 5				
JOB 6				
JOB 7				
JOB 8				
JOB 9				
JOB 10				

29. Have any of these jobs ever made your chest tight or wheezy? NO YES
☐ ☐

IF YES, (tick no or yes for each job)

	NO	YES
Job 1?	☐	☐
Job 2?	☐	☐
Job 3?	☐	☐
Job 4?	☐	☐
Job 5?	☐	☐
Job 6?	☐	☐
Job 7?	☐	☐
Job 8?	☐	☐
Job 9?	☐	☐
Job 10?	☐	☐

30. Have you had to leave any of these jobs because they affected your breathing? NO YES
☐ ☐

IF YES, (tick no or yes for each job)

	NO	YES
Job 1?	☐	☐
Job 2?	☐	☐
Job 3?	☐	☐
Job 4?	☐	☐
Job 5?	☐	☐
Job 6?	☐	☐
Job 7?	☐	☐
Job 8?	☐	☐
Job 9?	☐	☐
Job 10?	☐	☐

31. Since the last survey have you been involved in an accident at home, work or elsewhere that exposed you to high levels of vapours, gas, dust or fumes? NO YES
☐ ☐

IF YES,

31.1 Did you experience respiratory symptoms immediately following this exposure? NO YES
☐ ☐

IF YES

31.1.1 Could you describe to me what it was? _____

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

Centres performing the extra occupational modules should at this point introduce the modular introductory questionnaire and complete modules as appropriate.

32. At what age did you complete full time education? YEARS

If full time student enter 88

33. How often do you usually exercise so much that you get out of breath or sweat? TICK ONE BOX ONLY

every day	1	☐
4-6 times a week	2	☐
2-3 times a week	3	☐
once a week	4	☐
once a month	5	☐
less than once a month	6	☐
never	7	☐

34. How many hours a week do you usually exercise so much that you get out of breath or sweat? TICK ONE BOX ONLY

none	1	☐
about 1/2 hr	2	☐
about 1 hour	3	☐
about 2-3 hours	4	☐
about 4-6 hours	5	☐
7 hours or more	6	☐

35. Do you avoid taking vigorous exercise because of wheezing or asthma? NO YES
☐ ☐

36. When was your present home built? YEAR

NO YES
☐ ☐

37. Do you live in the same home as when you were last surveyed? TIMES

IF YES GO TO QUESTION 38, IF NO

37.1. How many times have you moved since you were last surveyed? YEARS

37.2. How many years have you lived in your current home? YEARS

37.3 Where do you currently live? TICK ONE BOX ONLY

a different home, but still in the study sampling area	1	☐
outside the sampling area but still in the same country	2	☐
a different country	3	☐

37.3.1. IF A DIFFERENT COUNTRY Which country?

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

37.4 Which best describes the building in which you live? TICK ONE BOX ONLY

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| a) a mobile home or trailer? | 1 | ☐ |
| b) a one family house detached from any other house? | 2 | ☐ |
| c) a one family house attached to one or more houses? | 3 | ☐ |
| d) a building for two families? | 4 | ☐ |
| e) a building for three or four families? | 5 | ☐ |
| f) a building for five or more families? | 6 | ☐ |
| g) a boat, tent or van | 7 | ☐ |
| e) other: _____ | 8 | ☐ |

38. Does your home have any of the following?

- | | NO | YES |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 38.1 central heating | ☐ | ☐ |
| 38.2 ducted air heating (forced air heating) | ☐ | ☐ |
| 38.3 air conditioning | ☐ | ☐ |

39. Which of the following appliances do you use for heating or for hot water?

- | | NO | YES |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 39.1 open coal, coke or wood fire | ☐ | ☐ |
| 39.2 open gas fire | ☐ | ☐ |
| 39.3 electric heater | ☐ | ☐ |
| 39.4 paraffin heater | ☐ | ☐ |
| 39.5 gas-fired boiler | ☐ | ☐ |
| 39.6 oil-fired boiler | ☐ | ☐ |
| 39.7 portable gas heater | ☐ | ☐ |
| 39.8 other: _____ | ☐ | ☐ |

40. What kind of stove do you *mostly* use for cooking?

TICK ONE BOX ONLY

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| a) coal, coke or wood (solid fuel)? | 1 | ☐ |
| b) gas (gas from the mains)? | 2 | ☐ |
| c) electric? | 3 | ☐ |
| d) paraffin (kerosene)? | 4 | ☐ |
| e) microwave | 5 | ☐ |
| f) gas (gas from bottles or other non-mains source) | 6 | ☐ |
| g) other: _____ | 7 | ☐ |

40.1 IF YOU USE GAS FOR COOKING Which of the following do you have?

- | | NO | YES |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 40.1.1 gas hob | ☐ | ☐ |
| 40.1.2 gas oven | ☐ | ☐ |

41. What kind of stove was mostly used for cooking in the home you lived in when you were five years old?

TICK ONE BOX ONLY

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| a) coal, coke or wood (solid fuel)? | 1 | ☐ |
| b) gas (gas from the mains)? | 2 | ☐ |
| c) electric? | 3 | ☐ |
| d) paraffin? | 4 | ☐ |
| e) gas (gas from bottles or other non-mains source) | 5 | ☐ |
| f) don't know | 6 | ☐ |
| g) other: _____ | 7 | ☐ |

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

42. *On average* how long have you spent cooking with your stove each day over the *last four weeks*? MINUTES
43. *Over the last four weeks* when you were cooking did you have a door or window to the outside air open TICK ONE BOX ONLY
- | | | |
|---|---|--------------------------|
| a) most of the time | 1 | ☐ |
| b) some of time | 2 | ☐ |
| c) rarely (or only occasionally) | 3 | ☐ |
| d) I do not have a door or window that opens to the outside in my kitchen | 4 | ☐ |
44. Do you have an extractor fan over the cooker? NO YES DK
☐ ☐ ☐
- IF 'NO' OR 'DON'T KNOW' GO TO QUESTION 45, IF 'YES':*
- 44.1 When cooking, do you use the fan TICK ONE BOX ONLY
- | | | |
|----------------------|---|--------------------------|
| a) all of the time? | 1 | ☐ |
| b) some of the time? | 2 | ☐ |
| c) none of the time? | 3 | ☐ |
- 44.2 Does the fan take the fumes outside the house? NO YES DK
☐ ☐ ☐
45. Does the room which you use most at home during the day NO YES
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 45.1 have fitted carpets covering the whole floor? | ☐ | ☐ |
| 45.2 contain rugs? | ☐ | ☐ |
| 45.3 have double glazing? | ☐ | ☐ |
- 46 How old is the oldest carpet or rug in the room which you use most at home during the day? TICK ONE BOX ONLY
- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| a) less than one year | 1 | ☐ |
| b) 1-5 years old | 2 | ☐ |
| c) more than 5 years old | 3 | ☐ |
- 47 On what floor is the room which you use most at home during the day?
(The lowest floor of a building is 00)
48. Does your bedroom NO YES
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 48.1 have fitted carpets covering the whole floor? | ☐ | ☐ |
| 48.2 contain rugs? | ☐ | ☐ |
| 48.3 have double glazing? | ☐ | ☐ |
- 49 How old is the oldest carpet or rug in your bedroom TICK ONE BOX ONLY
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| a) less than one year | ☐ |
| b) 1-5 years old | ☐ |
| c) more than 5 years old | ☐ |

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

TICK ONE BOX ONLY

- 50 How old is your mattress
a) less than one year
b) 1-5 years old
c) more than 5 years old

- 51 What floor of the building is your bedroom on? (lowest=00)

NO	YES

52. Do you sleep with the windows open at night during winter?

--	--

IF 'NO' GO TO QUESTION 53, IF 'YES':

- 52.1 Do you sleep with the windows open
a) all of the time?
b) sometimes?
c) only occasionally?

TICK ONE BOX ONLY

1
2
3

53. Has there been any water damage to the building or its contents, for example, from broken pipes, leaks or floods?

NO YES DK

--	--	--

IF YES

- 53.1 Has there been any water damage in the last 12 months

NO YES DK

--	--	--

54. *Within the last 12 months* have you had wet or damp spots on surfaces inside your home other than in the basement (for example on walls, wall paper, ceilings or carpets)?

NO YES

--	--

55. Has there ever been any mould or mildew on any surface, other than food, inside the home?

NO YES DK

--	--	--

IF 'NO' OR 'DON'T KNOW' GO TO QUESTION 56, IF 'YES':

- 55.1-6 Which rooms have been affected?

NO YES

- 55.1.1 bathroom(s)

--	--

- 55.1.2 bedroom(s)

--	--

- 55.1.3 living area(s)

--	--

- 55.1.4 kitchen

--	--

- 55.1.5 basement or attic

--	--

- 55.1.6 other: _____

--	--

- 55.2 Has there been mould or mildew on any surfaces inside the home in the last 12 months?

NO YES

--	--

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

THOSE WHO HAVE NOT MOVED HOME SINCE LAST SURVEY (Check with response to question 37)

GO TO QUESTION 58

THOSE WHO HAVE MOVED SINCE LAST SURVEY – answer 57

57. How much were you annoyed by outdoor air pollution (from traffic, industry, etc.) in your previous home, if you kept the windows open?

	10	intolerable annoyance
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
	0	doesn't annoy at all

58. How often do cars pass your house?

- a) constantly
- b) frequently
- c) seldom
- d) never

TICK ONE BOX ONLY

1

2

3

4

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

59. How often do heavy vehicles (e.g. trucks/buses) pass your house? **TICK ONE BOX ONLY**

a) constantly	☐
b) frequently	☐
c) seldom	☐
d) never	☐

60. Have you taken any of the following measures to reduce allergen or exposure to allergen in your home since the last survey?

60.1 changed from carpet to a wooden or other smooth surface on floor of the room you use most	☐	☐
60.2 changed from carpet to a wooden or to a smooth surface on floor of your bedroom	☐	☐
60.3 bought a new carpet for the room you use most	☐	☐
60.4 bought a new carpet for your bedroom	☐	☐
60.5 used antidust-mite sprays	☐	☐
60.6 put an allergy-proof cover on your mattress	☐	☐
60.7 sold, given away or destroyed a pet dog or cat	☐	☐

61. Do you keep a cat?

IF 'NO' GO TO QUESTION 62, IF 'YES':	☐	☐
61.1 Is your cat (are your cats) allowed inside the house?	☐	☐
61.2 Is your cat (are your cats) allowed in the bedroom?	☐	☐

62. Do you keep a dog?

IF 'NO' GO TO QUESTION 63, IF 'YES':	☐	☐
62.1 Is your dog (are your dogs) allowed inside the house?	☐	☐
62.2 Is your dog (are your dogs) allowed in your bedroom?	☐	☐

63. Do you keep any birds?

IF 'NO' GO TO QUESTION 64, IF 'YES':	☐	☐
63.1 Are any of these birds kept inside the house?	☐	☐

64. Was there a cat in your home?

64.1 during your first year of life	☐	☐	☐
64.2 when you were aged 1 to 4 years	☐	☐	☐
64.3 when you were aged 5-15 years	☐	☐	☐

65. Was there a dog in your home?

65.1 during your first year of life	☐	☐	☐
65.2 when you were aged 1 to 4 years	☐	☐	☐
65.3 when you were aged 5-15 years	☐	☐	☐

66. Was there a bird in your home?

66.1 during your first year of life	☐	☐	☐
66.2 when you were aged 1 to 4 years	☐	☐	☐
66.3 when you were aged 5-15 years	☐	☐	☐

16

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

67. What term best describes the place you lived most of the time when you were under the age of five years? **TICK ONE BOX ONLY**

- | | | |
|----------------------------|---|--------------------------|
| a) farm | 1 | ☐ |
| b) village in a rural area | 2 | ☐ |
| c) small town | 3 | ☐ |
| d) suburb of a city | 4 | ☐ |
| e) inner city | 5 | ☐ |

68. When you are near animals, such as cats, dogs or horses, do you **ever**

- | | NO | YES |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 68.1 start to cough? | ☐ | ☐ |
| 68.2 start to wheeze? | ☐ | ☐ |
| 68.3 get a feeling of tightness in your chest? | ☐ | ☐ |
| 68.4 start to feel short of breath? | ☐ | ☐ |
| 68.5 get a runny or stuffy nose or start to sneeze? | ☐ | ☐ |
| 68.6 get itchy or watering eyes? | ☐ | ☐ |

69. When you are in a dusty part of the house, or near pillows or duvets do you **ever**

- | | NO | YES |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 69.1 start to cough? | ☐ | ☐ |
| 69.2 start to wheeze? | ☐ | ☐ |
| 69.3 get a feeling of tightness in your chest? | ☐ | ☐ |
| 69.4 start to feel short of breath? | ☐ | ☐ |
| 69.5 get a runny or stuffy nose or start to sneeze? | ☐ | ☐ |
| 69.6 get itchy or watering eyes? | ☐ | ☐ |

70. When you are near trees, grass or flowers, or when there is a lot of pollen about, do you **ever**

- | | NO | YES |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 70.1 start to cough? | ☐ | ☐ |
| 70.2 start to wheeze? | ☐ | ☐ |
| 70.3 get a feeling of tightness in your chest? | ☐ | ☐ |
| 70.4 start to feel short of breath? | ☐ | ☐ |
| 70.5 get a runny or stuffy nose or start to sneeze? | ☐ | ☐ |
| 70.6 get itchy or watering eyes? | ☐ | ☐ |

IF 'YES' TO ANY OF THE ABOVE:

- | 70.7.1-4 Which time of year does this happen? | NO | YES |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 70.7.1 winter | ☐ | ☐ |
| 70.7.2 spring | ☐ | ☐ |
| 70.7.3 summer | ☐ | ☐ |
| 70.7.4 autumn | ☐ | ☐ |

71. How often do you eat pre-packaged food, such as tinned food or pre-prepared frozen meals? **TICK ONE BOX ONLY**

- | | | |
|---------------------------|---|--------------------------|
| a) every day or most days | 1 | ☐ |
| b) at least once a week | 2 | ☐ |
| c) less than once a week | 3 | ☐ |

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

72 Do you take snacks between meals?	NO	YES
<i>IF 'NO' GO TO QUESTION 73, IF 'YES':</i>	☐	☐
72.1.1-3 Which of the following would you have as a snack at least once a week?	NO	YES
72.1.1 savoury biscuits or crisps	☐	☐
72.1.2 sweets, chocolates or sweet biscuits	☐	☐
72.1.3 fruit or vegetables	☐	☐
73. Have you ever had an illness or trouble caused by eating a <i>particular</i> food or foods?	NO	YES
<i>IF 'NO' GO TO QUESTION 74, IF 'YES':</i>	☐	☐
73.1 Have you nearly always had the same illness or trouble after eating this type of food?	NO	YES
<i>IF 'NO' GO TO QUESTION 74, IF 'YES':</i>	☐	☐
73.1.1 What type of food was this? [List up to 3]	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
73.1.2.1-6 Did this illness or trouble include	NO	YES
73.1.2.1 a rash or itchy skin?	☐	☐
73.1.2.2 diarrhoea or vomiting?	☐	☐
73.1.2.3 runny or stuffy nose?	☐	☐
73.1.2.4 severe headaches?	☐	☐
73.1.2.5 breathlessness?	☐	☐
73.1.2.6 other: _____	☐	☐
74. Have you ever smoked for as long as a year?	NO	YES
<i>['YES' means at least 20 packs of cigarettes or 12 oz (360 grams) of tobacco in a lifetime, or at least one cigarette per day or one cigar a week for one year]</i>	☐	☐
<i>IF 'NO' GO TO QUESTION 75, IF 'YES':</i>		
74.1 How old were you when you started smoking?	YEARS	☐
		☐
74.2 Do you <i>now</i> smoke, as of <i>one month ago</i> ?	NO	YES
<i>IF 'NO' GO TO QUESTION 74.3, IF 'YES':</i>	☐	☐
74.2.1-4 How much do you <i>now</i> smoke on average?	NUMBER	
74.2.1 number of cigarettes per day	☐	☐
74.2.2 number of cigarillos per day	☐	☐
74.2.3 number of cigars a week	☐	☐
74.2.4 pipe tobacco in a) ounces / week	☐	☐
b) grams / week	☐	☐
74.3 Have you stopped or cut down smoking?	NO	YES
	☐	☐

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

IF 'NO' GO TO QUESTION 74.4, IF 'YES':

74.3.1 how old were you when you stopped or cut down smoking? YEARS

--	--

74.3.2.1-4 **on average** of the entire time you smoked, before you stopped or cut down, how much did you smoke? NUMBER

74.3.2.1 number of cigarettes per day

74.3.2.2 number of cigarillos per day

74.3.2.3 number of cigars a week

74.3.2.4 pipe tobacco in a) ounces / week
b) grams / week

--	--

74.4 Do you or did you inhale the smoke?

NO	YES

75. Have you been **regularly** exposed to tobacco smoke in the last 12 months? [Regularly means on most days or nights]

NO	YES

IF 'NO' GO TO QUESTION 76, IF 'YES':

75.1. Not counting yourself, how many people in your household smoke regularly? NUMBER

--	--

75.2 Do people smoke regularly in the room where you work?

NO	YES

75.3 How many hours per day are you exposed to **other people's** tobacco smoke?

HOURS

75.4 Please provide more information.

How many hours per day, are you exposed to other peoples tobacco smoke in the following locations?

at home

at workplace

in bars, restaurants, cinemas or similar social settings

elsewhere

HOURS

76. Have you used any **inhaled** medicines to help your breathing at any time in the last 12 months?

NO	YES

IF NO' GO TO QUESTION 77, IF 'YES':

Which of the following have you used in the last 12 months?

76.1 **short acting beta-2-agonist inhalers**

(Please include combinations that include beta 2 and steroids in section 76.5)

76.1.1 If used, which one?

NO	YES

76.1.2 What type of inhaler do you use?

--

76.1.3. What is the dose per puff (in micrograms)?

NUMBER

76.1.4. In the last 3 months, how have you used them:

- a) when needed
- b) in short courses
- c) continuously
- d) not at all

TICK ONE BOX ONLY
1
2
3
4

If answer to 76.1.4 is when needed:

76.1.5 Number of puffs per month

NUMBER

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

If answer to 76.1.4 is in short courses

NUMBER

76.1.6 number of courses

--	--

76.1.7 number of puffs per day

--	--

76.1.8 average number of days per month

--	--

If answer to 76.1.4 is continuously

NUMBER

76.1.9 number of puffs per day

--	--

76.2 long acting beta-2-agonist inhalers

NO YES
☐ ☐

(Please include combinations that include beta 2 and steroids in section 76.5)

76.2.1 If used, which one? _____

--

76.2.2 What type of inhaler do you use?

NUMBER

76.2.3. What is the dose per puff (in micrograms)?

--	--

76.2.4. In the last 3 months, how have you used them:

TICK ONE BOX ONLY

a) when needed

1

b) in short courses

2

c) continuously

3

d) not at all

4

If answer to 76.2.4 is when needed:

NUMBER

76.2.5 Number of puffs per month

--	--

If answer to 76.2.4 is in short courses

NUMBER

76.2.6 number of courses

--	--

76.2.7 number of puffs per day

--	--

76.2.8 average number of days per month

--	--

If answer to 76.2.4 is continuously

NUMBER

76.2.9 number of puffs per day

--	--

76.3 non-specific adrenoreceptor agonist inhalers

NO YES
☐ ☐

76.3.1 If used, which one? _____

--

76.4 anti-muscarinic inhalers

NO YES
☐ ☐

76.4.1 If used, which one? _____

--

76.4.2 What type of inhaler do you use?

--

76.4.3. What is the dose per puff (in micrograms)?

NUMBER

--	--

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

76.4.4. In the last 3 months, how have you used them: TICK ONE BOX ONLY

a) when needed ☐ 1

b) in short courses ☐ 2

c) continuously ☐ 3

d) not at all ☐ 4

If answer to 76.4.4 is when needed:

76.4.5 Number of puffs per month NUMBER

If answer to 76.4.4 is in short courses:

76.4.6 number of courses NUMBER

76.4.7 number of puffs per day

76.4.8 average number of days per month

If answer to 76.4.4 is continuously:

76.4.9 number of puffs per day NUMBER

76.5 inhaled steroids

(if combined B2 and steroid please insert inhaled steroid dose)

76.5.1 If used, which one? ☐ NO ☐ YES

76.5.2 What type of inhaler do you use?

76.5.3. What is the dose per puff (in micrograms)? NUMBER

76.5.4. In the last 3 months, how have you used them: TICK ONE BOX ONLY

a) when needed ☐ 1

b) in short courses ☐ 2

c) continuously ☐ 3

d) not at all ☐ 4

If answer to 76.5.4 is when needed:

76.5.5 Number of puffs per month NUMBER

If answer to 76.5.4 is in short courses:

76.5.6 number of courses NUMBER

76.5.7 number of puffs per day

76.5.8 average number of days per month

If answer to 76.5.4 is continuously:

76.5.9 number of puffs per day NUMBER

76.6 inhaled cromoglycate/nedocromil

76.6.1 If used, which one? ☐ NO ☐ YES

76.6.2. What is the dose per puff (in milligrams)? NUMBER

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

76.6.3. In the last 3 months, how have you used them: TICK ONE BOX ONLY

- a) when needed ☐ 1 ☐
- b) in short courses ☐ 2 ☐
- c) continuously ☐ 3 ☐
- d) not at all ☐ 4 ☐

If answer to 76.6.3 is when needed:

76.6.4 Number of puffs per month

NUMBER

If answer to 76.6.3 is in short courses:

76.6.5 number of courses

NUMBER

76.6.6 number of puffs per day

76.6.7 average number of days per month

If answer to 76.6.3 is continuously:

76.6.8 number of puffs per day

NUMBER

76.7 inhaled compounds

NO YES

☐ ☐

76.7.1 If used, which one? _____

☐ ☐

76.7.2 What type of inhaler do you use?

NUMBER

76.7.3. What is the dose per puff (in micrograms)?

77. Have you used any **pills, capsules, tablets or medicines**, other than inhaled medicines, to help your breathing at any time in the last **12 months**?

NO YES

☐ ☐
IF 'NO' GO TO QUESTION 78, IF 'YES':Which of the following have you used in the last **12 months**?

NO YES

☐ ☐

77.1 oral beta-2-agonists

77.1.1 If used, which one? _____

☐ ☐

77.1.2 what dose of tablet

☐ ☐

77.1.3. In the last 3 months, how have you used them: TICK ONE BOX ONLY

- a) when needed ☐ 1 ☐
- b) in short courses ☐ 2 ☐
- c) continuously ☐ 3 ☐
- d) not at all ☐ 4 ☐

If answer to 77.1.3 is when needed:

77.1.4 number of tablets per month

NUMBER

If answer to 77.1.3 is in short courses:

77.1.5 number of courses

NUMBER

77.1.6 tablets per day

77.1.7 average number of days per month

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

If answer to 77.1.3 is continuously

77.1.8 tablets per day

NUMBER

--	--

NO YES

--	--

77.2 oral methylxanthines

77.2.1 if used, which one? _____

77.2.2 what dose of tablet _____

--	--	--

77.2.3. In the last 3 months, how have you used them:

- a) when needed
- b) in short courses
- c) continuously
- d) not at all

TICK ONE BOX ONLY

1	
2	
3	
4	

If answer to 77.2.3 is when needed:

77.2.4 number of tablets per month

NUMBER

--	--

If answer to 77.2.3 is in short courses

77.2.5 number of courses

77.2.6 tablets per day

77.2.7 average number of days per month

NUMBER

--	--

--	--

--	--

If answer to 77.2.3 is continuously

77.2.8 tablets per day

NUMBER

--	--

77.3 oral steroids

NO YES

--	--

77.3.1 If used, which one? _____

77.3.2 what dose of tablet _____

--	--	--

77.3.3. In the last 12 months, how have you used them:

- a) when needed
- b) in short courses
- c) continuously

TICK ONE BOX ONLY

1	
2	
3	

If answer to 77.3.3 is when needed:

77.3.4 number of tablets per month

NUMBER

--	--

If answer to 77.3.3 is in short courses

77.3.5 number of courses

77.3.6 tablets per day

77.3.7 average number of days per month

NUMBER

--	--

--	--

--	--

If answer to 77.3.3 is continuously

77.3.8 tablets per day

NUMBER

--	--

77.3.9. Have you used them in the last 3 months?

NO YES

--	--

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

77.4 oral anti-leukotrienes

NO YES
☐ ☐

77.4.1 If used, which one? _____
 77.4.2 what dose of tablet ☐ ☐ ☐ ☐

77.4.3. In the last 3 months, how have you used them: TICK ONE BOX ONLY

- a) when needed 1 ☐
 b) in short courses 2 ☐
 c) continuously 3 ☐
 d) not at all 4 ☐

If answer to 77.4.3 is when needed: NUMBER

77.4.4 number of tablets per month ☐ ☐

If answer to 77.4.3 is in short courses NUMBER

77.4.5 number of courses ☐ ☐

77.4.6 tablets per day ☐ ☐

77.4.7 average number of days per month ☐ ☐

If answer to 77.4.3 is continuously NUMBER

77.4.8 tablets per day ☐ ☐

77.5 ketotifen

NO YES
☐ ☐

77.5.1 If used, which one? _____
 77.5.2 what dose of tablet ☐ ☐

77.5.3. In the last 3 months, how have you used them: TICK ONE BOX ONLY

- a) when needed 1 ☐
 b) in short courses 2 ☐
 c) continuously 3 ☐
 d) not at all 4 ☐

If answer to 77.5.3 is when needed: NUMBER

77.5.4 number of tablets per month ☐ ☐

If answer to 77.5.3 is in short courses NUMBER

77.5.5 number of courses ☐ ☐

77.5.6 tablets per day ☐ ☐

77.5.7 average number of days per month ☐ ☐

If answer to 77.5.3 is continuously NUMBER

77.5.8 tablets per day ☐ ☐

78. Since the last survey have you ever used inhaled steroids (show list)?

IF NO GO TO QUESTION 79

78.1. How old were you when you first started to use inhaled steroids? YEARS

NO YES
☐ ☐
 YEARS
☐ ☐

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

78.2. Have you used inhaled steroids *every year* since the last survey? NO YES
☐ ☐
IF NO GO TO QUESTION 78.3, IF YES
 78.2.1. On average how many months each year have you taken them? MONTHS

NOW GO TO Q79
 78.3 How many of the years since the last survey have you taken inhaled steroids? YEARS

 78.4. On average how many months of each of these years have you taken them? MONTHS

 79. Have you been vaccinated for allergy since the last survey? NO YES DK
☐ ☐ ☐
IF 'NO' OR 'DON'T KNOW' GO TO QUESTION 80, IF 'YES':
 79.1 Have you been vaccinated for allergy in the last 12 months? NO YES
☐ ☐
 80. Have you had any other **injections** to help your breathing at any time in the last 12 months? NO YES
☐ ☐
IF 'NO' GO TO QUESTION 81, IF 'YES':
 80.1 What injections?

 81. Have you had any suppositories to help your breathing at any time in the last 12 months? NO YES
☐ ☐
IF 'NO' GO TO QUESTION 82, IF 'YES':
 81.1 What suppositories?

 82. Have you used any other **remedies** to help your breathing at any time in the last 12 months? NO YES
☐ ☐
IF 'NO' GO TO QUESTION 83 IF 'YES':
 82.1. What remedies?

 83. Has your doctor ever prescribed medicines, including inhalers, for your breathing? NO YES
☐ ☐
IF 'NO' GO TO QUESTION 84, IF 'YES':
 83.1 If you are prescribed medicines for your breathing, do you *normally* take
 TICK ONE BOX ONLY
 a) all of the medicine? 1 ☐
 b) most of the medicine? 2 ☐
 c) some of the medicine? 3 ☐
 d) none of the medicine? 4 ☐

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

83.2 *When your breathing gets worse*, and you are prescribed medicines for your breathing, do you normally take **TICK ONE BOX ONLY**

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| a) all of the medicine? | 1 | ☐ |
| b) most of the medicine? | 2 | ☐ |
| c) some of the medicine? | 3 | ☐ |
| d) none of the medicine? | 4 | ☐ |

83.3 Do you think it is bad for you to take medicines all the time to help your breathing? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

83.4 Do you think you should take as much medicine as you need to get rid of *all* your breathing problems? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

84. Since the last survey have you visited a hospital casualty department or emergency room because of breathing problems? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

IF NO GO TO Q85, IF YES

84.1 Have you visited a hospital casualty department or emergency room because of breathing problems in the *last 12 months*? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

IF NO GO TO Q85, IF YES

84.1.1 Was this due to asthma, shortness of breath or wheezing? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

84.1.2 How many times *in the last 12 months*? **TIMES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

85. Since the last survey have you spent a night in hospital because of breathing problems? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

IF NO GO TO Q86, IF YES

85.1 Have you spent a night in hospital because of breathing problems in the *last 12 months*? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

IF NO GO TO Q86, IF YES

85.1.1 Was this due to asthma, shortness of breath or wheezing? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

85.1.2 How many nights have you spent on each of the following types of ward in the *last 12 months*? **NUMBER**

General	☐	☐
Chest medicine	☐	☐
Rehabilitation	☐	☐
Intensive care unit	☐	☐
Other	☐	☐

86. Since the last survey have you been seen by a doctor because of breathing problems or because of shortness of breath? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

IF NO GO TO Q87, IF YES

86.1 Have you been seen by a general practitioner because of breathing problems or shortness of breath in the *last 12 months*? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

IF NO GO TO Q86.4, IF YES

86.2 Was this due to asthma, shortness of breath or wheezing? **NO YES**

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

86.3 How many times have you been seen by your general practitioner because of breathing problems or shortness of breath in each of these locations over the last 12 months?

at home (excluding emergency visits)	NUMBER				
in his surgery	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
at home in an emergency	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
at another location	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

86.4 Have you seen a specialist (chest physician, allergy specialist, internal medicine specialist, ENT doctor) because of your breathing problems or shortness of breath *in the last 12 months*?

NO	YES
☐	☐

IF NO GO TO Q87 IF YES

86.4.1 How many times?

NUMBER				
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

87. Are you given regular appointments to be seen by a doctor (or nurse) for your asthma, wheezing or shortness of breath?

NO	YES
☐	☐

IF NO GO TO Q88 IF YES

87.1 Are you given regular appointments with a hospital doctor?

NO	YES
☐	☐

87.2 Are you given regular appointments with your general practitioner?

NO	YES
☐	☐

87.3. Are you given regular appointments with a nurse?

NO	YES
☐	☐

88. How many times have you visited the following because of breathing problems or shortness of breath *in the last 12 months*?

88.1 nurse	NUMBER				
88.2 physiotherapist	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
88.3 practitioner of 'alternative' medicine	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

89. Have you had any clinical or laboratory tests because of asthma wheezing or shortness of breath *in the last 12 months*?

NO	YES
☐	☐

IF NO GOT Q90 IF YES

89.1. How many times have you had the following *in the last 12 months*?

Breathing test in a laboratory specially for lung function measures	NUMBER				
Skin test for allergy	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
Blood test for allergy	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
x-rays	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

90. Are you currently working?

NO	YES
☐	☐

IF NO GO TO Q90.2 IF YES

90.1. How many days of work have you lost because of asthma, shortness of breath or wheezing in the last 12 months?

NUMBER						
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

90.2. Were you forced to **give up working** because of asthma, wheezing or shortness of breath in the last 12 months?

NO	YES
☐	☐

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire			
IF NO GO TO 91. IF YES		DAY	MONTH YEAR
91.2.1. When?			
91. Have there been any days when you have had to give up activities other than work (e.g. looking after children, the house, studying) because of your asthma, wheezing or shortness of breath in the last 12 months ?		NO	YES
IF NO YOU HAVE FINISHED THE QUESTIONNAIRE IF YES			
91.2. How many days on average each month?		M	F
Subjects Gender			
Subjects Date of Birth		DAY	MONTH YEAR
INTERVIEW TYPE?		TICK ONE BOX ONLY	
a) At centre face to face		1	☐
b) At home face to face		2	☐
c) By telephone		3	☐
d) Self completed at home		4	☐
END		FIELDWORKER NUMBER	

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Krzych-Fałta E, Wojas O, Raciborski F, Tomaszewska A, Samel-Kowalik P, Furmańczyk K, Siński E, Bednarska M, Rabczenko D, Samoliński B The effect of infectious agents on the prevalence of allergies. Adv Med Sci. 2021 Sep;66(2):424-31. doi: 10.1016/j.advms.2021.08.002. - Wojas O, Arcimowicz M, Furmańczyk K, Sybilski A, Raciborski F, Tomaszewska A, Walkiewicz A, Samel-Kowalik P, Samoliński B, Krzych-Fałta E. The relationship between nasal polyps, bronchial asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis, and non-allergic rhinitis. Postepy Dermatol Alergol. 2021 Aug;38(4):650-6. doi: 10.5114/ada.2020.94400. - Krzych-Fałta E, Furmańczyk K, Piekarska B, Raciborski F, Tomaszewska A, Walkiewicz A, Samel-Kowalik P, Borowicz J, Namysłowski A, Samoliński BK. Extent of protective or allergy-inducing effects in cats and dogs. Ann Agric Environ Med. 2018 Jun 20;25(2):268-73. doi: 10.26444/aaem/80596. - Krzych-Fałta E, Furmańczyk K, Tomaszewska A, Olejniczak D, Samoliński B, Samolińska-Zawisza U. Probiotics: Myths or facts about their role in allergy prevention. Adv Clin Exp Med. 2018 Jan;27(1):119-24. doi: 10.17219/acem/65476. - Piekarska B, Furmańczyk K, Jaworski S, Stankiewicz-Choroszuca B, Krzych-Fałta E, Białoszewski AZ, Kłak A, Samoliński BK. Building age, type of indoor heating and the occurrence of allergic rhinitis and asthma. Postepy Dermatol Alergol. 2020 Feb;37(1):81-5. doi: 10.5114/ada.2019.85288. - Krzych-Fałta E, Lisiecka-Biełanowicz M, Furmańczyk K, Piekarska B, Wojas O, Samoliński B. Organizational model for the management of patients with chronic allergic conditions. Postepy Dermatol Alergol. 2019 Jun;36(3):339-45. doi: 10.5114/ada.2019.84288. - Kłak A, Raciborski F, Krzych-Fałta E, Opoczyńska-Świeżewska D, Szymański J, Lipiec A, Piekarska B, Sybilski A, Tomaszewska A, Samoliński B. Persons with allergy symptoms use alternative medicine more often. Pneumonol Alergol Pol. 2016;84(5):251-7. doi: 10.5603/PiAP.2016.0031.

	8. Raciborski F, Bousquet J, Bousquet J, Namysłowski A, Krzych-Fałta E, Tomaszewska A, Piekarska B, Samel-Kowalik P, Białoszewski AZ, Walkiewicz A, Lipiec A, Wojas O, Samoliński K, Szylling A, Zieliński W, Sybilski A, Grąbczewska A, Samoliński B. Dissociating polysensitization and multimorbidity in children and adults from a Polish general population cohort. Clin Transl Allergy. 2019 Feb 11;9:4. doi: 10.1186/s13601-019-0246-y. 9. Piekarska B, Sybilski AJ, Krzych-Fałta E, Furmańczyk K, Jaworski S, Białoszewski AZ, Stankiewicz-Choroszucha BL, Kłak A, Lipiec A, Samoliński BK. Effect of indoor air quality on the development of rhinitis in an urban population in Poland. Allergy Asthma Proc. 2018 Nov 1;39(6):e71-e77. doi: 10.2500/aap.2018.39.4177. 10. Lipiec A, Wawrzyniak ZM, Sybilski AJ, Samolińska-Zawisza U, Krzych-Fałta E, Piekarska B, Dulny G, Stankiewicz-Choroszucha B, Raciborski F, Samoliński B. The association between paracetamol use and the risk of asthma, rhinitis and eczema in the Polish population. Ann Agric Environ Med. 2018 Sep 25;25(3):428-32. doi: 10.2644/aaem/86336.
--	---

Grupa skal	ALERGOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO ALERGOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.A.2. Międzynarodowe Badania nad Astmą i Alergią u Dzieci	
Nazwa skali w języku angielskim	International Study of Asthma and Allergies in Childhood	
Skrót	ISAAC	
Wersja skali	<u>Właściwa</u> Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F, Mitchell EA, Pearce N, Sibbald B, Stewart AW.
	Rok publikacji	1995
	Źródło	Asher M I, Keil U, Anderson H R, Beasley R, Crane J, Martinez F, Mitchell E A, Pearce N, Sibbald B, Stewart A W. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. Eur Respir J. 1995 Mar;8(3):483-91.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Samoliński B, Sybilski AJ, Raciborski F, Tomaszewska A, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Lusawa A, Borowicz J, Gutowska-Slesik J, Trzpił L, Marszałkowska J, Jakubik N, Krzych E, Komorowski J, Lipiec A, Gotlib T, Samolińska-Zawisza U, Hałat Z.
	Rok publikacji	2009
	Źródło	Samoliński B, Sybilski AJ, Raciborski F, Tomaszewska A, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Lusawa A, Borowicz J, Gutowska-Slesik J, Trzpił L, Marszałkowska J, Jakubik N, Krzych E, Komorowski J, Lipiec A, Gotlib T, Samolińska-Zawisza U, Hałat Z. Prevalence of rhinitis in Polish population according to the ECAP (Epidemiology of Allergic Disorders in Poland) study. Otolaryngol Pol. 2009 Jul-Aug;63(4):324-30. doi: 10.1016/s0030-6657(09)70135-0.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Choroby alergiczne
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak kryteriów wejściowych

	Struktura skali	Pytania zamknięte
	Orientacyjny czas badania	30-40 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ocena czynników ryzyka chorób alergicznych, stanu zdrowia w obszarach bio-psycho-społecznych populacji narażonej (dzieci w wieku 6-7 lat, 13-14 lat) i z rozpoznaną chorobą alergiczną: alergicznym nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, astmą, pokrzywką, atopowym zapaleniem skóry, alergią pokarmową i ocena stopnia kontroli choroby [1-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	6 – 7 rż, 13 – 14 rż., okres wczesnoszkolny i szkolny
	Miejsce badanych	Środowisko domowe ankietowanego, POZ, szpital
	Stan badanych	Grupa ryzyka, chorzy – alergicy
	Sytuacje	Zdrowy/chory
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? przeszkoleni ankieterzy, pielęgniarki, lekarze	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		zgoda autorów
Klucz do skali/interpretacja wyników	Analiza zbiorcza w oparciu o narzędzia statystyczne	

Formularz kwestionariusz w wersji papierowej lub dostosowana do wersji on-line: papierowa/on-line (PDA) – wymagana jest zgoda autorów

8. Study instruments for 6/7 year olds

8.1 Instructions for completing questionnaire and demographic questions

Examples of instructions for completing questionnaire and demographic questions are given below.

The content of the questionnaires is fixed. (see pages 72–73 for office use only 'bones example')

On this sheet are questions about your child's name, school, and birth dates. Please write your answers to these questions in the space provided.

All other questions require you to tick your answer in a box. If you make a mistake put a cross in the box and tick the correct answer. Tick only one option unless otherwise instructed.

Examples of how to mark questionnaires: Age years

To answer Yes/No, put a tick in the appropriate box as per example

YES	NO
☐	☒

SCHOOL:

TODAY'S DATE:
Day Month Year

CHILD'S NAME:

CHILD'S AGE:
years

CHILD'S DATE OF BIRTH:
Day Month Year

(Tick all your answers for the rest of the questionnaire)

Is your child a: MALE FEMALE
☐ ☐

Optional questions on ethnicity here

8.2 Core questionnaire for asthma

8.2.1 Questionnaire for 6/7 year olds (strongly recommended)

- 1 Has your child ever had wheezing or whistling in the chest at any time in the past?
- Yes ☐
- No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 2 Has your child had wheezing or whistling in the chest in the past 12 months?
- Yes ☐
- No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 3 How many attacks of wheezing has your child had in the past 12 months?
- None ☐
- 1 to 3 ☐
- 4 to 12 ☐
- More than 12 ☐

- 4 In the past 12 months, how often, on average, has your child's sleep been disturbed due to wheezing?
- Never woken with wheezing ☐
- Less than one night per week ☐
- One or more nights per week ☐

- 5 In the past 12 months, has wheezing ever been severe enough to limit your child's speech to only one or two words at a time between breaths?
- Yes ☐
- No ☐

- 6 Has your child ever had asthma?
- Yes ☐
- No ☐

- 7 In the past 12 months, has your child's chest sounded wheezy during or after exercise?
- Yes ☐
- No ☐

- 8 In the past 12 months, has your child had a dry cough at night, apart from a cough associated with a cold or chest infection?
- Yes ☐
- No ☐

8.3 Core questionnaire for rhinitis

8.3.1 Questionnaire for 6/7 year olds (strongly recommended)

- 1 Has your child ever had a problem with sneezing, or a runny, or blocked nose when he/she DID NOT have a cold or the flu? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 2 In the past 12 months, has your child had a problem with sneezing, or a runny, or blocked nose when he/she DID NOT have a cold or the flu? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 3 In the past 12 months, has this nose problem been accompanied by itchy-watery eyes? Yes ☐
No ☐

- 4 In which of the past 12 months did this nose problem occur? (Please tick any which apply)

January ☐	May ☐	September ☐
February ☐	June ☐	October ☐
March ☐	July ☐	November ☐
April ☐	August ☐	December ☐

- 5 In the past 12 months, how much did this nose problem interfere with your child's daily activities?:
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Not at all | ☐ |
| A little | ☐ |
| A moderate amount | ☐ |
| A lot | ☐ |

- 6 Has your child ever had hayfever? Yes ☐
No ☐

8.4 Core questionnaire for eczema

8.4.1 Questionnaire for 6/7 year olds (strongly recommended)

- 1 Have your child ever had an itchy rash which was coming and going for at least six months? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 7

- 2 Has your child had this itchy rash at any time in the past 12 months? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 7

- 3 Has this itchy rash at any time affected any of the following places: Yes ☐
No ☐
the folds of the elbows, behind the knees,
in front of the ankles, under the buttocks,
or around the neck, ears or eyes?

- 4 At what age did this itchy rash first occur? Under 2 years ☐
Age 2-4 years ☐
Age 5 or more ☐

- 5 Has this rash cleared completely at any time during the past 12 months? Yes ☐
No ☐

- 6 In the past 12 months, how often, on average, has your child been kept awake at night by this itchy rash?
Never in the past 12 months ☐
Less than one night per week ☐
One or more nights per week ☐

- 7 Has your child ever had eczema? Yes ☐
No ☐

7. Study instruments for 13/14 year olds

7.1 Instructions for completing questionnaire and demographic questions

Examples of instructions for completing questionnaires and demographic questions are given below. **The questionnaire content is fixed.** (see pages 72–73 for office use only 'boxes example')

On this sheet are questions about your name, school, and birth dates. Please write your answers to these questions in the space provided.

All other questions require you to tick your answer in a box. If you make a mistake put a cross in the box and tick the correct answer. Tick only one option unless otherwise instructed.

Examples of how to mark questionnaires: Age
years

To answer Yes/No, put a tick in the appropriate box as per example

YES	NO
☐	☒

SCHOOL:

TODAY'S DATE:
Day Month Year

YOUR NAME:

YOUR AGE:
years

YOUR DATE OF BIRTH:
Day Month Year

(Tick all your answers for the rest of the questionnaire)

Are you: MALE FEMALE
☐ ☐

Optional questions on ethnicity here

7.2 Core questionnaire for asthma

7.2.1 Questionnaire for 13/14 year olds

- 1 Have you ever had wheezing or whistling in the chest at any time in the past? Yes ☐ No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 2 Have you had wheezing or whistling in the chest in the past 12 months? Yes ☐ No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 3 How many attacks of wheezing have you had in the past 12 months? None ☐ 1 to 3 ☐ 4 to 12 ☐ More than 12 ☐

- 4 In the past 12 months, how often, on average, has your sleep been disturbed due to wheezing? Never woken with wheezing ☐ Less than one night per week ☐ One or more nights per week ☐

- 5 In the past 12 months, has wheezing ever been severe enough to limit your speech to only one or two words at a time between breaths? Yes ☐ No ☐

- 6 Have you ever had asthma? Yes ☐ No ☐

- 7 In the past 12 months, has your chest sounded wheezy during or after exercise? Yes ☐ No ☐

- 8 In the past 12 months, have you had a dry cough at night, apart from a cough associated with a cold or chest infection? Yes ☐ No ☐

7.3 Core questionnaire for rhinitis

7.3.1 Questionnaire for 13/14 year olds

All questions are about problems which occur when you DO NOT have a cold or the flu.

- 1 Have you ever had a problem with sneezing, or a runny, or blocked nose when you DID NOT have a cold or the flu? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 2 In the past 12 months, have you had a problem with sneezing, or a runny, or blocked nose when you DID NOT have a cold or the flu? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 3 In the past 12 months, has this nose problem been accompanied by itchy-watery eyes? Yes ☐
No ☐

- 4 In which of the past 12 months did this nose problem occur? (Please tick any which apply)

January ☐	May ☐	September ☐
February ☐	June ☐	October ☐
March ☐	July ☐	November ☐
April ☐	August ☐	December ☐

- 5 In the past 12 months, how much did this nose problem interfere with your daily activities?:
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Not at all | ☐ |
| A little | ☐ |
| A moderate amount | ☐ |
| A lot | ☐ |

- 6 Have you ever had hayfever? Yes ☐
No ☐

7.4 Core questionnaire for eczema

7.4.1 Questionnaire for 13/14 year olds

- 1 Have you ever had an itchy rash which was coming and going for at least six months? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 2 Have you had this itchy rash at any time in the past 12 months? Yes ☐
No ☐

IF YOU HAVE ANSWERED "NO" PLEASE SKIP TO QUESTION 6

- 3 Has this itchy rash at any time affected any of the following places: Yes ☐
No ☐
the folds of the elbows, behind the knees,
in front of the ankles, under the buttocks,
or around the neck, ears or eyes?

- 4 Has this rash cleared completely at any time during the past 12 months? Yes ☐
No ☐

- 5 In the past 12 months, how often, on average, have you been kept awake at night by this itchy rash?
Never in the past 12 months ☐
Less than one night per week ☐
One or more nights per week ☐

- 6 Have you ever had eczema? Yes ☐
No ☐

7.5 ISAAC International Video Questionnaire answer sheet

If the video questionnaire is included with the core questionnaires, the demographic details will have been put onto the front of the questionnaire. If the video questionnaire is administered separately, the demographic questions will need to be added to this section.

SCENE ONE:	The first scene is of a young person at rest.		
QUESTION ONE:	Has your breathing been like this, at any time in your life?	YES	NO
if YES:	has this happened in the past year?	YES	NO
if YES:	has this happened one or more times a month?	YES	NO
SCENE TWO:	The second scene is of two young people exercising. One is in a dark shirt and the other is in a white shirt.		
QUESTION TWO:	Has your breathing been like the boy's in the dark shirt during or following exercise at any time in your life?	YES	NO
if YES:	has this happened in the past year?	YES	NO
if YES:	has this happened one or more times a month?	YES	NO
SCENE THREE:	The third scene is of a young person waking at night.		
QUESTION THREE:	Have you been woken at night like this at any time in your life?	YES	NO
if YES:	has this happened in the past year?	YES	NO
if YES:	has this happened one or more times a month?	YES	NO
SCENE FOUR:	The fourth scene is also of a young person waking at night.		
QUESTION FOUR:	Have you been woken at night like this at any time in your life?	YES	NO
if YES:	has this happened in the past year?	YES	NO
if YES:	has this happened one or more times a month?	YES	NO
SCENE FIVE:	The final scene is of another person at rest.		
QUESTION FIVE:	Has your breathing been like this at any time in your life?	YES	NO
if YES:	has this happened in the past year?	YES	NO
if YES:	has this happened one or more times a month?	YES	NO

7.6. Video questionnaire verbal instructions
(see page 83 for detailed guidelines)

Instructions to be read out once the video is running:

*THIS IS A VIDEO QUESTIONNAIRE WHICH IS BEING SEEN BY YOUNG PEOPLE ALL OVER THE WORLD.

IT IS DESIGNED TO ASK YOU QUESTIONS ABOUT YOUR BREATHING.

YOU WILL BE SHOWN SOME SCENES OF YOUNG PEOPLE IN DIFFERENT SITUATIONS, FROM DIFFERENT COUNTRIES.

AFTER EACH SCENE, SOME NUMBERED QUESTIONS WILL BE READ OUT TO YOU.

TICK YES OR NO.

PLEASE ANSWER THE QUESTIONS AS YOU GO.

*THE FIRST SCENE IS OF A YOUNG PERSON AT REST.

(First scene comes on here)

*QUESTION 1. HAS YOUR BREATHING BEEN LIKE THIS AT ANY TIME IN YOUR LIFE?

IF YES, HAS THIS HAPPENED IN THE PAST YEAR?

IF YES, HAS THIS HAPPENED ONE OR MORE TIMES A MONTH?

*THE SECOND SCENE IS OF TWO YOUNG PEOPLE AFTER EXERCISE. ONE IS IN A DARK SHIRT, AND ONE IS IN A LIGHT SHIRT.

(Second scene comes on here)

*QUESTION 2. HAS YOUR BREATHING BEEN LIKE THE BOY'S IN THE DARK SHIRT FOLLOWING EXERCISE AT ANY TIME IN YOUR LIFE?

IF YES, HAS THIS HAPPENED IN THE PAST YEAR?

IF YES, HAS THIS HAPPENED ONE OR MORE TIMES A MONTH?

*THE THIRD SCENE IS OF A YOUNG PERSON WAKING AT NIGHT.

LIFE?

IF YES, HAS THIS HAPPENED IN THE PAST YEAR?

IF YES, HAS THIS HAPPENED ONE OR MORE TIMES A MONTH?

*THE FOURTH SCENE IS ALSO OF A YOUNG PERSON WAKING AT NIGHT.

(Fourth scene comes on here)

*QUESTION 4. HAVE YOU BEEN WOKEN AT NIGHT LIKE THIS AT ANY TIME IN YOUR LIFE?

IF YES, HAS THIS HAPPENED IN THE PAST YEAR?

IF YES, HAS THIS HAPPENED ONE OR MORE TIMES A MONTH?

*THE FINAL SCENE IS OF ANOTHER PERSON AT REST.

(Fifth scene comes on here)

*QUESTION 5. HAS YOUR BREATHING BEEN LIKE THIS AT ANY TIME IN YOUR LIFE?

IF YES, HAS THIS HAPPENED IN THE PAST YEAR?

IF YES, HAS THIS HAPPENED ONE OR MORE TIMES A MONTH?

*THANK YOU FOR TAKING PART IN THIS PROJECT.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Krzych-Fałta E, Furmańczyk K, Tomaszewska A, Olejniczak D, Samoliński B, Samolińska-Zawisza U. Probiotics: Myths or facts about their role in allergy prevention. Adv Clin Exp Med. 2018 Jan;27(1):119-24. doi: 10.17219/acem/65476. 2. Namysłowski A, Lipiec A, Zieliński W, Raciborski F, Tomaszewska A, Walkiewicz A, Samel-Kowalik P, Wojas O, Piekarska B, Samoliński B. Stimulation of an immune system by different types of allergens causes seasonal (late spring and summer) factors to increase probability of allergic rhinitis symptoms. The Epidemiology of Allergic Diseases in Poland (ECAP) survey: part two. Postepy Dermatol Alergol. 2021 Jun;38(3):384-8. doi: 10.5114/ada.2021.107925. 3. Piekarska B, Furmańczyk K, Jaworski S, Stankiewicz-Choroszucha B, Krzych-Fałta E, Białoszewski AZ, Kłak A, Samoliński BK. Building age, type of indoor heating and the occurrence of allergic rhinitis and asthma. Postepy Dermatol Alergol. 2020 Feb;37(1):81-5. doi: 10.5114/ada.2019.85288. 4. Raciborski F, Kłak A, Czarnecka-Operacz M, Jenerowicz D, Sybilski A, Kuna P, Samoliński B, Wg E. Epidemiology of urticaria in Poland - nationally representative survey results. Postepy Dermatol Alergol. 2018 Feb;35(1):67-73. doi: 10.5114/ada.2018.73165. 5. Sybilski AJ, Zalewska M, Furmańczyk K, Lipiec A, Krzych-Fałta E, Samoliński B. The prevalence of sensitization to inhalant allergens in children with atopic dermatitis. Allergy Asthma Proc. 2015 Sep-Oct;36(5):e81-5. doi: 10.2500/aap.2015.36.3882. 6. Sybilski AJ, Raciborski F, Lipiec A, Tomaszewska A, Lusawa A, Furmańczyk K, Krzych-Fałta E, Komorowski J, Samoliński B. Obesity--a risk factor for asthma, but not for atopic dermatitis, allergic rhinitis and sensitization. Public Health Nutr. 2015 Feb;18(3):530-6. doi: 10.1017/S1368980014000676.

7.	Krzych-Fałta E, Furmańczyk K, Lisiecka-Bielanowicz M, Sybilski A, Tomaszewska A, Raciborski F, Wojas O, Walkiewicz A, Samel-Kowalik P, Samoliński B. The effect of selected risk factors, including the mode of delivery, on the development of allergic rhinitis and bronchial asthma. <i>Postepy Dermatol Alergol.</i> 2018 Jun;35(3):267-73. doi: 10.5114/ada.2018.76222.
8.	Sybilski AJ, Raciborski F, Lipiec A, Tomaszewska A, Lusawa A, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Krzych E, Komorowski J, Samoliński B. Atopic dermatitis is a serious health problem in Poland. Epidemiology studies based on the ECAP study. <i>Postepy Dermatol Alergol.</i> 2015 Feb;32(1):1-10. doi: 10.5114/pdia.2014.40935.
9.	Ponińska JK, Samoliński B, Tomaszewska A, Raciborski F, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Lipiec A, Piekarska B, Krzych-Fałta E, Namysłowski A, Kostrzewa G, Pawlik A, Jasek M, Wiśniewski A, Kuśnierczyk P, Majewski S, Płoski R. Haplotype dependent association of rs7927894 (11q13.5) with atopic dermatitis and chronic allergic rhinitis: A study in ECAP cohort. <i>PLoS One.</i> 2017 Sep 8;12(9):e0183922. doi: 10.1371/journal.pone.0183922.
10.	Sybilski AJ, Lusawa A, Lipiec A, Piekarska B, Raciborski F, Krzych-Fałta E, Tomaszewska A, Samoliński B. The effects of disease awareness on lifestyle changes and the use of preventive measures in asthma patients. <i>Allergy Asthma Proc.</i> 2015 Mar-Apr;36(2):e14-22. doi: 10.2500/aap.2015.36.3822.

Grupa skal	ALERGOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO ALERGOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.A.3. Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego	
Nazwa skali w języku angielskim	St. George Respiratory Questionnaire	
Skrót	(SGRQ)	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P.
	Rok publikacji	1991 i 2000
	Źródło	Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St. George's Respiratory Questionnaire. <i>Resp Med</i> 1991;85:2531. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. <i>Am Rev Respir Dis</i> 1992;145:1321-1327. Barr JT, Schumacher GE, Freeman S, LeMoine M, Bakst AW, Jones PW. American translation, modification, and validation of the St. George's Respiratory Questionnaire. <i>Clin Ther.</i> 2000 Sep, 22(9):1121-45.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	1.Kuźniar T, Patkowski J, Liebhart J i Chełmińska M, Werachowska L, Niedożytko M, 2.Bolałek M, Szymanowska A, Damps-Konstańska I, Słomiński JM, Jassem E
	Rok publikacji	1999 i 2007
	Źródło	1.Kuźniar T, Patkowski J, Liebhart J, Wytrychowski K, Dobek R, Ślusarz R, Libhart E, Małolepszy J. Ocena polskiej wersji St. George's respiratory questionnaire u chorych na astmę oskrzelową. <i>Pneumonol Alergol Pol</i> 1999; 67: 497-503. 2. Chełmińska M, Werachowska L, Niedożytko M, Bolałek M, Szymanowska A, Damps-Konstańska I, Słomiński JM, Jassem E. Jakość życia u chorych na astmę dobrze i słabo kontrolowaną. <i>Pneumonol Alergol Pol</i> 2007; 75: 70-5.

Alergologia i pielęgniarstwo alergologiczne

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	50 pytań pogrupowanych w trzech kategoriach: objawy, aktywność i wpływ jakości życia.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Pytania zamknięte
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Wykorzystywana w astmie [1-6] i POCHP [7-10] oceniająca jakość życia osób ze schorzeniami układu oddechowego jak również w obszarze symptomatologii i podejmowanej aktywności w różnych sferach życia [1-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli > 20 lat z przewlekłymi chorobami układu oddechowego
	Miejsce badanych	Przychodnia/szpital
	Stan badanych	Przewlekłe choroby układu oddechowego
	Sytuacje	Choroba
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści, kto? lekarz, pielęgniarka	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	zgoda autora	
Klucz do skali/interpretacja wyników	2-punktowa skala oceny w kategorii prawda/fałsz. Suma uzyskanych punktów jest dzielona przez maksymalną liczbę tej skali. Analizy wyniku dokonuje się w oparciu ocenę skali liczbowej - 0 (najmniejsze upośledzenie jakości życia) a 100 (największe upośledzenie jakości życia). Stosuje się również wersję krótszą kwestionariusza, która zawiera 5 pytań [10].	

Formularz skali/ kwestionariusz: wersja papierowa – wymagana jest zgoda autorów

**ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE
ORIGINAL ENGLISH VERSION**

ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ)

This questionnaire is designed to help us learn much more about how your breathing is troubling you and how it affects your life. We are using it to find out which aspects of your illness cause you most problems, rather than what the doctors and nurses think your problems are.

Please read the instructions carefully and ask if you do not understand anything. Do not spend too long deciding about your answers.

Before completing the rest of the questionnaire:

Please tick in one box to show how you describe your current health:

Very good Good Fair Poor Very poor
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Copyright reserved
P.W. Jones, PhD FRCP
Professor of Respiratory Medicine,
St. George's University of London,
Jenner Wing,
Cranmer Terrace,
London SW17 0RE, UK.

Tel. +44 (0) 20 8725 5371
Fax +44 (0) 20 8725 5955

UK/ English (original) version

1

continued...

St. George's Respiratory Questionnaire PART 1

Questions about how much chest trouble you have had over the past 3 months.

Please tick (✓) one box for each question:

	most days a week	several days a week	a few days a month	only with chest infections	not at all
1. Over the past 3 months, I have coughed:	☐	☐	☐	☐	☐
2. Over the past 3 months, I have brought up phlegm (sputum):	☐	☐	☐	☐	☐
3. Over the past 3 months, I have had shortness of breath:	☐	☐	☐	☐	☐
4. Over the past 3 months, I have had attacks of wheezing:	☐	☐	☐	☐	☐
5. During the past 3 months how many severe or very unpleasant attacks of chest trouble have you had?	Please tick (✓) one: more than 3 attacks ☐ 3 attacks ☐ 2 attacks ☐ 1 attack ☐ no attacks ☐				
6. How long did the worst attack of chest trouble last? (Go to question 7 if you had no severe attacks)	Please tick (✓) one: a week or more ☐ 3 or more days ☐ 1 or 2 days ☐ less than a day ☐				
7. Over the past 3 months, in an average week, how many good days (with little chest trouble) have you had?	Please tick (✓) one: No good days ☐ 1 or 2 good days ☐ 3 or 4 good days ☐ nearly every day is good ☐ every day is good ☐				
8. If you have a wheeze, is it worse in the morning?	Please tick (✓) one: No ☐ Yes ☐				

St. George's Respiratory Questionnaire **PART 2**

Section 1

How would you describe your chest condition?

Please tick (✓) one:

- The most important problem I have ☐
 Causes me quite a lot of problems ☐
 Causes me a few problems ☐
 Causes no problem ☐

If you have ever had paid employment.

Please tick (✓) one:

- My chest trouble made me stop work altogether ☐
 My chest trouble interferes with my work or made me change my work ☐
 My chest trouble does not affect my work ☐

Section 2

Questions about what activities usually make you feel breathless these days.

Please tick (✓) in **each box** that applies to you **these days**:

	True	False
Sitting or lying still	☐	☐
Getting washed or dressed	☐	☐
Walking around the home	☐	☐
Walking outside on the level	☐	☐
Walking up a flight of stairs	☐	☐
Walking up hills	☐	☐
Playing sports or games	☐	☐

St. George's Respiratory Questionnaire PART 2

Section 3

Some more questions about your cough and breathlessness these days.

Please tick (✓) in each box that applies to you these days:

	True	False
My cough hurts	☐	☐
My cough makes me tired	☐	☐
I am breathless when I talk	☐	☐
I am breathless when I bend over	☐	☐
My cough or breathing disturbs my sleep	☐	☐
I get exhausted easily	☐	☐

Section 4

Questions about other effects that your chest trouble may have on you these days.

Please tick (✓) in each box that applies to you these days:

	True	False
My cough or breathing is embarrassing in public	☐	☐
My chest trouble is a nuisance to my family, friends or neighbours	☐	☐
I get afraid or panic when I cannot get my breath	☐	☐
I feel that I am not in control of my chest problem	☐	☐
I do not expect my chest to get any better	☐	☐
I have become frail or an invalid because of my chest	☐	☐
Exercise is not safe for me	☐	☐
Everything seems too much of an effort	☐	☐

Section 5

Questions about your medication, if you are receiving no medication go straight to section 6.

Please tick (✓) in each box that applies to you these days:

	True	False
My medication does not help me very much	☐	☐
I get embarrassed using my medication in public	☐	☐
I have unpleasant side effects from my medication	☐	☐
My medication interferes with my life a lot	☐	☐

UK/ English (original) version

4

continued....

File:///C:/allatag/projekt/gk1887/questionnaire/uk/english/eng_qry.doc 1/25/2001

St. George's Respiratory Questionnaire PART 2

Section 6

These are questions about how your activities might be affected by your breathing.

Please tick (✓) in each box that applies to you because of your breathing:

	True	False
I take a long time to get washed or dressed	☐	☐
I cannot take a bath or shower, or I take a long time	☐	☐
I walk slower than other people, or I stop for rests	☐	☐
Jobs such as housework take a long time, or I have to stop for rests	☐	☐
If I walk up one flight of stairs, I have to go slowly or stop	☐	☐
If I hurry or walk fast, I have to stop or slow down	☐	☐
My breathing makes it difficult to do things such as walk up hills, carrying things up stairs, light gardening such as weeding, dance, play bowls or play golf	☐	☐
My breathing makes it difficult to do things such as carry heavy loads, dig the garden or shovel snow, jog or walk at 5 miles per hour, play tennis or swim	☐	☐
My breathing makes it difficult to do things such as very heavy manual work, run, cycle, swim fast or play competitive sports	☐	☐

Section 7

We would like to know how your chest usually affects your daily life.

Please tick (✓) in each box that applies to you because of your chest trouble:

	True	False
I cannot play sports or games	☐	☐
I cannot go out for entertainment or recreation	☐	☐
I cannot go out of the house to do the shopping	☐	☐
I cannot do housework	☐	☐
I cannot move far from my bed or chair	☐	☐

St. George's Respiratory Questionnaire

Here is a list of other activities that your chest trouble may prevent you doing. (You do not have to tick these, they are just to remind you of ways in which your breathlessness may affect you):

Going for walks or walking the dog

Doing things at home or in the garden

Sexual intercourse

Going out to church, pub, club or place of entertainment

Going out in bad weather or into smoky rooms

Visiting family or friends or playing with children

Please write in any other important activities that your chest trouble may stop you doing:

Now would you tick in the box (one only) which you think best describes how your chest affects you:

It does not stop me doing anything I would like to do

It stops me doing one or two things I would like to do

It stops me doing most of the things I would like to do

It stops me doing everything I would like to do

Thank you for filling in this questionnaire. Before you finish would you please check to see that you have answered all the questions.

UK/ English (original) version

6

File:///C:/Users/angel/Desktop/188%20questionnaire%20version%20eng%20.doc 1/25/2023

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Nelsen LM, Kimel M, Murray LT, Ortega H, Cockle SM, Yancey SW, Brusselle G, Albers FC, Jones PW Qualitative evaluation of the St George's Respiratory Questionnaire in patients with severe asthma. Respir Med. 2017 May;126:2-38. doi: 10.1016/j.rmed.2017.02.021 2. Nelsen LM, Cockle SM, Gunsoy NB, Jones P, Albers FC, Bradford ES, Mullerova H. 3. Impact of exacerbations on St George's Respiratory Questionnaire score in patients with severe asthma: post hoc analyses of two clinical trials and an observational study. 4. J Asthma. 2020 Sep;57(9):1006-16. doi: 10.1080/02770903.2019.1630640. 5. Bae YJ, Kim YS, Park CS, Lee YS, Chang YS, Cho YS, Jang AS, Cho SH, Choi BW, Kim SG, Moon HB, Kim TB; COREA Study Group. Reliability and validity of the St George's Respiratory Questionnaire for asthma. Int J Tuberc Lung Dis. 2011 Jul;15(7):966-71. doi: 10.5588/ijtld.10.0603.

249

	6. El Rhazi K, Nejari C, Benjelloun MC, Bourkadi J, Afif H, Serhier Z, Tachfouti N, Berraho M, Barberger-Gateau P. Validation of the St. George's Respiratory Questionnaire in patients with COPD or asthma in Morocco. <i>Int J Tuberc Lung Dis.</i> 2006 Nov;10(11):1273-8. 7. Nelsen LM, Vernon M, Ortega H, Cockle SM, Yancey SW, Brusselle G, Albers FC, Jones PW. Evaluation of the psychometric properties of the St George's Respiratory Questionnaire in patients with severe asthma. <i>Respir Med.</i> 2017 Jul;128:42-9. doi: 10.1016/j.rmed.2017.04.015. 8. Agarwal D, Gupta PP, Sood S. Assessment for Efficacy of Additional Breathing Exercises Over Improvement in Health Impairment Due to Asthma Assessed using St. George's Respiratory Questionnaire. <i>Int J Yoga.</i> 2017 Sep-Dec;10(3):145-51. doi: 10.4103/0973-6131.213472. 9. Martin AL, Marvel J, Fahrbach K, Cadarette SM, Wilcox TK, Donohue JF. The association of lung function and St. George's respiratory questionnaire with exacerbations in COPD: a systematic literature review and regression analysis. <i>Respir Res.</i> 2016 Apr 16;17:40. doi: 10.1186/s12931-016-0356-1. 10. Loubert A, Regnault A, Meunier J, Gutzwiller FS, Regnier SA. Is the St. George's Respiratory Questionnaire an Appropriate Measure of Symptom Severity and Activity Limitations for Clinical Trials in COPD? Analysis of Pooled Data from Five Randomized Clinical Trials. <i>Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.</i> 2020 Sep 8;15:2103-13. doi: 10.2147/COPD.S261919. 11. Rehman AU, Hassali MAA, Harun SN, Abbas S, Muneswarao J, Ali IABH, Hussain R. 12. Validation and clinical interpretation of the St George's respiratory questionnaire for COPD (SGRQ-C) after adaptation to Malaysian language and culture, in patients with COPD. 13. <i>Health Qual Life Outcomes.</i> 2020 May 13;18(1):138. doi: 10.1186/s12955-020-01393-1. 14. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M. i wsp. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. <i>J. Allergy Clin. Immunol.</i> 2004; 113: 59–65.
--	--

II.1.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.1. Wizualna skala analogowa
Nazwa skali w języku angielskim	Visual Analog Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Klimek L, Bergmann K Ch, Biedermann T, Bousquet J, Hellings P, Jung K, Merk H, Olze H, Schlenter W, Stock P, Ring J, Wagenmann M, Wehrmann W, Mösges R, Pfaar O
Państwo	Niemcy
Krótką charakterystyka skali / Zakres badanej skali / Dotychczasowe wykorzystanie skali	Uniwersalna i obiektywna skala (0-10 cm na osi) oceny [1] dolegliwości stosowana we wszystkich chorobach alergicznych. Umożliwia weryfikację różnic w nasileniu objawów i kategoryzuje dolegliwości np. w obszarze świądu nosa (0 punktów brak świądu, > 0, ale < 3 punktów, łagodny świąd, ≥ 3, < 7 punktów – umiarkowany świąd, ≥ 7, ale < 9 punktów – silny świąd, ≥ 9 punktów – bardzo silny świąd) [2]. Jest doskonałym narzędziem oceny kontroli choroby, jakości życia pacjentów obciążonych chorobami alergicznymi lub będących w grupie ryzyka [3,4,5].

Źródło bibliograficzne	1. Klimek L, Bergmann K Ch, Biedermann T, Bousquet J, Hellings P, Jung K, Merk H, Olze H, Schlenter W, Stock P, Ring J, Wagenmann M, Wehrmann W, Mösges R, Pfaar O. Visual analogue scales (VAS): measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care: Position Paper of the German Society of Allergy (AeDA) and the German Society of Allergy and Clinical Immunology (DGAKI), ENT Section, in collaboration with the working group on Clinical Immunology, Allergology and Environmental Medicine of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (DGHNOKHC). <i>Allergo J Int</i> 2017; 26: 16–24. 2. Reich A, Heisig M, Phan NQ, Taneda K, Takamori K, Takeuchi S. Visual analogue scale: evaluation of the instrument for the assessment of pruritus. <i>Acta Derm Venereol</i> 2012, 92, 497-501. 3. Sousa-Pinto B, Eklund P, Pfaar O, Klimek L, Zuberbier T, Czarlewski W, Bédard A, Bindsløv-Jensen C, Bedbrook A, Bosnic-Anticevich S, Brussino L, Cardona V, Cruz AA, de Vries G, Devillike P, Fokkens WJ, Fuentes-Pérez JM, Gemicioğlu B, Haachtela T, Huerta-Villalobos YR, Ivancevich JC, Kull I, Kuna P, Kvedariene V, Larenas Linnemann DE, Laune D, Makris M, Melén E, Morais-Almeida M, Mösges R, Mullol J, O’Hehir RE, Papadopoulos NG, Pereira AM, Prokopakis EP, Psarros F, Regateiro FS, Reitsma S, Samolinski B, Scichilone N, da Silva J, Stellato C, Todo-Bom A, Tomazic PV, Salmi ST, Valero A, Valiulis A, Valovirta E, van Eerd M, Ventura MT, Yorgancioglu A, Basagaña X, Antó JM, Bousquet J, Fonseca J AValidity, reliability, and responsiveness of daily monitoring visual analog scales in MASK-air®. <i>Clin Transl Allergy</i>. 2021 Sep 19;11(7):e12062. doi: 10.1002/ctlt2.12062. 4. Bédard A, Antó JM, Fonseca JA, Arnavielhe S, Bachert C, Bedbrook A, Bindsløv-Jensen C, Bosnic-Anticevich S, Cardona V, Cruz AA, Fokkens WJ, Garcia-Aymerich J, Hellings PW, Ivancevich JC, Klimek L, Kuna P, Kvedariene V, Larenas-Linnemann D, Melén E, Monti R, Mösges R, Mullol J, Papadopoulos NG, Pham-Thi N, Samolinski B, Tomazic PV, Toppila-Salmi S, Ventura MT, Yorgancioglu A, Bousquet J, Pfaar O, Basagaña X; MASK study group. 5. Correlation between work impairment, scores of rhinitis severity and asthma using the MASK-air® App. <i>Allergy</i>. 2020 Jul;75(7):1672-88. doi: 10.1111/all.14204. 6. Klimek L, Bergmann KC, Biedermann T, Bousquet J, Hellings P, Jung K, Merk H, Olze H, Schlenter W, Stock P, Ring J, Wagenmann M, Wehrmann W, Mösges R, Pfaar O. Visual analogue scales (VAS): Measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care: Position Paper of the German Society of Allergy (AeDA) and the German Society of Allergy and Clinical Immunology (DGAKI), ENT Section, in collaboration with the working group on Clinical Immunology, Allergology and Environmental Medicine of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (DGHNOKHC). <i>Allergo J Int</i>. 2017;26(1):16-24. doi: 10.1007/s40629-016-0006-7.
Źródło on-line	-
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.2. Czteroobjawowa skala oceny dolegliwości w alergicznym nieżycie nosa
Nazwa skali w języku angielskim	T4SS (Total Four Symptom Score)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Valero A, Muñoz-Cano R Sastre J, Navarro AM, Martí-Guadano E, Dávila I, del Cuvillo A, Colás C, Antépara I, Izquierdo I, Mullol J

Państwo	Hiszpania
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala dotyczy oceny objawów nosowych w przebiegu alergicznego nieżytu nosa: wydzieliny z nosa, niedrożności nosa, świądu nosa, kichania. Wykorzystywana do oceny dolegliwości w diagnostyce różnicowej nieżytu nosa lub oceny kontroli choroby/jakości życia [1,2] i badaniach klinicznych [3,4].
Źródło bibliograficzne	1. Valero A, Muñoz-Cano R, Sastre J, Navarro AM, Martí-Guadaño E, Dávila I, del Cuvillo A, Colás C, Antépara I, Izquierdo I, Mullol J. The impact of allergic rhinitis on symptoms, and quality of life using the new criterion of ARIA severity classification. <i>Rhinology</i>. 2012 Mar;50(1):33-6. doi: 10.4193/Rhino.11.071. 2. Jáuregui I, Dávila I, Sastre J, Bartra J, del Cuvillo A, Ferrer M, Montoro J, Mullol J, Molina X, Valero A. Validation of ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) classification in a pediatric population: the PEDRIAL study. <i>Pediatr Allergy Immunol</i>. 2011 Jun;22(4):388-92. doi: 10.1111/j.1399-3038.2010.01108.x. 3. Potter PC; Study Group. Levocetirizine is effective for symptom relief including nasal congestion in adolescent and adult (PAR) sensitized to house dust mites. <i>Allergy</i>. 2003 Sep;58(9):893-9. doi: 10.1034/j.1398-9995.2003.00171.x. 4. de Blic J, Wahn U, Billard E, Alt R, Pujazon MC. Levocetirizine in children: evidenced efficacy and safety in a 6-week randomized seasonal allergic rhinitis trial. <i>Pediatr Allergy Immunol</i>. 2005 May;16(3):267-75. doi: 10.1111/j.1399-3038.2005.00216.x.
Źródło on-line	-
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.3. Łączna skala objawów nosowych
Nazwa skali w języku angielskim	Total Nasal Symptoms Score
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Downie S R, Andersson M, Rimmer J, Leuppi J D, Xuan W, Akerlund A, Peat J K, Salome C M.
Państwo	Australia
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala oceny objawów nosowych [1] stosowanych na potrzeby oceny stopnia odczuwanych dolegliwości (blokada jamy nosa, świąd, wyciek wodnistej wydzieliny, kichania i zaburzenia snu) na czterech poziomach: brak dolegliwości, łagodny charakter, umiarkowany i ciężki. Wykorzystywana w diagnostyce różnicowej, kontroli choroby i badaniach klinicznych [2,3,4].
Źródło bibliograficzne	1. Downie S R, Andersson M, Rimmer J, Leuppi J D, Xuan W, Akerlund A, Peat J K, Salome C M. Symptoms of persistent allergic rhinitis during a full calendar year in house dust mite-sensitive subjects. <i>Allergy</i>. 2004;59(4):406–14. 2. Li AR, Zhang K, Reddy PD, Nguyen SA, Miglani A, Fried J, Nguyen MI, Schlosser RJ. Systematic review of measures of disease severity in rhinitis. <i>Int Forum Allergy Rhinol</i>. 2021 Sep;11(9):1367-77. doi: 10.1002/alr.22794. 3. Walker AC, Surda P, Rossiter M, Little SA. Nasal disease and quality of life in athletes. <i>J Laryngol Otol</i>. 2018 Sep;132(9):812-15. doi: 10.1017/S0022215118001408. 4. Kim YH. Appropriate Antigen Concentrations and Timing of a Nasal Provocation Test. <i>Yonsei Med J</i>. 2021 Aug;62(8):750-7. doi: 10.3349/ymj.2021.62.8.750.
Źródło on-line	https://www.nwentallergy.com/docs/Total_Nasal_Symptom_Score.pdf Dostęp: 3.10.2022

Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.4. Kwestionariusz oceny jakości życia pacjentów z alergicznym zapaleniem błony śluzowej jamy nosa i spojówek
Nazwa skali w języku angielskim	Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Juniper EF, Thompson AK, Ferrie PJ, Roberts JN
Państwo	Kanada
Krótki charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz służy ocenie wpływu stanu zdrowia na jakość życia (dolegliwości ze strony narządu wzroku i nosa oraz inne towarzyszące dolegliwości, funkcjonowanie we wszystkich sferach życia) w grupie chorych z rozpoznaniem alergicznym nieżytem nosa i zapaleniem spojówek [1-6]. Równolegle dokonano adaptacji RQLQ na grupie małych dzieci: PRQLQ (Pediatric Rhinconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) [7] i starszych ARQLQ (Adolescent Rhinconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) [8] oraz w grupie chorych, którzy odczuwali „ <i>nocne dolegliwości</i> ” ze strony narządu wzroku i nosa: skalę NRQLQ (Nocturnal Rhinconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) [9].
Źródło bibliograficzne	1. Juniper EF, Thompson AK, Ferrie PJ, Roberts JN. Validation of the standardized version of the Rhinconjunctivitis Quality of Life Questionnaire. <i>J Allergy Clin Immunol</i>. 1999;104(2):364–9. 2. Tantilipikorn P, Saisombat P, Phonpornpaiboon P, Pinkaew B, Lermankul W, Bunnag C Minimal clinically important difference for the rhinconjunctivitis quality of life questionnaire in allergic rhinitis in Thai population. <i>Asia Pac Allergy</i>. 2019 Jan 22;9(1):e6. doi: 10.5415/apallergy.2019.9.e6. 3. Katsimpris P, Tripsianis G, Printza A, Giotakis E, Simopoulos E, Constantinidis J, Katotomichelakis M. The Rhinconjunctivitis Quality of Life Questionnaire and its modified short version validation in adults and children with allergic rhinitis. <i>J Laryngol Otol</i>. 2022 Apr;136(4):341-48. doi: 10.1017/S0022215121004011. 4. Mikhail E, Azizoglu S, Gokhale M, Suphioglu C. Questionnaires Assessing the Quality of Life of Ocular Allergy Patients. <i>J Allergy Clin Immunol Pract</i>. 2020 Oct;8(9):2945-52. doi: 10.1016/j.jaip.2020.04.023. 5. Liedtke JP, Mandl A, Köther J, Chwieralski J, Shah-Hosseini K, Raskopf E, Pieper-Fürst U, Allekotte S, Mösges R. RCAT reflects symptom control and quality of life in allergic rhinconjunctivitis patients. <i>Allergy</i>. 2018 May;73(5):1101-9. doi: 10.1111/all.13362. 6. Busse WW, Maspero JF, Lu Y, Corren J, Hanania NA, Chipps BE, Katelaris CH, FitzGerald JM, Quirce S, Ford LB, Rice MS, Kamat S, Khan AH, Jagerschmidt A, Harel S, Rowe P, Pirozzi G, Amin N, Ruddy M, Graham NMH, Teper AEfficacy of dupilumab on clinical outcomes in patients with asthma and perennial allergic rhinitis <i>Ann Allergy Asthma Immunol</i>. 2020 Nov;125(5):565-76.e1. doi: 10.1016/j.anai.2020.05.026. 7. Juniper EF, Guyatt GH, Dolovich J. Assessment of quality of life in adolescents with allergic rhinconjunctivitis: development and testing of a questionnaire for clinical trials. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 1994; 93: 413-23. 8. Juniper EF, Howland WC, Roberts NB, Thompson AK, King DR. Measuring quality of life in children with rhinconjunctivitis. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 1998; 101: 163-70. 9. Juniper EF, Rohrbach T, Meltzer EO. A questionnaire to measure quality of life in adults with nocturnal allergic rhinconjunctivitis. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2003; 111: 484-90.
Źródło on-line	http://www.qoltech.co.uk/rqlq.html Dostęp: 3.10.2022

Przykład 5	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.5. Kwestionariusz jakość życia z astmą
Nazwa skali w języku angielskim	Asthma Quality of Life Questionnaire
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Juniper EF, Guyatt G.H, Cox F.M, Ferrie PJ, King DR
Państwo	Kanada
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Ocenia poszczególne obszary funkcjonowania człowieka: objawy, emocje, ekspozycja na bodźce środowiskowe, aktywność fizyczna. Dedykowana jest chorym - dorosłym i młodzieży powyżej 12. roku życia – skala AQLQ-Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire-Juniper lub wersja mini AQLQ (mini-Asthma Quality of Life Questionnaire) i zawiera 15 pytań. Kolejna wersja skali jest dedykowana dzieciom PAQLQ (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (23 pytania) i ich opiekunom PACQLQ (Pediatric Asthma Caregivers Quality of Life Questionnaire) (13 pytań) [1-5].
Źródło bibliograficzne	1. Juniper EF, Buist AS, Cox FM, Ferrie PJ, King DR. Validation of a standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. Chest 1999; 115: 1265-70. 2. Olajos-Clow J, Minard J, Szpiro K, Turcotte S, Jiang X, Jenkins B, Loughheed MD. Validation of an electronic version of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. Respir Med 2010; 104: 658-67. 3. Juniper EF, Svensson K, Mörk AC, Ståhl E. Modification of the asthma quality of life questionnaire (standardised) for patients 12 years and older. Health Qual Life Outcomes 2005; 3: 58. 4. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. Qual Life Res 1996; 5: 35-46. 5. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in the parents of children with asthma. Qual Life Res 1996; 5: 27-34.
Źródło on-line	http://u-breathe.ca/wp-content/uploads/2020/05/AQLQ_Asthma_quality_of_life_questionnaire_may2020-fillable.pdf Dostęp: 3.10.2022
Przykład 6	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.6. Wieloczynnikowa skala oceny ryzyka astmy wczesnoszkolnej (w Polsce zmodyfikowana na potrzeby KOMPAS-POZ (Rekomendacje Postępowania w Astmie wczesnodziecięcej dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej)
Nazwa skali w języku angielskim	Asthma Predict Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Pescatore AM, Dogaru, CM, Duembgen, L, Silverman M, Gaillard EA, Spycher, BD, Kuehni C E.
Państwo	Szwajcaria, Wielka Brytania
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala ocenia cechy ryzyka astmy wczesnoszkolnej względem: płci, wieku, epizodów, świstów, obturacji, duszności, ograniczenia aktywności, świstów po wysiłku i po ekspozycji na alergen, wyprysk atopowy i ryzyko dziedziczenia astmy. Zakres punktacji: <3 pkt. niesie niskie ryzyko rozwoju astmy, 4-7 pkt. średnie ryzyko, >8 pkt. wysokie ryzyko. Skala wykorzystywana jest w badaniach populacyjnych i/lub w indywidualnym wywiadzie klinicznym [1].

Źródło bibliograficzne	I.Pescatore AM, Dogaru CM, Duembgen, L, Silverman M, Gaillard EA, Spycher, BD, Kuehni CE. A simple asthma prediction tool for preschool children with wheeze or cough. Journal of allergy and clinical immunology, 2013;133 (1):111-118. e13
Źródło on-line	https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2020/09/KOMPAS-astma-u-dzieci-chc-klista-2016.pdf Dostęp: 3.10.2022
Przykład 7	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.7. System oceny nasilenia atopowego zapalenie skóry
Nazwa skali w języku angielskim	Scoring Atopic Dermatitis Index (SCORAD)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	European Task Force on Atopic Dermatitis – ETFAD
Państwo	Europa
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	System ocenia obiektywne objawy w przebiegu atopowego zapalenia skóry w obszarze stopnia/rozległości/nasilenia zmian skórnych jak i subiektywne: stopień nasilenia świądu i zaburzenia snu. Oceny nasilenia zmian dokonuje się dzięki 4-stopniowej skali:0 (brak zmian) do 3 (najbardziej nasilone zmiany). Z kolei stopień nasilenia świądu i zaburzeń snu chory mierzy skalą VAS (w zakresie od 0 do 10). Uzyskaną wartość stanowi średnią z ostatnich 3 dób [1,2]. Skala adekwatnie do potrzeb uległa kolejnym etapom walidacji ostatecznie do oSCORAD (objective SCORAD), w której dokonano oceny obiektywnej bez jej odpowiednika w postaci miary subiektywnej [3]. Stanowi doskonałe narzędzie oceny dolegliwości w przebiegu atopowego zapalenia skóry [4], w badaniach populacyjnych [5] i randomizowanych [6].
Źródło bibliograficzne	1. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology 1993; 186, 23-31 2. Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waardvan der Spek FB Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. Br J Dermatol 2007, 157, 645-8. 3. Kunz B, Oranje AP, Labrèze L, Stalder JF, Ring J, Taïeb A. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology 1997;195:10-9. 4. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, Kantor R, Hsu DY, Silverberg JI. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2017 Nov;177(5):1316-21. doi: 10.1111/bjd.15641. 6. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, Simpson EL, Ong PY, Chiesa Fuxench ZC. Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018 Sep;121(3):340-7. doi: 10.1016/j.anai.2018.07.006. 7. Huang R, Ning H, Shen M, Li J, Zhang J, Chen X. Probiotics for the Treatment of Atopic Dermatitis in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front Cell Infect Microbiol. 2017 Sep 6;7:392. doi: 10.3389/fcimb.2017.00392.
Źródło on-line	https://plasticsurgerykey.com/29-atopic-dermatitis-scoring-severity-and-quality-of-life-assessment/ Dostęp: 3.10.2022

Przykład 8	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.8. Indeks powierzchni i nasilenia egzemy
Nazwa skali w języku angielskim	Eczema Area and Severity Index (EASI)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, Cherill R, Tofte SJ, Graeber M.
Państwo	Stany Zjednoczone, Japonia
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Przeznaczona jest dla dzieci i dorosłych. Uwzględnia rozległość i nasilenie zmian skórnych ocenianych obiektywnie: rumień, naciek, przeczoły i lichenizację (w przedziale 0-oznacza brak zmian, 3-nasilone w okolicy głowy, tułowia, kończyn górnych i dolnych przy czym: 0 oznacza brak zmian, a 6 maksymalne ich nasilenie (90-100%). Maksymalna suma punktów jaką można uzyskać wynosi 72 [1]. Stosowana w analizach porównawczych oceny swoistości i czułości skal stosowanych w atopowym zapaleniu skóry [2,3] i w badaniach populacyjnych [4].
Źródło bibliograficzne	1. Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, Cherill R, Tofte SJ, Graeber M. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group. Exp Dermatol 2001;10:11-8. 2. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, Kantor R, Hsu DY, Silverberg JI. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2017 Nov;177(5):1316-21. doi: 10.1111/bjd.15641. 3. Schram ME, Spuls PI, Leeftang MM, Lindeboom R, Bos JD, Schmitt J. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. Allergy. 2012 Jan;67(1):99-106. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02719.x. 4. Leshem YA, Hajar T, Hanifin JM, Simpson EL. What the Eczema Area and Severity Index score tells us about the severity of atopic dermatitis: an interpretability study. Br J Dermatol. 2015;172(5):1353-7. doi: 10.1111/bjd.13662.
Źródło on-line	http://www.homeforeczema.org/documents/easi-case-report-form-for-age-8-years-and-over.pdf Dostęp: 3.10.2022
Przykład 9	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.B.9. Skala średniego nasilenia objawów pokrzywki w ciągu 7 dni
Nazwa skali w języku angielskim	Average Urticaria Activity Score for 7 days – UAS7
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Młynek A, Zalewska-Janowska A, Martus P, Staubach P, Zuberbier T, Maurer M.
Państwo	Europa
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Chory (samodzielnie) ocenia liczbę bąbli pokrzywkowych jak i stopień nasilenia świądu przez okres 7 dni. Ocena ma charakter trójstopniowy: 1-lagodny, 2-umiarkowany, 3-duże zmiany w badanych obszarach [1]. Szeroko stosowana w walidacji narzędzi [2,3], ocenie terapii [4] w różnych typach pokrzywek [5].

Źródło bibliograficzne	1. Młynek A, Zalewska-Janowska A, Martus P, Staubach P, Zuberbier T, Maurer M. How to assess disease activity in patients with chronic urticaria? <i>Allergy</i> 2008; 63:777-80. https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01726.x 2. Gabrielli S, Mulé P, Prosty C, Gooding G, Le M, Zhang L, Netchiporouk E, Baum S, Greenberger S, Ensina LF, Lovett A, Zhang X, Ben-Shoshan M. 3. Validation of UAS7 among children with chronic spontaneous urticaria. 4. <i>Allergy Clin Immunol Pract.</i> 2022 Jul;10(7):1927-9.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2022.02.033. 5. Hawro T, Ohanyan T, Schoepke N, Metz M, Peveling-Oberhag A, Staubach P, Maurer M, Weller K. The Urticaria Activity Score-Validity, Reliability, and Responsiveness. <i>J Allergy Clin Immunol Pract.</i> 2018 Jul-Aug;6(4):1185-90.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2017.10.001. 6. Marzano AV, Genovese G, Casazza G, Fierro MT, Dapavo P, Crimi N, Ferrucci S, Pepe P, Liberati S, Pigatto PD, Offidani A, Martina E, Girolomoni G, Rovaris M, Foti C, Stingeni L, Cristaudo A, Canonica GW, Nettis E, Asero R. 7. Predictors of response to omalizumab and relapse in chronic spontaneous urticaria: a study of 470 patients. <i>J Eur Acad Dermatol Venereol.</i> 2019 May;33(5):918-24. doi: 10.1111/jdv.15350. 8. Comparison of Urticaria Activity Score Over 7 Days (UAS7) Values Obtained from Once-Daily and Twice-Daily Versions: Results from the ASSURE-CSU Study. Hollis K, Proctor C, McBride D, Balp MM, McLeod L, Hunter S, Tian H, Khalil S, Maurer M. <i>Am J Clin Dermatol.</i> 2018 Apr;19(2):267-74. doi: 10.1007/s40257-017-0331-8.
Źródło on-line	https://compass.clinic/wp-content/uploads/2020/05/UAS7-1.pdf Do- stęp:3.10.2022

II.1.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.C.1. Kwestionariusz oceny jakości życia SF 35
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	SF-36 Health Status Questionnaire (The Medical Outcomes Study 36-Items Short – Form Health Survey)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz ocenia zdrowie jednostki we wszystkich sferach życia (fizyczne, społeczne, przez pełnione role, zdrowie psychiczne). Składa się z 36 pytań a sama jakość życia mierzona jest w oparciu o vitalność funkcjonowania w społeczeństwie, stan emocjonalny oraz psychiczny [1]. Powszechnie stosowany w analizach porównawczych vs inne stosowane kwestionariusze np.: astmie, alergicznym nieżycie nosa [2,3,4,5].
Źródło bibliograficzne	1. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center 1993. 2. Pourdowlat G, Hejrati R, Lookzadeh S. The effectiveness of relaxation training in the quality of life and anxiety of patients with asthma. <i>Adv Respir Med.</i> 2019;87(3):146-51. doi: 10.5603/ARM.2019.0024. 3. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentin B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 Health Status Questionnaire. <i>J Allergy Clin Immunol.</i> 1994 Aug;94(2 Pt 1):182-8. doi: 10.1016/0091-6749(94)90038-8.

	4. Ried LD, Nau DP, Grainger-Rousseau TJ Evaluation of patient's Health-Related Quality of Life using a modified and shortened version of the Living With Asthma Questionnaire (ms-LWAQ) and the medical outcomes study, Short-Form 36 (SF-36). Qual Life Res. 1999 Sep;8(6):491-9. doi: 10.1023/a:1008974406669. 5. Terreehorst I, Duivenvoorden HJ, Tempels-Pavlica Z, Oosting AJ, de Monchy JG, Bruijnzeel-Koomen CA, Gerth van Wijk R. Comparison of a generic and a rhinitis-specific quality-of-life (QOL) instrument in patients with house dust mite allergy: relationship between the SF-36 and Rhinitis QOL Questionnaire. Clin Exp Allergy. 2004 Nov;34(11):1673-7. doi: 10.1111/j.1365-2222.2004.02096.x.
Źródło on-line	https://www.brandeis.edu/roybal/docs/SF-36_website_PDF.pdf Dostęp 03.10.2022
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.C.2. Dzienniczek alergii
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Allergy Diary
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Bousquet J, Caimmi DP, Bedbrook A, Bewick M, Hellings PW, Devillier P, Arnavielhe S, Bachert C, Bergmann KC, Canonica GW, Chavannes NH, Cruz AA, Dahl R, Demoly P, De Vries G, Mathieu-Dupas E, Finkwagner A, Fonseca J, Guldemond N, Haahtela T, Hellqvist-Dahl B, Just J, Keil T, Klimek L, Kowalski ML, Kuitunen M, Kuna P, Kvedariene V, Laune D, Pereira AM, Carreiro-Martins P, Melén E, Morais-Almeida M, Mullol J, Muraro A, Murray R, Nogueira-Silva L, Papadopoulos NG, Passalacqua G, Portejoie F, Price D, Ryan D, Samolinski B, Sheikh A, Siroux V, Spranger O, Todo Bom A, Tomazic PV, Valero A, Valovirta E, Valiulis A, VandenPlas O, van der Meulen S, van Eerd M, Wickman M, Zuberbier T.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Dzienniczek Alergii wg. MACVIA-ARIA to bezpłatna aplikacja (instalowana na telefon), która umożliwia ocenę w kategorii tak/nie dla odczuwanych dolegliwości, jakości życia, stosowania leków w alergicznym nieżycie nosa i astmie [1,2,3]. Finałnie suma punktów wyznacza na krzywej osi stopień kontroli choroby.
Źródło bibliograficzne	1. Bousquet J, Caimmi DP, Bedbrook A, Bewick M, Hellings PW, Devillier P, Arnavielhe S, Bachert C, Bergmann KC, Canonica GW, Chavannes NH, Cruz AA, Dahl R, Demoly P, De Vries G, Mathieu-Dupas E, Finkwagner A, Fonseca J, Guldemond N, Haahtela T, Hellqvist-Dahl B, Just J, Keil T, Klimek L, Kowalski ML, Kuitunen M, Kuna P, Kvedariene V, Laune D, Pereira AM, Carreiro-Martins P, Melén E, Morais-Almeida M, Mullol J, Muraro A, Murray R, Nogueira-Silva L, Papadopoulos NG, Passalacqua G, Portejoie F, Price D, Ryan D, Samolinski B, Sheikh A, Siroux V, Spranger O, Todo Bom A, Tomazic PV, Valero A, Valovirta E, Valiulis A, VandenPlas O, van der Meulen S, van Eerd M, Wickman M, Zuberbier T. Pilot study of mobile phone technology in allergic rhinitis in European countries: the MASK-rhinitis study. Allergy. 2017 Jun;72(6):857-65. doi: 10.1111/all.13125.

	2. Bédard A, Basagaña X, Anto JM, Garcia-Aymerich J, Devillier P, Arnavielhe S, Bedbrook A, Onorato GL, Czarlewski W, Murray R, Almeida R, Fonseca JA, Correia da Sousa J, Costa E, Morais-Almeida M, Todo-Bom A, Cecchi L, De Feo G, Illario M, Menditto E, Monti R, Stellato C, Ventura MT, Annesi-Maesano I, Bosse I, Fontaine JF, Pham-Thi N, Thibaudon M, Schmid-Grendelmeier P, Spertini F, Chavannes NH, Fokkens WJ, Reitsma S, Dubakiene R, Emuzyte R, Kvedariene V, Valiulis A, Kuna P, Samolinski B, Klimek L, Mösges R, Pfaar O, Shamaï S, Roller-Wirnsberger RE, Tomazic PV, Ryan D, Sheikh A, Haahtela T, Toppila-Salmi S, Valovirta E, Cardona V, Mullol J, Valero A, Makris M, Papadopoulos NG, Prokopakis EP, Psarros F, Bachert C, Hellings PW, Pugin B, Bindslev-Jensen C, Eller E, Kull I, Melén E, Wickman M, De Vries G, van Eerd M, Agache I, Ansotegui IJ, Bosnic-Anticevich S, Cruz AA, Casale T, Ivancevich JC, Larenas-Linnemann DE, Sofiev M, Wallace D, Wasserman S, Yorgancioglu A, Laune D, Bousquet J; MASK study group. Treatment of allergic rhinitis during and outside the pollen season using mobile technology. A MASK study. Clin Transl Allergy. 2020 Dec 9;10(1):62. doi: 10.1186/s13601-020-00342-x. 3. Bousquet J, Devillier P, Arnavielhe S, Bedbrook A, Alexis-Alexandre G, van Eerd M, Murray R, Canonica GW, Illario M, Menditto E, Passalacqua G, Stellato C, Triggiani M, Carreiro-Martins P, Fonseca J, Morais Almeida M, Nogueira-Silva L, Pereira AM, Todo Bom A, Bosse I, Caimmi D, Demoly P, Fontaine JF, Just J, Onorato GL, Kowalski ML, Kuna P, Samolinski B, Anto JM, Mullol J, Valero A, Tomazic PV, Bergmann KC, Keil T, Klimek L, Mösges R, Shamaï S, Zuberbier T, Murphy E, McDowall P, Price D, Ryan D, Sheikh A, Chavannes NH, Fokkens WJ, Kvedariene V, Valiulis A, Bachert C, Hellings PW, Kull I, Melen E, Wickman M, Bindslev-Jensen C, Eller E, Haahtela T, Papadopoulos NG, Annesi-Maesano I, Bewick M, Bosnic-Anticevich S, Cruz AA, De Vries G, Gemiciglu B, Larenas-Linnemann D, Laune D, Mathieu-Dupas E, O'Hehir RE, Pfaar O, Portejoie F, Siroux V, Spranger O, Valovirta E, VandenPlas O, Yorgancioglu A. Treatment of allergic rhinitis using mobile technology with real-world data: The MASK observational pilot study. Allergy. 2018 Sep;73(9):1763-74. doi: 10.1111/all.13406.
Źródło on-line	https://apps.apple.com/pl/app/dzienniczek-alergii-wg-macvia/id1076246477?l=pl Dostęp 03.10.2022
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.C.3. Test kontroli astmy
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Asthma Control Test™
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Nathan RA, Sorkness Ch.A, Kosinski M, Schatz M, Li T, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft B.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Test składa się z 5 badanych obszarów dotyczących: częstotliwości ataków duszności, stosowania leków, zaburzeń snu, problemów wynikających z aktywności w życiu społecznym w przebiegu astmy [1]. Jest dobrym narzędziem oceny stopnia kontroli astmy, którą może pacjent przeprowadzać również w warunkach domowych [2].

Źródło bibliograficzne	1. Nathan RA, Sorkness Ch.A, Kosinski M, Schatz M, Li T, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft B. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. J. Aller. Clin. Immunol. 2004; 113: 59-65. 2. du Rivage N, Ross M, Mayne SL, Suh A, Weng D, Grundmeier RW, Fiks AG.). Asthma Control Test. Clin Pediatr (Phila 2017 Apr;56(4):341-7. doi: 10.1177/0009922816675013 3. Palmsten K, Schatz M, Chan PH, Johnson DL, Chambers CD. Validation of the Pregnancy Asthma Control Test. J Allergy Clin Immunol Pract. 2016 Mar-Apr;4(2):310-5.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2015.11.019.
Źródło on-line	https://www.astma-alergia-pochp.pl/images/stories/file/test_kontroli_astmy_dla_osob_w_wieku_12_lat_i_starszych.pdf Dostęp 3.10.2022
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.1.C.4. Wskaźnik dla atopowego zapalenia skóry (W-AZS)
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Silny W, Czarnecka-Operacz M, Silny P.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala ocenia subiektywne dolegliwości w obszarze: świądu (rozległość, częstość i nasilenie, i wpływ objawów w przebiegu atopowego zapalenia skóry na zaburzenia snu) i obiektywne: nasilenie ostrych i przewlekłych objawów atopowego zapalenia skóry. W pierwszej ocenie pacjent uzyskuje maksymalnie 34 pkt, w drugiej zaś oceny dokonuje się w przedziale 0-3 w dwunastu mierzalnych obszarach powierzchni ciała (maksymalnie 178 pkt.).
Źródło bibliograficzne	Silny W, Czarnecka-Operacz M, Silny P. The new scoring system for evaluation of skin inflammation extent and severity in patients with atopic dermatitis. Acta Dermatovenerol Croat 2005 13:219-224.
Źródło on-line	-

II.2. Choroby zakaźne

Gniadek Agnieszka

Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

II. 2. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 2. A. 1. Kwestionariusz do oceny jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby (CLDQ)
- II. 2. A. 2. Wskaźnik Wpływu Dolegliwości Skórnych na Jakość Życia (DLQI)
- II. 2. A. 3. Kwestionariusz oceniający wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny (FDLQI)
- II. 2. A. 4. Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy (GNDS)

II. 2. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II. 2. B. 1. Quality from Patient Perspective – Intrapartal
- II. 2. B. 2. Stoma Quality of Life Index (SQLI)
- II. 2. B. 3. PROQOL-HIV Patient Related Outcomes Quality of Life-HIV
- II. 2. B.4. Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS)
- II. 2. B. 5. HIV Treatment Satisfaction Questionnaire (HIVTSQ)
- II. 2. B. 6. World Health Organisation Quality of Life for HIV (WHOQOL-HIV BREF)
- II. 2. B. 7. Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/AIDS
- II. 2. B. 8. The Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV)
- II. 2. B. 9. Hepatitis Quality of Life Questionnaire Version (CLDQ-HCV)
- II. 2. B. 10. The Infant Toddler Quality of Life Questionnaire (ITQOL)

II. 2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II. 2. C. 1. Skala Baxtera
- II. 2. C. 2. TIME
- II. 2. C. 3. Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R.)

II. 2. C. 4. Skala punktowa oceny prawdopodobieństwa zakażenia *Streptococcus pyogenes* wg Centora i McIsaaca

II. 2. C. 5. Skala NERDS (skala do oceny rozwijania się infekcji w ranie)

II. 2. C. 6. Skala STONEES (skala do oceny rozwijania się infekcji w ranie)

II. 2. C. 7. Skala niewydolności narządów związanej z sepsą (SOFA)

II. 2. C. 8. Skala ASA

II. 2. C. 9. Ocena ryzyka zakażenia miejsca operowanego (ZMO)

II. 2. C. 10. Indeks PASI

II. 2. C. 11. HIV Symptom Index służy do oceny objawom towarzyszącym HIV

II.2.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	CHOROBY ZAKAŻNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.A.1. Kwestionariusz do oceny jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby	
Nazwa skali w języku angielskim	Chronic Liver Disease Questionnaire	
Skrót	CLDQ	
Wersja skali	Właściwa Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Younossi ZM; Guyatt G; Kiwi M; Boparai N; King D
	Rok publikacji	1999
	Źródło	Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. Gut. 1999; 45: 295-300 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich (tłumaczenie skali i zastosowanie w pracy doktor-skiej)	Nazwisko i imię	Ewa Wunsch
	Rok publikacji	2008
	Źródło	Wunsch E. Wpływ encefalopatii wątrobowej na jakość życia pacjentów z marskością wątroby. Analiza z zastosowaniem krytycznej częstotliwości migotania. Praca doktorska. Szczecin 2008 [2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz CLDQ może być wykorzystany w badaniach jakości życia każdego pacjenta z przewlekłą chorobą wątroby, niezależnie od etiologii i stopnia zaawansowania zmian patologicznych. Może być stosowany także u chorych na WZW typu C mimo że istnieje specyficzny kwestionariusz do oceny jakości życia chorych z WZW typ. C . CLDQ-HCV.[3-4]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Choroby wątroby

Choroby zakaźne

	Struktura skali	Narzędzie zawiera 29 pytań podzielonych na sześć grup (domen), które dotyczą: poczucia zmęczenia, aktywności życiowej, reakcji emocjonalnych, dolegliwości ze strony jamy brzusznej, objawów ogólnych, nerwowości. Dzięki ujednoliconej siedmiopunktowej skali Likerta możliwe jest obliczenie wyniku osobno dla każdej z domen oraz wyniku sumarycznego dla całego kwestionariusza (score) w postaci wartości średniej (79-82) [5-6].
	Orientacyjny czas badania	5-10 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Stwierdzono, że CLDQ jest krótkim, łatwym dla przeprowadzenia badaniem jakości życia i nadaje się do oceny wpływu encefalopatii wątrobowej na HRQoL pacjentów z marskością wątroby, gdyż zawiera pytania oceniające szczegółowo funkcje intelektualne. Badacze z różnych krajów potwierdzają jego stosowanie w postaci standardowego badanie u pacjentów z przewlekłymi chorobami wątroby w całym zakresie nasilenia, od braku marskości wątroby aż do biorców przeszczepów [7-9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli powyżej 18 roku życia
	Miejsce badanych	Szpital, środowisko domowe, podstawowa opieka zdrowotna
	Stan badanych	Chorzy na przewlekłe choroby wątroby
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, lekarze, pielęgniarki, studenci, badacze Osoby nieprofesjonalne: brak	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Dzięki ujednoliconej siedmiopunktowej skali Likerta, oceniającej liczbowo odpowiedzi na każde z pytań, oblicza się wyniki osobno dla każdej z 6 domen: objawy brzuszne (ang. abdominal symptoms – AS – pytania nr 1, 5, 17), przewlekłe zmęczenie (ang. fatigue – FA= pytania nr 2, 4, 8, 11, 13), objawy ogólne (ang. systemic symptoms – SS pytania nr 3, 6, 21, 23, 27), aktywność życiowa (ang. activity – AC pytania nr 7, 9, 14), stan emocjonalny (ang. emotional function – EF- pytania nr 0, 12, 15, 16, 19, 20, 24, 26), lęk (ang. worry – WO pytania nr 18, 22, 25, 28, 29) oraz wynik sumaryczny (ang. CLDQ overall score). Scoring kwestionariusza oblicza się poprzez podzielenie każdego wyniku domeny przez liczbę pozycji w domenie. Ogólny wynik CLDQ uzyskuje się dodając wyniki dla każdego elementu i dzieląc przez całkowitą liczbę pozycji (n = 29) [10].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

KWESTIONARIUSZ CLDQ-PL

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z PRZELEKŁĄ CHOROBA WĄTROBY

Ten kwestionariusz został skonstruowany do oceny Pani/Pana samopoczucia w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Pytania dotyczą objawów związanych z chorobą wątroby, Pani/Pana codziennej aktywności oraz nastroju.

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie i zaznaczyć tylko jedną z podanych odpowiedzi.

Możliwe odpowiedzi:

1. Zawsze.
2. Prawie zawsze.
3. Często.
4. Od czasu do czasu.
5. Rzadko.
6. Bardzo rzadko.
7. Nigdy.

PYTANIA

Uwaga! Każde pytanie odnosi się do okresu ostatnich dwóch tygodni.

1. Jak często miał/-a Pan/Pani uczucie pełności w żołądku ?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

2. Jak często odczuwał/-a Pan/Pani zmęczenie lub znużenie?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

3. Jak często odczuwał/-a Pan/Pani bóle ?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

4. Jak często był/-a Pan/Pani senna w ciągu dnia?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

5. Jak często odczuwał/-a Pan/Pani ból brzucha?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

6. Jak często występowała u Pana/Pani duszność podczas codziennej aktywności ?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

7. Jak często nie był/-a Pan/Pani w stanie zjeść tyle, ile by Pan/Pani chciała ?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

8. Jak często występowała u Pana/Pani obniżona siła mięśniowa?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

9. Jak często miał/-a Pan/i problemy z podnoszeniem lub dźwiganiem ciężkich przedmiotów?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

10. Jak często czuł/-a się Pan/-i zaniepokojony/-a ?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

11. Jak często odczuwał/-a Pan/-i obniżony poziom energii?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

12. Jak często czuł/-a się Pan/-i nieszczęśliwy/-a?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
13. Jak często czuł/-a się Pan/-i znużony?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
14. Jak często ze względu na chorobę musiał/-a Pan/-i ograniczyć posiłki?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
15. Jak często czuł/-a się Pan/-i poirytowany/-a?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
16. Jak często miał/-a Pan/-i problemy ze snem?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
17. Jak często odczuwał/-a Pan/-i dyskomfort w jamie brzusznej?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
18. Jak często martwił/-a się Pan/-i wpływem choroby wątroby na życie rodzinne?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
19. Jak często odczuwał/-a Pan/-i wahania nastroju?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
20. Jak często miał/-a Pan/-i problemy z zasypianiem?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
21. Jak często odczuwał/-a Pan/-i skurcze mięśniowe?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
22. Jak często obawiał/a się Pan/i, że objawy choroby wątroby staną się głównym problemem?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
23. Jak często odczuwał/-a Pan/-i suchość w ustach?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
24. Jak często miał/-a Pan/-i obniżony nastrój?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
25. Jak często martwił/-a się Pan/-i spadkiem swojej kondycji?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
26. Jak często miał/-a Pan/-i problemy z koncentracją ?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
27. Jak często przeszkadzał Panu/-i świąd skóry ?
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

28. Jak często obawiał się Pan/-i, że już nigdy nie będzie się czuł/-a Pan/-i lepiej?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

29. Jak często obawiał/-a się Pan/-i o dostępność przeszczepu wątroby w razie takiej konieczności ?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. Gut. 1999; 45:295-300 2. Wunsch E: Wpływ encefalopatii wątrobowej na jakość życia pacjentów z marskością wątroby. Analiza z zastosowaniem krytycznej częstotliwości migotania. Praca doktorska. Pomorski Uniwersytet Medyczny Szczecin 2008 3. Sierpińska L. Wybrane narzędzia oceny jakości życia chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Aspekty zdrowia i choroby. 2017; 3: 9–18 4. Yacavone RF, Locke GR, III, Provenzale DT, et al. Quality of life measurement in gastroenterology: what is available? Am J Gastroenterol 2001; 96: 285-97. 5. Kashmira S, Chawla I, Jayant A, et al. Reliability and validity of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) in adults with non-alcoholic steatohepatitis (NASH) BMJ Open Gastroenterol. 2016; 3(1): e000069. 6. Rucci P, Taliani G, Cirrincione L, et al. Validity and reliability of the Italian version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ-I) for the assessment of health-related quality of life. Dig Liver Dis. 2005; 37:850-60. 7. Sierpińska L. Evaluation of the quality of life people infected with HCV – proposed research instruments. Medical and Biological Sciences 2015; 29: 13–16 8. Janani K, Jain M, Vargese J, et al. Health-related quality of life in liver cirrhosis patients using SF-36 and CLDQ questionnaires Clin Exp Hepatol. 2018; 4:232-239. 9. Hasan I, Putra RP, Yuniastuti E, et al. The Validity and Reliability of the Indonesian Version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) in Measuring Quality of Life in Patients with Liver Cirrhosis. Acta Med Indones, 2022; 54: 10-18. 10. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00863109

Grupa skal	CHOROBY ZAKAŻNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.A.2. Wskaźnik Wpływu Dolegliwości Skórnych na Jakość Życia	
Nazwa skali w języku angielskim	Dermatology Life Quality Index	
Skrót	DLQI	
Wersja skali	Właściwa: Wskaźnik Wpływu Dolegliwości Skórnych na Jakość Życia - DLQI Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Andrew Finlaya i współpracownicy z Uniwersytetu w Cardiff, Wielka Brytania.
Rok publikacji	1994	
	Źródło	Finlay, A. Y. and Khan, G. K.. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Dermatology. 1994; 19: 210-216 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Szepietowski Jacek, Salomon Joanna, Finlay Andrew Y. Klepacki Andrzej, Chodynicka Bożena
	Rok publikacji	2004

Choroby zakaźne

	Źródło	Szepietowski J, Salomon J, Finlay A.Y. Klepacki A, Chodyncka B, Marionneau N, TaYeb C, Myon E: Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia — Dermatology Life Quality Index (DLQI): polska wersja językowa. Dermatol. Klin. 2004; 6: 63–70 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia (DLQI) jest narzędziem opracowanym w celu badania jakości życia w chorobach dermatologicznych [3-4]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Ważne jest podanie związku z pacjentem, diagnozy pacjenta (jeżeli jest znana) a kwestionariusz dotyczy członków rodziny/partnera chorego.
	Struktura skali	Badane są aspekty (10 pytań) między innymi w zakresie: odczuć skórnych, sytuacji społecznych z tym związanych, w tym możliwość uprawiania sportu, aktywności zawodowej, kontaktów między ludzkich w tym aktywności seksualnej, za które można uzyskać od 0-3 pkt. Dla każdego pytania można zakreślić stwierdzenie odpowiadające nasileniu odczuć w danym zakresie: bardzo mocno – 3 pkt., bardzo – 2 pkt., trochę – 1 pkt., wcale – 0 pkt [1,5].
	Orientacyjny czas badania	5-10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W procesie walidacji polskiej wersji językowej DLQI (Dermatology Life Quality Index) przeprowadzonym przez Szepietowskiego i wsp.[2] uzyskano bardzo dobrą wewnętrzną spójność skali przy użyciu współczynnika Alfa-Cronbacha o wartości 0,9. W innych badaniach Szepietowskiego i wsp.[4-5] mających na celu opracowanie i walidację polskich wersji językowych kwestionariuszy służących do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: skali 6-stopniowej i kwestionariusza 33-stopniowego, uzyskano podobne wyniki (odpowiednio 0,84 i 0,86). Powtarzalność skal, określona przy użyciu wewnątrzklasowego współczynnika korelacji ICC, wyniosła dla polskich wersji odpowiednio 0,82 i 0,73. Dzięki wysokim wartościom współczynnika Alfa-Cronbacha i wewnątrzgrupowego współczynnika korelacji ICC polską wersję FDLQI można uznać za wiarygodną, a tym samym możliwe jest jej wykorzystanie do badań wpływu choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny[7-9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli powyżej 16 roku życia
	Miejsce badanych	Szpital, dom, dowolne miejsce
	Stan badanych	Nie wymaga wyjaśnień i można je po prostu przekazać członkowi rodziny/partnerowi pacjenta, który zostanie poproszony o jego wypełnienie bez konieczności szczegółowego wyjaśniania.
	Sytuacje	Relacje partnerskie/rodzinne
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, terapeuci, firmy farmaceutyczne, studenci, badacze Osoby nieprofesjonalne, opiekunowie nieformalni, członkowie rodziny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Liczbę uzyskanych punktów uzyskuje się wskaźnik oceny gdzie: 0-1 pkt. - normalna jakość życia (no effect on patient QoL) 2-5 pkt. - nieznacznie obniżona jakość życia (small effect) 6-10 pkt. - umiarkowanie obniżona jakość życia (moderate effect) 11-20 pkt. - mocno obniżona jakość życia (very large effect) 21-30 pkt. - bardzo mocno obniżona jakość życia (extremely large effect) [10].
Formularz skali/ kwestionariusz	

Polska wersja Dermatology Life Quality Index (DLQI – wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych).

Celem tego kwestionariusza jest zbadanie w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie

W OSTATNIM TYGODNIU.

Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć jedną kratkę.

1. W jakim stopniu odczuwał/a Pan/Pani w ostatnim tygodniu swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

2. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia był/a Pan/Pani zaniepokojony/a lub zażenowany/a stanem swojej skóry?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

3. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

Nie dotyczy

4. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani ubiór?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

Nie dotyczy

5. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

Nie dotyczy

6. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w uprawianiu sportu?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

Nie dotyczy

7. Czy w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne uniemożliwiały Panu/Pani pracę lub naukę?

Tak

Nie

Nie dotyczy

Jeśli odpowiedział Pan/Pani „Nie”, to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne Pana/Pani utrudniały Panu/Pani pracę zawodową lub naukę?

Bardzo

Trochę

Wcale

8. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi lub rodziną?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

Nie dotyczy

9. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Pana/Pani skóry utrudniał współżycie seksualne?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

Nie dotyczy

10 W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Pana/Pani problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku czy nadmierne zaabsorbowanie czasu?

Bardzo mocno

Bardzo

Trochę

Wcale

Nie dotyczy

Punktacja DLQI:

0-1 pkt. - normalna jakość życia (no effect on patient QoL)

2-5 pkt. - nieznacznie obniżona jakość życia (small effect)

6-10 pkt. - umiarkowanie obniżona jakość życia (moderate effect)

11-20 pkt. - mocno obniżona jakość życia (very large effect)

21-30 pkt. - bardzo mocno obniżona jakość życia (extremely large effect)

Skala:

Bardzo mocno – 3 pkt.

Bardzo – 2 pkt.

Trochę – 1 pkt.

Wcale – 0 pkt.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Finlay A.Y, Khan, G. K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Dermatology. 1994, 19: 210-216. 2. Szepietowski J, Salomon J, Finlay AY. i wsp. Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia — Dermatology Life Quality Index (DLQI): polska wersja językowa. Dermatol. Klin. 2004; 6: 63–70. 3. Ali FM, Johns N, Finlay AY, et al. Comparison of the paper-based and electronic versions of the Dermatology Life Quality Index: evidence of equivalence. Br J Dermatol 2017; 117: 1306-15

	4. Szepietowski J, Adamski Z, Chodorowska G i wsp. Leczenie łuszczycy zwyczajnej – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczycza łagodna, łuszczycza wieku dziecięcego. Przegl. Dermatol 2012; 99,:83–96 5. Hrehorów E, Szepietowski J, Reich A. i wsp. Narzędzia do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: polskie wersje językowe . Dermatol. Klin. 2006; 8: 253–258. 6. Thomas KS, Apfelbacher CA, Chalmers JR et al. Recommended core outcome instruments for health-related quality of life, long-term control and itch intensity in atopic eczema trials: results of the HOME VII consensus meeting. Br J Dermatol 2021. 7. Basra M.K, · Salek M.S,· Camilleri L.et al. Determining the minimal clinically important difference and responsiveness of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): further data. Dermatology. 2015, 230: 27-33. 8. Rolka H. Lewko J, Kuprianowicz M, i wsp. Wpływ zmian trądzikowych na wybrane parametry jakości życia. Dermatologia Kliniczna 2008, 10: 15-19 9. Wysoczyńska K, Żebrowska A, Waszczykowska E. Ocena jakości życia chorych na pęcherzycę, Przegl Dermatol 2013, 100, 139–145 10. https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index
--	---

Grupa skal	CHOROBY ZAKAŹNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.A.3. Kwestionariusz oceniający wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny	
Nazwa skali w języku angielskim	The Family Dermatology Life Quality Index	
Skrót	FDLQI	
Wersja skali	Właściwa: Kwestionariusz oceniający wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny Skrócona: RODZINNY DERMATOLOGICZNY INDEKS JAKOŚCI ŻYCIA	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Andrew Finlaya
	Rok publikacji	2007
	Źródło	Basra MKA, Sue-Ho R, Finlay AY. The Family Dermatology Life Quality Index; measuring the secondary impact of skin disease. Br J Dermatol 2007; 156: 528-538. Erratum: British Journal of Dermatology 2007; 156: 791 (Correct FDLQI given here) [1]..
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Joanna Marciniak, Adam Reich, Jacek Szepietowski (Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii oraz Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu)
	Rok publikacji	2016
	Źródło	Marciniak J, Reich A, Szepietowski J. The Family Dermatology Life Quality Index — opracowanie i walidacja polskiej wersji językowej. Forum Dermatologicum. 2016; 2: 24–28[2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Pytania nawiązują do wpływu schorzenia skórniego krewnego/partnera na jakość życia osoby badanej w ostatnim miesiącu [1-3].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Ważne jest podanie związku z pacjentem, diagnozy pacjenta (jeżeli jest znana) a kwestionariusz dotyczy członków rodziny/partnera chorego [3].

	Struktura skali	Skala składa się z 10 pytań dotyczących wpływu zmiany skórnej na życie codzienne, między innymi na stan fizyczny, psychiczny, na relacje towarzyskie, osobiste, pracę, naukę, codzienne wydatki. Odpowiedź którą udziela się mieści się w 4 kategoriach możliwych odpowiedzi zgodnie ze stopniowaniem: Wcale/Nie dotyczy, Niewiele, Dużo, Bardzo dużo [1-4].
	Orientacyjny czas badania	5-10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusza FDLQI może być z powodzeniem wykorzystywana do oceny wpływu schorzenia dermatologicznego na jakość życia członków rodziny chorego. W innych badaniach Szepietowskiego i wsp.[, mających na celu opracowanie i walidację polskich wersji językowych kwestionariuszy służących do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: skali 6-stopniowej i kwestionariusza 33-stopniowego, uzyskano podobne wyniki (odpowiednio 0,84 i 0,86). Powtarzalność skal, określona przy użyciu wewnątrzklasowego współczynnika korelacji ICC, wyniosła dla polskich wersji odpowiednio 0,82 i 0,73. Dzięki wysokim wartościom współczynnika Alfa-Cronbacha i wewnątrzgrupowego współczynnika korelacji ICC polską wersję FDLQI można uznać za wiarygodną, a tym samym możliwe jest jej wykorzystanie do badań wpływu choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny [5-9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli powyżej 16 roku życia
	Miejsce badanych	Szpital, dom, dowolne miejsce
	Stan badanych	Nie wymaga wyjaśnień i można je po prostu przekazać członkowi rodziny/partnerowi pacjenta, który zostanie poproszony o jego wypełnienie bez konieczności szczegółowego wyjaśniania.
	Sytuacje	Relacje partnerskie/rodzinne
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, terapeuci, firmy farmaceutyczne, studenci, badacze Osoby nieprofesjonalne: opiekunowie nieformalni, członkowie rodziny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kategoriom odpowiedzi przyporządkowana jest liczba punktów: Wcale/Nie dotyczy = 0; Niewiele = 1; Dużo = 2; Bardzo dużo= 3; Nie dotyczy = 0, Pytanie bez odpowiedzi = 0 Całkowity wynik jest obliczany przez zsumowanie wyniku z każdego pytania (10 pytań), co daje maksymalnie 30 pkt i minimum 0 pkt. Im wyższy wynik, tym bardziej pogarsza się jakość życia. Kwestionariusz może być również wyrażony jako procent maksymalnej możliwej liczby 30 punktów. Interpretacja błędnie wypełnionych kwestionariuszy. Prawidłowe wypełnienie kwestionariusza jest bardzo wysokie. Jednak czasami badani popełniają błędy. Jeśli jedno pytanie pozostanie bez odpowiedzi, otrzymuje on 0 punktów, a wyniki są sumowane i wyrażane jak zwykle z maksymalną liczbą 30 punktów. Jeśli dwa lub więcej pytań pozostaje bez odpowiedzi, kwestionariusz nie jest punktowany. Jeśli zaznaczono dwie lub więcej opcji odpowiedzi, należy odnotować opcję odpowiedzi z najwyższym wynikiem. W przypadku odpowiedzi między dwoma polami wyboru należy odnotować niższą z dwóch opcji punktacji [10].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

RODZINNY DERMATOLOGICZNY INDEKS JAKOŚCI ŻYCIA

Imię i nazwisko:

Wynik FDLQI:

Związek z pacjentem:

Diagnoza pacjenta (jeżeli znana):

Data:

Pytania nawiązują do wpływu schorzenia skórniego twojego krewnego/partnera na twoją jakość życia w ostatnim miesiącu.

Proszę uważnie przeczytać pytania i zaznaczyć jedną kratkę dla każdego pytania.

1. W ciągu ostatniego miesiąca jak wiele emocjonalnej udręki doznałeś/łaś z powodu choroby skóry twojego krewnego/partnera (np. zmartwienia, depresji, zawstydzienia, frustracji)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

2. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoje fizyczne samopoczucie (np. zmęczenie, wyczerpanie, przyczynienie się do problemów zdrowotnych, zaburzenie snu/odpoczynku)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

3. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoje osobiste z nim stosunki albo z innymi osobami?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

4. W ciągu ostatniego miesiąca jak wiele doznałeś/łaś trudności związanych z reakcją innych ludzi na chorobę skóry twojego krewnego/partnera (np. znęcanie się, gapienie się, konieczność wyjaśniania innym jego/jej problemów skórnych)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

5. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoje życie towarzyskie (np. wychodzenie, odwiedzanie lub zapraszanie osób, uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

6. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na rozrywkę/czas wolny (np. wakacje, własne hobby, siłownię, sporty, pływanie, oglądanie TV)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

7. W ciągu ostatniego miesiąca ile czasu zajęło ci dbanie o twojego krewnego/partnera (np. nakładanie kremów, podawanie leków lub dbanie o jej/jego skórę)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

8. W ciągu ostatniego miesiąca ile dodatkowych obowiązków domowych musiałeś/łaś wykonać z powodu choroby skóry twojego krewnego/partnera (np. sprzątanie, odkurzanie, pranie, gotowanie)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

9. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoją pracę/naukę (np. potrzeba wzięcia wolnego, niezdolność do pracy, zmniejszenie liczby godzin przepracowanych, problemy z osobami w pracy)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

10. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera zwiększyła twoje codzienne domowe wydatki (np. koszty podróży, zakup specjalnych produktów, kremów, kosmetyków)?

Wcale/Nie dotyczy ☐ Niewiele ☐ Dużo ☐ Bardzo dużo ☐

Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza.

©M.K.A. Basra, A.Y. Finlay. Cardiff University 2005.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Basra MKA, Sue-Ho R, Finlay AY. The Family Dermatology Life Quality Index; measuring the secondary impact of skin disease. Br J Dermatol 2007; 156: 528-538. Erratum: British Journal of Dermatology 2007; 156: 791 (Correct FDLQI given here). 2. Marciniak J, Reich A, Szepietowski J. The Family Dermatology Life Quality Index — opracowanie i walidacja polskiej wersji językowej. Forum Dermatologicum. 2016; 2: 24–282 3. Basra M K A, Finlay A Y. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. Br J Dermatol 2007; 156: 929-937. 4. Basra MKA, Edmunds O, Salek MS et al. Measurement of family impact of skin disease: further validation of the Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI). J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22: 813-21. 5. Higaki Y, Tanaka M, Futei Y, et al. Japanese Version of the Family Dermatology Life Quality Index: translation and validation. Journal of Dermatology 2017; 44: 914-919. 6. Safizadeh H, Nakhache N, Shamsi-Meymandi S et al. Preliminary reliability and validity of Persian version of the Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI) Quality of Life Research 2014, 23: 869–75. 7. Shah R, Ali FM, Finlay AY, Salek MS. Family reported outcomes, an unmet need in the management of a patient's disease: appraisal of the literature. Health Qual Life Outcomes. 2021 Aug 5;19(1):194. 8. Szepietowski J., Salomon J., Finlay A.Y. i wsp. Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia — Dermatology Life Quality Index (DLQI): polska wersja językowa. Dermatol. Klin. 2004; 6: 63–70. 9. Hrehorów E., Szepietowski J., Reich A. i wsp. Narzędzia do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: polskie wersje językowe. Dermatol. Klin. 2006; 8: 253–58. 10. https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/family-dermatology-life-quality-index

Grupa skal	CHOROBY ZAKAŻNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.A.4. Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy GNDS	
Nazwa skali w języku angielskim	The Guy's Neurological Disability Scale	
Skrót	GNDS	
Wersja skali	Właściwa: The Guy's Neurological Disability Scale – GNDS Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Sharrack and Hughes
	Rok publikacji	1999
	Źródło	Sharrack B, Hughes R.A: The Guy's Neurological Disability Scale (GNDS): a new disability measure for multiple sclerosis. Multiple Sclerosis. 1999, 5: 223–233 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Dymecka Joanna
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Dymecka J, Bidzan M, Rautszko R, i wsp. Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy jako istotne narzędzie do oceny objawów występujących u osób z SM. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2017, 1 (22): 85 – 106 [2]/
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Jest kompleksowym narzędziem do oceny niepełnosprawności chorych na stwardnienie rozsiane. Przy użyciu GNDS można określić ogólny stopień niepełnosprawności osoby chorej na stwardnienie rozsiane oraz określić jej poziom funkcjonowania w dwunastu istotnych aspektach takich jak: funkcje poznawcze, nastrój, wzrok, mowa, połykanie, funkcjonowanie kończyn dolnych, funkcjonowanie kończyn górnych, funkcjonowanie pęcherza moczowego, jelit, funkcjonowanie seksualne, zmęczenie oraz inne, mniej powszechne objawy stwardnienia rozsianego np.: skurcze, zawroty głowy. Stopień niepełnosprawności w każdej z kategorii oceniany jest według wpływu na pacjenta, wymaganej pomocy ze strony osób trzecich. Skala GNDS jest wartościowym i użytecznym narzędziem służącym do oceny niepełnosprawności osób chorych na stwardnienie rozsiane. Analiza rzetelności skali GNDS polegała na oszacowaniu jej wewnętrznej spójności przez zastosowanie współczynnika α – Cronbacha. Współczynnik α – Cronbacha dla skali GNDS wyniósł 0,70. Cała skala GNDS wykazała adekwatną rzetelność [3-5].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Funkcjonowanie chorego może być ocenione w 12 odrębnych podskalach na sześciu poziomach nasilenia, gdzie 0 – oznacza normę; 1 – objawy niepowodujące niepełnosprawności; 2 – lekka niepełnosprawność niewymagająca pomocy od innych; 3 – umiarkowana niepełnosprawność wymagająca pomocy od innych; 4 – ciężka niepełnosprawność, niemal całkowita utrata

		funkcji; 5 – całkowita utrata funkcji, wymaga maksymalnej pomocy. Każda podskala uzupełniona została o wywiad, który składa się z zestawu pytań, pozwalających określić trudności osób chorych[2, 6-7].
	Orientacyjny czas badania	20 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala ta została opracowana jako narzędzie, które może być powszechnie używane w praktyce klinicznej i do prowadzenia badań naukowych. W badaniach wykazano związek wyniku skali GNDS z wynikiem uzyskanym w skali EDSS, która jest najpopularniejszą skalą do mierzenia niepełnosprawności u osób ze stwardnieniem rozsianym. Wyniki wskazują na satysfakcjonującą trafność kryterialną skali GNDS [8-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe/pełnoletnie
	Miejsce badania	Szpital, dom pomocy społecznej, dom rodzinny.
	Stan badanych	Będący w kontakcie słownym
	Sytuacje	Chory na stwardnienie rozsiane
	Inne	Może być wypełniany przez telefon lub korespondencyjnie
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci Osoby nieprofesjonalne: rodzina pacjenta, opiekunowie nieformalni. Może być wypełniany przez telefon bez uprzedniego przygotowania	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora walidacji polskiej
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każdy aspekt funkcjonowania ocenia się za pomocą pytań od 4 do 8 poprzez udzielenie odpowiedzi „tak” lub „nie”. W obszarach: funkcje poznawcze, nastrój, mowa oraz poruszanie umieszczone są także pytania z prośbą o opinię opiekuna lub członka rodziny pacjenta. Wyniki z poszczególnych podskal są sumowane, co daje możliwość opisania całkowitej niepełnosprawności chorego. Wyniki mogą się mieścić w przedziale od 0 pkt. – brak niepełnosprawności, do 60 pkt. – całkowita niepełnosprawność. Przyjęto trzy poziomy oceny niepełnosprawności chorego: niski – od 0 pkt. do 20 pkt., średni – od 21 pkt. do 40 pkt., wysoki – od 41 pkt. do 60 pkt. [2-4].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala niepełnosprawności neurologicznej Guy’a

(Guy’s Neurological Disability Scale)

Skala jest przeznaczona do oceny niepełnosprawności u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Kwestionariusz odnosi się do Ciebie, na większość pytań jesteś w stanie odpowiedzieć samodzielnie. Jednak niektóre pytania będą wymagały zasięgnięcia opinii innych osób i możesz mieć trudności w odpowiedzi na nie, dlatego osoba z rodziny, przyjaciel lub opiekun mogą Ci w tym pomóc.

Pytania dotyczą 12 obszarów Twojego życia. Pytania znajdują się w tabeli, na każde możesz odpowiedzieć (lub poprosić opiekuna, by to zrobił) „tak” lub „nie”

Choroby zakaźne

ZABURZENIA POZNAWCZE		TAK	NIE
1.	Czy masz jakikolwiek problem z pamięcią lub zdolnością do koncentracji i rozwiązywania problemów?		
2.	Czy Twoja rodzina lub przyjaciele uważają, że masz taki problem?		
<i>Jeśli odpowiedź na pytanie 1 lub 2 brzmi „tak”:</i>			
3.	Czy potrzebujesz pomocy innych osób w planowaniu codziennych spraw, w sprawach finansowych czy podejmowaniu decyzji?		
<i>Jeśli „tak”: (do osoby badającej lub opiekuna)</i>			
4.	Czy pacjent jest zorientowany co do osób, miejsca i czasu? Tak, całkowicie Tak, częściowo Nie, jest całkowicie zdezorientowany		
ZABURZENIA NASTROJU		TAK	NIE
1.	Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś strach, zdenerwowanie, przygnębienie lub miałeś wahania nastroju?		
2.	Czy w związku z tym problemem bierzesz jakiegokolwiek leki?		
<i>Jeśli odpowiedź na pierwsze pytanie brzmi „tak”:</i>			
3.	Czy ten problem wpływa na Twoją zdolność do wykonywania codziennych czynności, takich jak praca zawodowa, prace domowe czy normalne życie towarzyskie lub rodzinne?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
4.	Czy ten problem jest na tyle poważny, że przeszkadza Ci we wszystkich Twoich codziennych czynnościach?		
5.	Czy w związku z problemami z nastrojem byłeś w ciągu ostatniego miesiąca hospitalizowany?		
PROBLEMY ZE WZROKIEM		TAK	NIE
1.	Czy masz jakikolwiek problem ze wzrokiem, który nie może być skorygowany przez zwykłe okulary?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
2.	Czy jesteś w stanie odczytać normalny druk w gazecie (w okularach, lecz nie przy użyciu szkła powiększającego)?		
<i>Jeśli „nie”:</i>			
3.	Czy jesteś w stanie przeczytać duży druk w gazecie?		
<i>Jeśli „nie”:</i>			
4.	Czy jesteś w stanie policzyć swoje palce, gdy trzymasz rękę przed sobą?		
<i>Jeśli „nie”:</i>			
5.	Czy jesteś w stanie zobaczyć swoją rękę, gdy ruszasz nią przed sobą?		
PROBLEMY Z MOWĄ I KOMUNIKOWANIEM SIĘ		TAK	NIE
1.	Czy masz jakikolwiek problem z mową i komunikowaniem się?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
2.	Czy musisz powtarzać to, co mówiłeś, gdy rozmawiasz z osobami obcymi?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
3.	Czy musisz powtarzać to, co mówiłeś, gdy rozmawiasz z osobami z rodziny i bliskimi przyjaciółmi?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			

4.	Czy musisz używać gestów lub korzystać z pomocy Twojego opiekuna, by ludzie Cię rozumieli?		
<i>Jeśli „tak”: (do osoby badającej lub opiekuna)</i>			
5.	Czy pacjent jest zdolny do efektywnego komunikowania się przy użyciu tych metod?		
PROBLEMY Z POŁYKANIEM		TAK	NIE
1.	Czy musisz zachowywać ostrożność przy połykaniu pokarmów stałych lub płynów?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
2.	Czy musisz zachowywać ostrożność przy połykaniu większości posiłków?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
3.	Czy potrzebujesz specjalnej diety, rozdrobnionej lub płynnej, gdyż pomaga Ci to w połykaniu?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
4.	Czy dławisz się podczas większości posiłków?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
5.	Czy jesteś karmiony przez rurkę (sondę żołądkową lub gastrostomię)?		
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ KOŃCZYN GÓRNYCH		TAK	NIE
1.	Czy masz jakikolwiek problem z rękoma lub ramionami?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
2.	Czy masz jakiekolwiek trudności z zapinaniem zamków lub guzików?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
3.	Czy jesteś w stanie zapiąć wszystkie potrzebne Ci guziki i zamki bez pomocy?		
4.	Czy masz jakikolwiek problem z zawiązaniem sznurówek na kokardę?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
5.	Czy jesteś w stanie zawiązać sobie sznurówki bez pomocy?		
6.	Czy masz jakiekolwiek trudności z umyciem i uczesaniem Twoich włosów?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
7.	Czy jesteś w stanie umyć i uczesać włosy bez pomocy?		
8.	Czy masz trudności z samodzielnym jedzeniem?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
9.	Czy jesteś w stanie zjeść bez pomocy?		
W przypadku, gdy osoba nie jest w stanie wykonać żadnej z wyżej wymienionych czynności:			
10.	Czy jesteś w stanie wykonać jakiekolwiek czynności rękoma lub ramionami?		
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH		TAK	NIE
1.	Czy masz jakikolwiek problem z chodzeniem?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
2.	Czy korzystasz z pomocy przy chodzeniu?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
3.	Jak zazwyczaj poruszasz się na zewnątrz? ☐ bez pomocy ☐ z jednym kijkiem lub kulą, lub wspierając się na czyimś ramieniu ☐ z dwoma kijkami lub kulami, lub z jedną kulą i jednocześnie wspierając się na czyimś ramieniu ☐ na wózku inwalidzkim		

Choroby zakaźne

4.	Jak zazwyczaj poruszasz się w pomieszczeniu? ☐ bez pomocy ☐ z jednym kijkiem lub kulą, lub wspierając się na czyimś ramieniu ☐ z dwoma kijkami lub kulami, lub z jedną kulą i jednocześnie wspierając się na czyimś ramieniu ☐ na wózku inwalidzkim		
<i>Jeżeli używasz wózka inwalidzkiego:</i>			
5.	Czy możesz wstać i przejść z pomocą kilka kroków?		
PROBLEMY Z PĘCHERZEM		TAK	NIE
1.	Czy masz jakiegokolwiek problemy z pęcherzem?		
2.	Czy bierzesz leki w związku z tym problemem?		
<i>Jeśli odpowiedź na pytanie pierwsze brzmi „tak”:</i>			
3.	Czy musisz spieszyć się do toalety, chodzić do niej często lub masz trudności z rozpoczęciem oddawania moczu?		
4.	Czy miałeś problemy z nietrzymaniem moczu w ciągu ostatniego miesiąca?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
5.	Czy miałeś problemy z nietrzymaniem moczu w ciągu ostatniego tygodnia?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
6.	Czy masz problemy z nietrzymaniem moczu na co dzień?		
7.	Czy używasz cewnika do opróżniania pęcherza?		
8.	Czy potrzebujesz stałego cewnikowania?		
PROBLEMY Z JELITAMI		TAK	NIE
1.	Czy występują u Ciebie problemy z wypróżnianiem?		
2.	Czy stosujesz leki związane z tym problemem?		
<i>Jeśli odpowiedź na pytanie pierwsze brzmi „tak”:</i>			
3.	Czy cierpisz z powodu zaparc?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
4.	Czy stosujesz środki przeczyszczające lub czopki, aby poradzić sobie z tym problemem?		
5.	Czy zazwyczaj stosujesz lewatywy?		
6.	Czy zazwyczaj musisz pomagać sobie ręcznie w wypróżnianiu?		
7.	Czy musisz się spieszyć do toalety w celu wypróżnienia?		
8.	Czy zdarzyły Ci się wypadki nietrzymania kału w ostatnim tygodniu?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
9.	Czy masz problemy z nietrzymaniem kału każdego tygodnia?		
PROBLEMY SEKSUALNE		TAK	NIE
Następny zestaw pytań odnosi się do funkcjonowania seksualnego, czy wyrażasz ☐ zgodę na odpowiedź na nie? ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy (osoba nieaktywna seksualnie)			
<i>Jeżeli pacjent wyrazi zgodę:</i>			
1.	Czy masz problemy z funkcjonowaniem seksualnym?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
2.	Czy masz problem z brakiem popędu seksualnego?		

3.	Czy masz problemy z zaspokojeniem siebie lub Twojego partneraseksualnego?		
4.	Czy na Twoje funkcjonowanie seksualne wpływa stan fizyczny związany ze zmienionym uczuciem narządów płciowych, bólu lub skurczów?		
5.	Czy masz problem z: – mężczyźni: erekcją/wytryskiem? – kobiety: nawilżeniem/orgazmem?		
<i>W przypadku występowania problemów seksualnych:</i>			
6.	Czy którykolwiek z tych problemów powstrzymuje Cię przed aktywnością seksualną?		
ZMĘCZENIE		TAK	NIE
1.	Czy w ostatnim miesiącu czułeś się zmęczony lub łatwo męczyłeś się?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
2.	Czy czujesz się zmęczony przez większość dni?		
3.	Czy to zmęczenie wpływa na Twoją zdolność do wykonywania codziennych czynności, takich jak praca zawodowa, prace domowe lub sportowania z rodziną lub przyjaciółmi?		
<i>Jeśli „tak”:</i>			
4.	Czy to zmęczenie było na tyle poważne, żeby przeszkadzać Ci w wykonywaniu wszystkich codziennych czynności?		
5.	Czy to zmęczenie było na tyle poważne, żeby powstrzymywać Cię przed każdą aktywnością fizyczną?		
INNE PROBLEMY		TAK	NIE
1.	Czy masz inne problemy związane z SM, takie jak ból, skurcze, zawroty głowy, które nie zostały wymienione do tej pory?		
2.	Czy zażywasz jakiegokolwiek leki na te dolegliwości?		
<i>Jeśli odpowiedź, na którekolwiek z powyższych pytań brzmi „tak”:</i>			
3.	Wskaż swój najpoważniejszy problem		
4.	Czy ten problem wpływa na Twoją zdolność do wykonywania codziennych czynności?		
5.	Czy problem ten jest na tyle poważny, żeby przeszkadzać Ci w wykonywaniu wszystkich codziennych czynności?		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Sharrack B, Hughes RA: The Guy's Neurological Disability Scale (GNDS): a new disability measure for multiple sclerosis. <i>Multiple Sclerosis</i> 1999, 5: 223–233. - Dymecka J, Bidzan M, Rautszko R, i wsp. Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy jako istotne narzędzie do oceny objawów występujących u osób z SM. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2017, 1 (22): 85 – 106. - Rossier P, Wade D.T: The Guy's Neurological Disability Scale in patients with multiple sclerosis: a clinical evaluation of its reliability and validity. <i>Clinical Rehabilitation</i>. 2002, 16: 75–95 - Szydło E: Obciążenie opiekunów osób chorych na stwardnienie rozsiane. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński Kraków 2022 - Dymecka J, Bidzan M: Biomedical Variables and Adaptation to Disease and Health – Related Quality of Life in Polish Patients with MS. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>. 2018, 15: 2678. - Mokkink LB, Knol DL, Uitdehaag B M: Factor structure of Guy's Neurological Disability Scale in a sample of Dutch patients with multiple sclerosis. <i>Multiple Sclerosis</i> 2011, 17: 1498–503.

	7. Pappalardo A, Patti F: Psychometric properties of the Italian version of the Guy's Neurological Disability Scale. <i>Functional Neurology</i> . 2010, 25(4): 223-33.
	8. Dymecka J, Gerymski R, Tataruch R, et al. Sense of Coherence and Health-Related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis: The Role of Physical and Neurological Disability. <i>J. Clin. Med.</i> 2022, 11, 1716.
	9. Akatani R, Chihara N, Tachibana H, et al. Validation of the Guy's Neurological Disability Scale as a screening tool for cognitive impairment in multiple sclerosis. <i>Mult Scler Relat Disord.</i> 2019, 35:272-5.
	10. Dymecka J, Bidzan-Bluma I, Bidzan, M, et al. Validity and reliability of the Polish adaptation of the health-related hardiness scale—The first confirmatory factor analysis results for a commonly used scale. <i>Health Psychol. Rep.</i> 2020, 8, 248–262.

II.2.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.1. Satysfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet
Nazwa skali w języku angielskim	Quality from Patient Perspective – Intrapartal
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Bodil Wilde-Larsson, Gerry Larsson, Linda J. Kvist, Ann-Kristin Sandin-Bojo
Państwo	Szwecja
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala składająca się z 62 pozycji testowych o charakterze zamkniętym oraz otwartym podzielonych strukturalnie na 3 części tj. cech demograficznych kobiet, ich pobytu w szpitalu oraz podstawowych danych z wywiadu położniczego, aspektów medycznych i niemedycznych opieki okołoporodowej, aspektów psychologicznych doświadczenia porodu), w których pacjentka (kobieta) ocenia jakość opieki świadczonej w okresie okołoporodowym oraz we wczesnym pōłogu. Narzędzie oparte jest na modelu teoretycznym jakości opieki ocenianej z perspektywy potrzeb pacjenta oraz wersji ogólnej kwestionariusza z 1994 roku. Skala ta wykorzystywana jest w innych wersjach do ewaluacji jakości m.in. w oddziałach chirurgii jednego dnia, fizjoterapii, paliatywnym, geriatrycznym w Szwecji, Norwegii, Hiszpanii, Francji i Wielkiej Brytanii. Celem wykorzystania skali może być ocena jakości opieki medycznej z punktu widzenia pacjenta lub prowadzenie badań naukowych.
Źródło bibliograficzne	Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., et al. Quality of care from a patient perspective: A grounded theory study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . 1993 7:113-120
Źródło on-line	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8159889/
Przykład 2	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.2. Wskaźnik jakości życia ze stomią
Nazwa skali w języku angielskim	Stoma Quality of Life Index – SQLI
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	ConvaTec
Państwo	Francja

Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Wskaźnik jakości życia pacjentów ze stomią składa się z 34 pozycji pogrupowanych w 3 części dotyczące: jakości życia, zadowolenia z opieki medycznej oraz poczucia własnej skuteczności. Część poświęcona jakości życia zawiera pytania o dobre samopoczucie psychiczne, dobre samopoczucie fizyczne, obraz ciała, ból, aktywność seksualną, odżywianie, problemy społeczne oraz radzenie sobie. Zadowolenie z opieki medycznej zawiera pytania o satysfakcję pacjenta z świadczonych usług, ich poprawę i doświadczenia z nimi związane. Ostatnia część dotyczy poczucia własnej skuteczności pacjentów oraz możliwości pomocy i porady. W pytaniach wyrażona jest 6-punktowa skala numeryczna od 0 (punkt odniesienia = np. „wcale” lub „bardzo słabe”) do 5 (punkt odniesienia = np. „bardzo dużo” lub „doskonałe”). Wyniki są sumowane, a następnie przekształcane liniowo, aby uzyskać zakres od 0 do 100. Im wyższa punktacja, tym lepsze postrzeganie jakości życia. Aby określić stopień jakości życia utworzono 3 przedziały punktowe dla każdej z dziedzin skali. W dziedzinie oceny jakości życia liczba punktów od 0 do 45 oznacza niski poziom jakości życia, liczba punktów przedziale od 46 do 79 średni poziom, a wysoki wynik w przedziale od 80 do 100 punktów. W dziedzinie satysfakcja z opieki medycznej przedziały punktowe od 0 do 43 oznaczają niski poziom, zakres punktów od 44 do 85 oznacza średni poziom, natomiast wysoki poziom satysfakcji z opieki medycznej mieści się od 86 do 100 punktów. Dla dziedziny własnej skuteczności pacjentów niski poziom zawiera się w przedziale od 0 do 46 punktów, średni poziom od 47 do 90 punktów, zaś wysoki poziom własnej skuteczności liczy się od 91 do 100 punktów. Skala wykorzystywana jest w ocenie stanu zdrowia pacjentów posiadających stomię lub w zakresie prowadzenia badań naukowych,
Źródło bibliograficzne	Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. Ostomy Wound Manage 2003; 49: 48-55
Źródło on-line	https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/stoma-quality-of-life-index
Przykład 3	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.3. Wyniki związane z pacjentem w zakresie jakości życia z HIV
Nazwa skali w języku angielskim	PROQOL-HIV Patient Related Outcomes Quality of Life-HIV
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Duracinsky Martin
Państwo	Francja
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Wynik zgłoszony przez pacjenta (Patient Reported Outcome – PRO) oznacza określony bezpośrednio przez pacjenta wynik leczenia, które u niego stosowano. Kwestionariusze PRO to kwestionariusze mieszane, wykorzystywane w badaniach klinicznych lub innych sytuacjach klinicznych, aby lepiej zrozumieć efektywność leczenia. PRO obejmuje cały zakres pomiarów opartych na kwestionariuszach ogólnych oraz specyficznych dla grupy pacjentów, u których ma być stosowany. Kwestionariusz PROQOL-HIV składa się z 43 pytań w 8 domenach: zdrowie fizyczne i objawy, wpływ na leczenie, problemy emocjonalne, problemy zdrowotne, zmiany w ciele, związki intymne, związki społeczne, stygmatyzacja. Pozycje zostały opracowane na podstawie wywiadów przeprowadzonych z osobami żyjącymi z HIV w 9 krajach. Wykorzystywany jest w zakresie prowadzonego leczenia i zadowolenia z niego przez pacjentów w HIV.
Źródło bibliograficzne	Duracinsky, M; Herrmann S, Berzins B, et al. The Development of PROQOL-HIV. An International Instrument to Assess the Health-Related Quality of Life of Persons Living With HIV/AIDS. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: 2012, 59 (5): 498-505 Cooper V, Clatworthy J, Harding R et al. Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. Health Qual Life Outcomes 2017;15: 220.

Źródło on-line	
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.4. Skala do oceny stygmatyzacji HIV u świadczeniodawców
Nazwa skali w języku angielskim	Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Wagner Anne C.
Państwo	Kanada
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala HPASS została opracowana na podstawie teorii stygmatyzacji HIV zaproponowanej przez Earnshaw i Chaudhira. Zaproponowali oni model trójstronny, który twierdzi, że stereotypy, dyskryminacja i uprzedzenia to trzy procesy, dzięki którym przejawia się stygmatyzacja wobec osób żyjących z HIV - PLWH (people living with HIV). W tym modelu stereotyp jest definiowany jako negatywne przekonanie wobec PLWH, dyskryminacja jako zachowanie wobec PLWH, a uprzedzenie jako negatywny stosunek emocjonalny do PLWH. Skala składa się z 24 elementów zgrupowanych w 4 domenach: lęk przed transmisją i chorobą; skojarzenie ze wstydem, winą i osądzaniem; osobiste wsparcie działań dyskryminacyjnych lub polityki wobec osób żyjących z HIV/AIDS; postrzegane wsparcie społeczności dla działań lub polityk dyskryminacyjnych. Może być wykorzystywany do oceny stygmatyzacji chorych w różnych sytuacjach życiowych oraz instytucjach.
Źródło bibliograficzne	Wagner AC, Hart TA, McShane KE, et al. Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). AIDS Behav. 2014, 18: 2397-408.
Źródło on-line	
Przykład 5	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.5. Zadowolenie pacjenta z HIV z leczenia antyretrowirusowego
Nazwa skali w języku angielskim	HIVTSQ (HIV Treatment Satisfaction Questionnaire)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Woodcock Alison i Bradley Clare
Państwo	Anglia
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz został opracowany w celu oceny leczenia osób zakażonych HIV. Kwestionariusz składający się z 10 itemów (aktualne leczenie, kontrola, skutki uboczne, stawiane wymagania, wygoda, elastyczność, zrozumienie, styl życia, polecenie innym terapii, możliwość kontynuacji leczenia) w zakresie których respondent odpowiada w skali Likerta od 0 do 6 przypisując wagę odpowiedzi od najbardziej niezadowolony do bardzo zadowolony. Doświadczenie dotyczy pacjentów którzy oceniają swoją terapię leczenie w ciągu kilku ostatnich tygodni- HIVTSQs. W przypadku kwestionariusza HIVTSQc doświadczenie własne pacjent wyraża w porównaniu to poprzedniej terapii prowadzonej w leczeniu HIV.
Źródło bibliograficzne	Woodcock A, Bradley C: Validation of the HIV treatment satisfaction questionnaire (HIVTSQ). Qual Life Res. 2001;10(6):517-531.
Źródło on-line	https://www.healthpsychologyresearch.com/guidelines/hivtsq-hiv-treatment-satisfaction-questionnaire

Przykład 6	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.6. Ocena Jakości życia pacjentów z HIV
Nazwa skali w języku angielskim	World Health Organisation Quality of Life for HIV- WHOQOL-HIV BREF
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	WHOQOL-HIV Group
Państwo	Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie to zostało opracowane w celu gromadzenia międzynarodowych i porównywalnych międzykulturowo danych dotyczących oceny jakości życia populacji HIV. Pytania odpowiadają definicji Jakości Życia jako postrzegania przez jednostki swojej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyją oraz w odniesieniu do ich celów, oczekiwań, standardów i obaw. Jest to kwestionariusz wypełniany samodzielnie lub przez ankietera, WHOQOL-HIV jest przeznaczony do użytku z WHOQOL-100 dla osób żyjących z HIV i AIDS. WHOQOL-100 obejmuje 25 aspektów QoL podzielonych na sześć domen: fizyczną, psychologiczną, niezależność, społeczną, środowiskową i duchową. Każdy z 25 aspektów WHOQOL-100 zawiera cztery elementy, które pytają o to, jak bardzo, jak całkowicie, jak często lub jak zaniepokojona jest dana osoba różnymi aspektami swojego życia. Pozycje są oceniane na 5-punktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza niskie, negatywne postrzeganie, a 5 wskazuje wysokie, pozytywne postrzeganie. Wyniki aspektów to średnia z czterech pozycji w każdym z nich. Oceny domen są uzyskiwane przez dodanie średnich aspektów w odpowiedniej domenie, podzielenie przez liczbę aspektów w tej domenie i pomnożenie przez 4, tak aby wyniki mieściły się w zakresie od 4 do 20.
Źródło bibliograficzne	WHOQOL-HIV Group: Preliminary development of the World Health Organisation's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. Social Science & Medicine 2003, 57: 1259-1275
Źródło on-line	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77775/WHO_MSD_MER_Rev.2012.02_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Przykład 7	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.7. Wielowymiarowy Kwestionariusz Jakości Życia dla osób z HIV/AIDS
Nazwa skali w języku angielskim	Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/AIDS - MQOL-HIV.
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Avis NE; Smith KW
Państwo	USA
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala składa się z 40 pytań skupionych wokół 10 domen specyficznych dla osób z HIV: zdrowie fizyczne, funkcjonowanie fizyczne, zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne, funkcjonowanie poznawcze, wsparcie społeczne, stan finansowy, funkcjonowanie seksualne, związki intymne, dostęp do opieki. Każda z tych domen mierzona jest czterema itemami. Każda pozycja jest sformułowana jako oświadczenie i jest poprzedzone pytaniem „Jak” często [czy] każde z tych stwierdzeń było prawdziwe dla Ciebie w ciągu ostatnich dwóch tygodni”. Opcje odpowiedzi w zakresie od „1 nigdy” do „7 zawsze”. Oddzielne wyniki domen można uzyskać, sumując częstotliwość 4 pozycji w każdej domenie, z możliwym zakresem 4–28. Oprócz QOL wyniki dla każdej domeny, jeden indeks podsumowujący dla ogólnej QOL można obliczyć za pomocą wyników domen dotyczące zdrowia

	i sprawności fizycznej. Dla indywidualnych ocen domen i podsumowania wynik indeksu, niski wynik oznacza słabą jakość życia i nawzajem. Kwestionariusz służy do oceny wielu aspektów życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.
Źródło bibliograficzne	1. Avis NE, Smith KW. Development of the MQOL-HIV: the Multidimensional Quality Of Life questionnaire for persons with HIV / AIDS. Quality of Life Newsletter. 1997;17:3-4 2. Smith KW, Avis NE, Mayer KH, Swislow L. Use of the MQOL-HIV with asymptomatic HIV-positive patients. Qual. Life Res. 1997; 6:555-560 3. Smith KW, Avis N, Mayer K. Responsiveness of the MQOL-HIV to quality of life changes in a cohort of HIV+ men. Int Conf AIDS. 1996, 11(238):7-12
Źródło on-line	
Przykład 8	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.8.
Nazwa skali w języku angielskim	The Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Wu AW
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Początkowy MOS-HIV opracowany w 1991 roku składał się z 30 pozycji, następnie instrument został rozszerzony do 34 pozycji. Ostateczny kwestionariusz składa się z 35 pozycji. Kwestionariusz był jednym z pierwszych narzędzi do oceny jakości życia z chorobą ukierunkowaną na dane schorzenie – dostępny jest dla populacji zakażonej HIV. MOS-HIV składa się z 11 wymiarów, z których 6 mierzy aspekty podobne do MQOL-HIV. Medical Outcome Study-HIV Health Survey (MOS-HIV) jest jednym z najczęściej używanych kwestionariuszy do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) u osób żyjących z HIV zarówno w warunkach medycznych, jak i w badaniach naukowych. Narzędzie została użyte przez wielu pacjentów zakażonych wirusem HIV w wielu krajach i jest używany na bieżąco w kilkudziesięciu badaniach klinicznych na całym świecie. Właściwości psychometryczne wirusa MOS-HIV w różnych populacjach i warunkach zostały szeroko opublikowane. MOS-HIV jest wiarygodnym instrumentem do oceny HRQoL u osób żyjących z HIV, do celów klinicznych i badawczych.
Źródło bibliograficzne	Wu AW, Revicki DA, Jacobson D et al. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV). Qual Life Res. 1997; 6:481-93.
Źródło on-line	https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/medical-outcome-study-hiv-health-survey
Przykład 9	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.9. Kwestionariusz do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C
Nazwa skali w języku angielskim	Hepatitis Quality of Life Questionnaire Version CLDQ-HCV
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Younossi ZM; Boparai N; McCormick M
Państwo	USA

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	CLDQ-HCV jest kwestionariuszem do samodzielnego wypełniania, zawierającym 29 pozycji podzielonych na cztery nienakładające się domeny: sferę emocjonalną, niepokój, objawy ogólnoustrojowe i aktywność/energię. Został pierwotnie opracowany jako zmodyfikowana wersja CLDQ do zastosowania w szczególności u pacjentów z HCV. Oryginalne pozycje z CLDQ zostały rozszerzone przez dodanie pozycji, które są istotne dla pacjentów z zakażeniem HCV. Pozycje te zostały wybrane z różnych źródeł (instrumenty ogólne i specyficzne dla wątroby, wywiady i grupy fokusowe z pacjentami z zakażeniem HCV). W przypadku CLDQ-HCV każda pozycja jest skonstruowana w sposób otwarty i punktowana w skali Likerta w zakresie od 1 do 7. Poziom jakości życia wśród zakażonych wirusem HCV jest obliczany na podstawie średniej z wszystkich punktów poszczególnych domen (CLDQ - HCV), tzw. współczynnik globalny. Wyższe dane liczbowe świadczą o lepszej jakości życia chorych na wzw typu C. Dla wszystkich pozycji sugeruje się 2-tygodniowy okres oceny.
Źródło bibliograficzne	1. Younossi ZM, Stepanova M, Henry L. Performance and Validation of Chronic Liver Disease Questionnaire-Hepatitis C Version (CLDQ-HCV) in Clinical Trials of Patients with Chronic Hepatitis C. Value Health. 2016; 19: 544-51
Źródło on-line	https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/chronic-liver-disease-questionnaire-hepatitis-c-version
Przykład 10	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.B.10. Kwestionariusz do oceny jakości życia małych dzieci
Nazwa skali w języku angielskim	The Infant Toddler Quality of Life Questionnaire™ ITQOL
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Landgraf Jeanne M
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz do oceny jakości życia niemowląt i małych dzieci (ITQOL) został przygotowany dla dzieci w wieku od 2 miesięcy do 5 lat. Kwestionariusz (ITQOL) przyjmuje definicję zdrowia jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia, a nie tylko brak choroby. Ten kwestionariusz został pierwotnie opracowany do użytku w randomizowanym badaniu klinicznym zgodnym ze standardowymi protokołami, przeglądem literatury dotyczącym stanu zdrowia niemowląt oraz przeglądem wytycznych rozwojowych stosowanych przez pediatrów. Oprócz fizycznych i psychospołecznych aspektów zdrowia dziecka obejmuje ocenę wpływ problemów zdrowotnych dziecka lub upośledzeń na życie rodzinne; kwestionariusz wypełniają rodzice. ITQOL jest koncepcyjnie podobny do Kwestionariusza Zdrowia Dziecka (CHQ), który jest jednym z najpowszechniej stosowanych mierników stanu zdrowia dzieci i został zweryfikowany międzykulturowo w 21 językach (32 kraje). Istnieją dwie wersje ITQOL - 47-elementowa wersja skrócona (ITQOL-SF47) i 97-elementowa wersja pełna (ITQOL). Mierzą one te same koncepcje – tylko z mniejszą liczbą elementów. Dla każdej koncepcji odpowiedzi na pozycje są punktowane, sumowane i przekształcane w skali od 0 (najgorszy stan zdrowia) do 100 (najlepszy stan zdrowia).
Źródło bibliograficzne	1. Raat H, Landgraf JM, Oostenbrink R, et al. Reliability and validity of the Infant and Toddler Quality of Life Questionnaire (ITQOL) in a general population and respiratory disease sample. Qual Life Res. 2007;16:445-60 2. Landgraf JM, Vogel I, Oostenbrink R, et al. Parent-reported health outcomes in infants/toddlers: measurement properties and clinical validity of the ITQOL-SF47. Qual Life Res. 2013;22: 635-46
Źródło on-line	https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/infant-and-toddler-quality-of-life-questionnaire

II.2.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.1. Skala Baxtera
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Baxter scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brak informacji o autorze
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Baxtera służy do oceny zagrożenia i przebiegu zapalenia żył w przebiegu ich kaniulacji Zakres badany skalą: 0- wklucie bez widocznych zmian, postępowanie: kontynuacja rutynowej obserwacji; 1- niewielki ból w miejscu wkłucia, zaczerwienienie, brak stwardnienia, obrzęku: postępowanie: możliwe pierwsze objawy zapalenia naczyń, kontynuacja obserwacji 2- ból w miejscu wkłucia, zaczerwienienie, niewielki obrzęk, brak stwardnienia i wyczuwalnego powrózka; postępowanie: wczesne objawy zapalenia naczyń, konieczne usunięcie wkłucia, nowe powinno być założone w innym miejscu 3- ból wzdłuż wkłucia, zaczerwienienie, stwardnienie wzdłuż wkłucia, obrzęk, wyczuwalny powróżek żylny mniejszy niż 3 cale nad wkłuciem; postępowanie: objawy zapalenia naczyń, usunięcie wkłucia, należy rozważyć leczenie 4- ból wzdłuż wkłucia, zaczerwienienie, obrzęk, wyczuwalne zgrubienia naczyń, powróżek żylny większy niż 3 cale nad miejscem wkłucia; postępowanie: zaawansowane zapalenie naczyń, usunięcie wkłucia, rozpoczęcie leczenia 5- ból wzdłuż wkłucia, zaczerwienienie, podwyższona temperatura, wyczuwalne zgrubienia naczyń, obrzęk, widoczna zakrzepica żylna i wszystkie objawy z 4 stopnia; postępowanie: podawanie dożylnych płynów i leków powinno być zaprzestane, usunięcie wkłucia, rozpoczęcie leczenia
Źródło bibliograficzne	1. Campbell, L. I.v.-related phlebitis, complications and length of hospital stay: part 2. British Journal of Nursing, 1998, 22: 1364–1366, 1368–1370, 1372–1363. 2. Panadero A; Iohom G, Taj J., et al. A dedicated intravenous cannula for postoperative use Effect on incidence and severity of phlebitis. Anaesthesia, 2002, 57, 921–925 3. Ray-Barruel G, Polit D.F, Murfield J.E, et al. Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2014; 20: 191–202 4. Benedysiuk E, Wójtowicz K: Standard pielęgnacji dostępu naczyniowego jako narzędzie monitorowania infekcji łóżyska naczyniowego. Forum Medycyny Rodzinnej 2017; 11:187-194.
Źródło on-line	https://opiekunblog.blogspot.com/2017/05/skala-skala-baxtera.html
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.2. Skala T.I.M.E
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	T.I.M.E scale

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	TIME to koncepcja opracowania rany stworzona przez specjalistów medycznych (International Advisory Board) i Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran dla lekarzy i terapeutów zajmujących się leczeniem ran. Została ona wydana w 2004 r. w Paryżu podczas Kongresu European Wound Management Associations (EWMA).
Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	TIME to schemat postępowania z raną, który ułatwia pielęgnację i pozwala uniknąć powikłań: T. Tissue debridement (opracowanie rany) I. Infection and inflammation control (kontrola infekcji i zapalenia). M. Moisture balance (równowaga wilgotności rany) E. Edges epidermization stimulation (brzeży rany i stymulacja naskórkowania) Przebieg postępowania TIME naśladuje procesy zachodzące w prawidłowo gojące się ranie chirurgicznej (np. ostrej i niezanieczyszczonej). TIME skupia się na modyfikacji istniejącej w ranie przewlekłej patologii. Wykorzystywana jest w strategiach leczenia ran, profilaktyce nawrotów, edukacji pacjenta, współpracy w zespołach terapeutycznych oraz w obszarze badań naukowych.
Źródło bibliograficzne	1. Dowsett C, Newton H. Wound bed preparation: TIME in practice. Wounds UK 2005; 1: 58-70. 2. Klein S, Schreml S, Dolderer J, et al. Evidence-based topical management of chronic wounds according to the T.I.M.E. principle. J Dtsch Dermatol Ges. 2013, 11:819-29. 3. Sopata M, Jawień A, Mrozikiewicz-Rakowska B, i wsp. Wytoczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych - przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Leczenie Ran 2020; 17: 1-21
Źródło on-line	https://dlaspecjalistow.mojarana.pl/odlezyiny/nowoczesne-leczenie-ran-strategia-time http://blog.media-med.pl/leczenie-ran-przewleklych-w-koncepcji-time/ https://www.mp.pl/zakrzepica/wytoczneartykuly/artykuly_przegladowe/91713,leczenie-ran-przewleklych-cz-ii-diagnostyka-leczenie-przyczynowe-i-leczenie-miejscowe-ran
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.3. Skala W.A.R
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Wounds at Risk Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brak informacji
Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala do oceny potencjalnego zagrożenia infekcją, która opiera się na ocenie czynników ryzyka i predyspozycji do wystąpienia zakażenia, a tym samym umożliwia podjęcie odpowiednich działań. skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany W.A.R. umożliwia podjęcie szybkiej i właściwej decyzji o rozpoczęciu miejscowego leczenia przeciwdrobnoustrojowego, nie zwalnia jednak od konieczności wykonania odpowiednich badań mikrobiologicznych. Skala jest podzielona na trzy klasy I, II, III W klasie I każdemu z czynników ryzyka przypisany jest 1 punkt; a) nabyte choroby immunosupresyjne (np. cukrzyca) b) upośledzenia immunologiczne nabyte na skutek terapii (np. cyklosporynami, metotreksatem, glikokortykoidami lub przeciwciałami) c) nowotwór lity d) uogólnione zaburzenia hematologiczne

Choroby zakaźne

	e) zaburzenia w gojeniu rany pooperacyjnej skutkujące nieplanowanym gojeniem wtórnym f) rany potencjalnie ciężko skontaminowane okolice odbytu czy narządów moczowo-płciowych g) problemy higieniczne związane ze środowiskiem zawodowo-bytowym h) wiek powyżej 80 lat i) rana niegojąca się dłużej niż rok j) rozmiar rany przekraczający 10 cm² k) rany przewlekłe (niezależnie od etiologii) o głębokości < 1,5 cm l) przedłużenie hospitalizacji > 3 tygodni. W klasie II czynnikiem ryzyka przypisuje się 2 punkty: a) ciężkie nabyte upośledzenie odporności (np. infekcja HIV) b) ciężko skontaminowane rany ostre c) ukąszenia, rany klute, postrzelenia, o głębokości 1,5–3,5 cm. W klasie III czynnikiem ryzyka przypisuje się 3 punkty: a) oparzenia obejmujące > 15% powierzchni ciała b) rany pozostające w bezpośrednim kontakcie z narządami lub strukturami pełniącymi określone funkcje (np. stawami) oraz rany zawierające ciało obce c) ciężkie wrodzone upośledzenia odporności, takie jak agammaglobulinemia d) ukąszenia, rany klute oraz postrzały, głębsze niż 3,5 cm/ Wskazanie do zastosowania antyseptyki następuje po obliczeniu wartości parametrycznej poszczególnych czynników ryzyka. Rozpoczęcie leczenia przeciwdrobnoustrojowego usprawiedliwione jest w przypadku, gdy zsumowana wartość poszczególnych czynników ryzyka jest równa lub większa od 3.
Źródło bibliograficzne	1. Jawień A, Bartoszewicz M, Przondo-Mordarska A, i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. <i>Leczenie Ran</i> 2012; 9: 59-75. 2. Dissemmond J, Assadian O, Gerber V, et al. Classification of wounds at risk and their antimicrobial treatment with polihexanide: a practice-oriented expert recommendation. <i>Skin Pharmacol Physiol</i> 2011; 24: 245-255. 3. Sopata M, Jawień A, Mrozikiewicz-Rakowska B, i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych - przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. <i>Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Leczenie Ran</i> 2020; 17(1): 1-21
Źródło on-line	https://biotechnologia.pl/farmacja/nowe-formy-podchlorynow-kwas-podchloraawy-hocl-w-leczeniu-ran-ostrych-i-przewleklych,21157 https://www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/artykuly_przegladowe/91713,leczenie-ran-przewleklych-cz-ii-diagnostyka-leczenie-przyczynowe-i-leczenie-miejscowe-ran
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.4. Skala punktowa oceny prawdopodobieństwa zakażenia <i>Streptococcus pyogenes</i>
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	-
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	skala według Centora i McIsaaca.

Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala służy do oceny prawdopodobieństwa zakażenia paciorkowcem ropnym <i>Streptococcus pyogenes</i>. Uzyskuje się określoną liczbę punktów za objawy lub parametry. Objawy: - gorączka powyżej 38°C, liczba punktów = 1, - brak kaszlu, liczba punktów =1, - powiększenie węzłów chłonnych, liczba punktów =1, - obrzęk migdałków i wysięk, liczba punktów=1, - wiek 3-14 lat, liczba punktów =1, - wiek 15-44 lata liczba punktów =0, - wiek powyżej 45 lat liczba punktów =-1. W zależności od liczby punktów, uzyskanych podczas badania zależy rodzaj zaleconego postępowania przez lekarza: 0-1- leczenie objawowe bez konieczności badań bakteriologicznych; 2-3 -prawdopodobieństwo infekcji paciorkowcowej, konieczność przeprowadzenia testu na obecność antygeny PBHA lub posiewu z wymazu gardła; 4 - w przypadku nasilonych objawów konieczne jest włączenie antybiotyku, przy objawach łagodnych należy przeprowadzić test antygenowy lub zlecić posiew wymazu z gardła.
Źródło bibliograficzne	Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making 1981; 1: 239–246. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ 1998; 158: 75–83. Dziekiewicz M, Radzikowski A: Angina paciorkowcowa – zasady diagnostyki i leczenia. Pediatr Med Rodz 2016, 12): 141–149
Źródło on-line	https://www.mp.pl/medycynarodzinnna/aktualnosci/303934,konsultant-krajowa-ds-medycyny-rodzinnej-o-nowych-swiadczeniach-gwarantowanych https://www.mp.pl/pediatric/praktyka-kliniczna/badania-laboratoryjne/173937,diagnostyka-mikrobiologiczna-immunologiczna-i-molekularna-zakazen-gornych-drog-oddechowych
Przykład 5	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.5. Skala NERDS
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	NERDS: N- non healing, E – exudate increasing, R – red and bleeding surface tissue, D – debris slough or eschar, S – smell or odour from wound
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Angielskie pielęgniarki
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala służy do oceny rozwijania się infekcji w ranie. Ocena dotyczy 5 objawów: N - mimo podjętych działań pielęgnacyjnych rana nie wykazuje cech gojenia- <i>non healing – brak gojenia</i>; E - pojawia się zwiększona ilość wysięku, płyn początkowo może być przezroczysty a następnie pod wpływem działania bakterii staje się surowiczo-ropny i może pojawić się w nim także krew- <i>exudate increasing – zwiększony wysięg</i> R - tkanka ziarninowa jest zaczerwieniona i krwawi- <i>red and bleeding surface tissue;- zaczerwienienie i/lub krwawiąca ziarnina</i> D - w obrębie rany dochodzi do rozwoju martwicy suchej lub rozplywnej - <i>debris slough or eschar- martwica sucha lub rozplywna</i> S - rana wydziela nieprzyjemny zapach. Fetor jest spowodowany postępującą degradacją tkanek i czynnościami metabolicznymi bakterii beztlenowych - <i>smell or odour from wound – odór</i>

Choroby zakaźne

Źródło bibliograficzne	1. Sibbald RG, Woo K, Ayello EA. Increased bacterial burden and infection: the story of NERDS and STONES. <i>Adv Skin Wound Care</i> 2006;19:447–461 2. Szkiler E: Wstępna ocena ran przewlekłych za pomocą aplikacji Moleculight i:x™. Przegląd piśmiennictwa i doświadczenia własne. <i>Forum Leczenia Ran</i>. 2020, 1:75-85
Źródło on-line	https://forum-leczeniaran.pl/tag/skala-nerds-i-stonees-co-to/
Przykład 6	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.6. Skala STONES
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	STONES: S-Size is bigger, T- Temperature is increased-of wound and surrounding tissue, O- Os-probes to bone or bone visible, N- New areas of breakdown, E- Exudate increasing; S-Smell
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Angielskie pielęgniarki
Krótko charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala STONEES służy do oceny rozwijania się infekcji w ranie/owrzodzeniu. Ocena dotyczy 7 objawów: Jeżeli występują co najmniej 3 kryteria należy rozważyć antybiotykoterapię systemową. • S - owrzodzenie zajmuje coraz większą powierzchnię. Jest to spowodowane rozprzestrzenianiem się bakterii na okalające tkanki - <i>size is bigger</i> –powiększenie owrzodzenia • T- w obrębie objętych zakażeniem tkanek odnotowuje się miejscowo podwyższoną temperaturę - <i>temperature is increased -of wound and surrounding tissue</i> –miejscowo podwyższona temperatura tkanek • O - u pacjenta dochodzi do odsłonięcia kości lub staje się ona wyczuwalna za pomocą narzędzia - <i>os-probes to bone or bone visible</i> - widoczna lub wyczuwalna narzędziem kość • N - pojawiają się nowe owrzodzenia, wyraźnie oddzielone od ran, które powstały wcześniej - <i>new areas of breakdown</i> - nowe owrzodzenie • E - występuje zwiększona ilość wysięku z rany - <i>exudate increasing</i> - zwiększona ilość wysięku • E - w obrębie rany pojawia się rumień lub obrzęk, objawy te mogą również wystąpić jednocześnie - <i>erythema/edema</i> – rumień i/lub obrzęk • S - owrzodzenie wydziela nieprzyjemny zapach - <i>smell</i> - brzydki zapach z owrzodzenia
Źródło bibliograficzne	1. Sibbald RG, Woo K, Ayello EA. Increased bacterial burden and infection: the story of NERDS and STONES. <i>Adv Skin Wound Care</i> 2006;19(8):447–461 2. Szkiler E: Wstępna ocena ran przewlekłych za pomocą aplikacji Moleculight i:x™. Przegląd piśmiennictwa i doświadczenia własne. <i>Forum Leczenia Ran</i>. 2020, 1(2):75-85 3. Kucharzewski M, Szkiler E, Krasowski G, Bartoszewicz M, Banasiewicz T, Chrapusta A, Konrady Z, Mirosz A, Aziewicz-Gabis B, Sieroń A, Osżkinis G, Strojek K, Rybak Z: Algorytmy i wytyczne postępowania terapeutycznego w ranach trudno gojących się. <i>Forum Leczenia Ran</i> 2020, 1(3):95-116
Źródło on-line	Wound Bed Preparation. Evidence informed practice tools; www.wrha.mb.ca/ebpt https://forum-leczeniaran.pl/tag/skala-nerds-i-stonees-co-to/

Przykład 7						
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.7. Skala niewydolności narządów związanej z sepsą (SOFA)					
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	Sequential organ failure assessment score (SOFA)					
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brak informacji o autorstwie					
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Jest skalą stosowany w intensywnej terapii dla określenia i monitorowania stanu pacjenta z niewydolnością wielonarządową. Punktacja jest oparta na sześciu punktach cząstkowych, po jednej dla każdego układu oddechowego, neurologicznego, sercowo-naczyniowego, nerkowego, wątroby i układu krzepnięcia.					
	Jeśli dany parametr nie spełnia kryteriów (dla poszczególnych układów), nie przyznaje się punktów, natomiast jeśli mierzony parametr spełnia kilka kryteriów, wybierane jest kryterium warte najwięcej punktów. Skala SOFA jest stosowana do definiowania sepsy od 2016 r. Wynik większy lub równy 2 wiąże się z 10% ryzykiem zgonu u pacjentów z podejrzeniem zakażenia. arząd lub układ	Wynik				
		0	1	2	3	4
	układ oddechowy					
	PaO ₂ /FiO ₂ , mm Hg (kPa)	≥400 (53,3)	<400 (53,3)	<300 (40)	<200 (26,7) ^b	<100 (13,3) ^b
	krzepnięcie krwi					
	liczba płytek, × 10 ³ /μl	≥150	<150	<100	<50	<20
	Wątroba					
	bilirubinemia, μmol/l (mg/dl)	<20 (1,2)	20–32 (1,2–1,9)	33–101 (2,0–5,9)	102–204 (6,0–11,9)	>204 (12)
	układ krążenia					
		MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	dobutamina (jakaś dawka) lub dopamina <5 ^c	nora-drenalina ≤0,1 lub adrenalina ≤0,1, lub dopamina 5,1–15 ^c	nora-drenalina >0,1 lub adrenalina >0,1, lub dopamina >15 ^c
	układ nerwowy					
	skala śpiączki Glasgow ^d	15	13–14	10–12	6–9	<6

	<table><tr><td colspan="6">Nerki</td></tr><tr><td>kreatyninemia, $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)</td><td><110 (1,2)</td><td>110–170 (1,2–1,9)</td><td>171–299 (2,0–3,4)</td><td>300–440 (3,5–4,9)</td><td>>440 (5,0)</td></tr><tr><td>lub diureza, ml/d</td><td></td><td></td><td></td><td>lub <500</td><td>lub <200</td></tr></table>	Nerki						kreatyninemia, $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	<110 (1,2)	110–170 (1,2–1,9)	171–299 (2,0–3,4)	300–440 (3,5–4,9)	>440 (5,0)	lub diureza, ml/d				lub <500	lub <200
Nerki																			
kreatyninemia, $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	<110 (1,2)	110–170 (1,2–1,9)	171–299 (2,0–3,4)	300–440 (3,5–4,9)	>440 (5,0)														
lub diureza, ml/d				lub <500	lub <200														
Źródło bibliograficzne	1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 2016, 23;315:801-810. 2. Sprung CL, Reinhart K: Definitions for Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2016, 26. 316(4):456-457. 3. Kądziołka I, Świsłtek R, Borowska K, et al. Validation of APACHE II and SAPS II scales at the intensive care unit along with assessment of SOFA scale at the admission as an isolated risk of death predictor. Anaesthesiol Intensive Ther 2019; 51: 107–111																		
Źródło on-line	https://www.mp.pl/interna/table/016_6614																		
Przykład 8																			
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.8. Skala ASA																		
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	American Society of Anaesthesiology																		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Została opracowana przez American Society of Anaesthesiology (ASA). Pierwsza wersja została opublikowana w 1963 roku																		
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala stosowana powszechnie w anestezjologii klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia albo po nim. Ocena przedoperacyjna w grupach jednej z grup (I–V) lub do grupy VI. - grupa I – pacjent bez obciążeń schorzeniami dodatkowymi, spożywający alkohol w niewielkich ilościach, niepalący. - grupa II – pacjent z niezbyt nasiloną chorobą układową, taką jak: stabilne i dobrze kontrolowane nadciśnienie tętnicze, wyrównana cukrzyca, przewlekłe zapalenie oskrzeli w stadium wydolności układu oddechowego, niewielkiego stopnia choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, niedokrwistość, znacznego stopnia otyłość (powyżej 20% należnej masy ciała, BMI 30-39,9 kg/m²), dodatkowo do tej grupy zaliczają się palacze, kobiety w ciąży, osoby pijące alkohol w umiarkowanych ilościach (<i>social drinker</i>). - grupa III – pacjent z ciężką chorobą układową, która ogranicza jego wydolność lub aktywność np. przebyty zawał serca do 3 miesięcy przed datą wykonania zabiegu operacyjnego, niestabilna dusznica bolesna, ciężkie schorzenie układu oddechowego, nieregulowana cukrzyca. Dodatkowo alkoholicy, pacjenci z BMI>40kg/m². - grupa IV – pacjent z bardzo ciężką chorobą układową, która stanowi o zagrożeniu jego życia np. niewydolność nerek, zastoinowa niewydolność krążenia, organiczna wada serca z cechami ostrej niewydolności krążenia, świeży zawał mięśnia sercowego, EF<30%, niewydolność wątroby, gruczołów dokrewnych. - grupa V – pacjent konający, który z dużym prawdopodobieństwem umrze, jeśli nie zostanie poddany zabiegowi operacyjnemu, np. pacjent z pękniętym tętniakiem aorty i głębokim wstrząsem, pacjent z masywnym zatorem tętnicy płucnej. - grupa VI – osoba, u której stwierdzono śmierć mózgu, która poddana ma być procedurze pobrania organów do przeszczepienia.																		

	Dodatkowe oznaczenie E stosuje się, gdy zabieg ma być wykonywany w trybie nagłym, natomiast literą P proponuje się oznaczanie ciężarnych. Im niższa grupa ASA, tym ryzyko powikłań okołoperacyjnych mniejsze. W postępowaniu z chorymi z ASA III lub IV powinien być zaangażowany doświadczony anestezjolog. Jeśli to możliwe, to chorymi z ASA V powinno się zajmować dwóch anestezjologów.
Źródło bibliograficzne	1. Abouleish AE, Leib ML, Cohen NH. ASA provides examples to each ASA physical status class. ASA Monitor 2015; 79:38-39 2. Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, et al. Adding examples to the ASA-Physical Status classification improves correct assignments to patients. Anesthesiology 2017; 126:614-622 3. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status – historical perspectives and modern developments. Anaesthesia 2019; 74:373-37
Źródło on-line	https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system
Przykład 9	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.9. Ocena ryzyka zakażenia miejsca operowanego (ZMO)
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	SENIC (Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control) NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System).
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Centers for Disease Control and Prevention
Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Indeksy do oceny ryzyka zakażenia miejsca operowanego to: SENIC (Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control) i NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System). Indeks SENIC uwzględnia cztery czynniki ryzyka: - operacja brzuszna; - czas trwania operacji powyżej 2 godzin; - skażone lub brudne pole operacyjne; - więcej niż 3 składowe w rozpoznaniu końcowym. Przy braku jakiegokolwiek z czynników ryzyka częstość ZMO ocenia się na 1% przy stwierdzeniu 1 czynnika częstość ZMO wynosi 3,6%, przy 2 czynnikach ZMO szacuje się na 8,9% przypadków, przy 3 czynnikach ZMO wynosi 17,2%, a przy 4 czynnikach zakażenie obserwuje się w 27% przypadków. Indeks NNIS ocenie podlegają trzy czynniki ryzyka: - skażone lub brudne pole operacyjne; - czas trwania operacji powyżej 75% czasu przewidzianego dla danego zabiegu; - stan ogólny chorego oceniany w skali ASA>III stopnia (American Society of Anaesthesiologists). Przy braku któregośkolwiek z wymienionych czynników ryzyko częstości ZMO wynosi 1,5%, przy obecności 1 czynnika ZMO stanowi 2,9% przypadków, przy 2 czynnikach ZMO istnieje w 6,8% przypadków, a przy występowaniu 3 czynników ZMO obserwuje się w około 13% przypadków
Źródło bibliograficzne	1. Montewka M, Skrzek A, Plewik D, i wsp. Zakażenia miejsca operowanego – charakterystyka czynników ryzyka, endogennych źródeł zakażenia i metody zapobiegania. POST. MIKROBIOL. 2012, 51: 227–235 2. Różańska A: Nadzór i rejestracja zakażeń miejsca operowanego: rekomendacje Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Zakażenia XXI wieku 2019; 2:181–185. 3. Ercole FF, Starling CF, Chianca TC, et al. Applicability of the national nosocomial infections surveillance system risk index for the prediction of surgical site infections: a review. Braz J Infect Dis. 2007, 11:134-41.
Źródło on-line	https://www.cdc.gov/

Przykład 10	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.10. Indeks PASI
Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	Psoriasis Area and Severity Index
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Opublikowana została po raz pierwszy w 1978 roku
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Wskaźnik ten przedstawia stopień nasilenia zmian łuszczykowych u chorego. Wskaźnik ten dotyczy obszarów ciała: głowa, tułów, kończyny górne, kończyny dolne. W zakresie 3 składowych: rumień, naciek, łuska można przypisać pacjentowi od 0 do 4 punktów wobec każdego w obszarów. Dodatkowo pacjent otrzymuje 0 pkt kiedy w badanym obszarze ciała nie obserwuje się zmian, 1 pkt kiedy zmiany dotyczą <10% badanego obszaru, 2 pkt kiedy zmiany obejmują w zakresie ≥10<30% badanego obszaru, 3 pkt gdy zmiana obejmuje ≥30<50% danego obszaru, 4 pkt kiedy dotyczy ≥50<70% powierzchni, 5 pkt kiedy obejmuje ≥70<90%, a 6 pkt kiedy dotyczy ona >90%. Wskaźnik PASI oscyluje w granicach od 0 do 72 punktów gdzie 0 – oznacza brak objawów choroby, poniżej 10 – lekko nasiloną łuszczyca, od 10 do 50 – średnio nasiloną łuszczyca, powyżej 50 – silnie nasiloną łuszczyca, 72 – maksymalne objawy łuszczy.
Źródło bibliograficzne	1. Bożek A, Reich A: W jaki sposób miarodajnie oceniać nasilenie łuszczy? Forum Dermatologicum 2016;2:6-11. 2. Bożek A, Reich A: The reliability of three psoriasis assessment tools: Psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. Advances in Clinical and Experimental Medicine 2017, 26: 851–856
Źródło on-line	http://luszczycowezapaleniestawow.pl/wp-content/uploads/2018/02/ocena_zawansowania_uszczycy_-_pasi.pdf https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ehealthline.psoriasisseverity-&hl=pl&gl=US
Przykład 11	
Nazwa skali w języku polskim	II.2.C.11.
Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	HIV Symptom Index (HIV-SI)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Adult AIDS Clinical Trials Unit Outcomes Committee (AACTG); Justice AC
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Służy do oceny objawom towarzyszącym HIV. Jest zatwierdzonym narzędziem stosowanym w badaniach klinicznych, a służy do oceny obciążenia dwudziestoma najczęściej zgłaszanymi objawami związanymi z leczeniem HIV. W kwestionariuszu HIV-SI, uważanym za normę postępowania we współczesnych badaniach nad objawami HIV, respondenci są szczegółowo pytani o objawy mogące mieć związek zarówno z samym zakażeniem, jak i z leczeniem. Wymienia się takie objawy jak: zmęczenie, utrata energii, trudności w zasypianiu, nerwowość/lęk, biegunka/luźne stolce, zmiany w składzie ciała, uczucie smutku/depresji, wzdęcia/ból/gazy w żołądku, bóle mięśni i stawów, problemy z seksem, problemy z zapamiętywaniem, bóle głowy, utrata masy ciała/wyniszczenie, zmiany i utrata apetytu/smaku jedzenia. Wartość tego narzędzia polega na rozważeniu związku poszczególnych objawów z określonymi stanami i ich skutkami w celu nakierowania tych objawów na interwencję a nie ma na celu ocenę jakości życia.
Źródło bibliograficzne	Justice A, Holmes W, Gifford A i wsp. Development and validation of a self-completed HIV symptom index. J Clin Epidemiol 2001;54(Suppl 1):S77–S90
Źródło on-line	https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/hiv-symptom-index

II.3. Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

Kobos Ewa¹, Hornik Beata², Szewczyk Alicja³

¹ Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Klinika Endokrynologii i Diabetologii; Poradnia Diabetologiczna Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

II. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 3. A. 1. Skala niedogodności spowodowanych przez cukrzycę (DDS)
- II. 3. A. 2. Kwestionariusz Obszarów Problemowych w Cukrzycy (PAID-PL)
- II. 3. A. 3. Wskaźniki Dobrego Samopoczucia (WHO-5)
- II. 3. A. 4. Przegląd jakości życia zależnej od cukrzycy (ADDQoL)
- II. 3. A. 5. Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 (FINDRISC)
- II. 3. A. 6. Inwentarz samoopieki w cukrzycy (SCODI)

II. 3. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II. 3. B. 1. Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI)
- II. 3. B. 2. Neuropathy Symptoms Score (NSC)
- II. 3. B. 3. Hypoglycemia Risk Stratification Tool
- II. 3. B. 4. Self-Management Assessment Scale (SMASc)
- II. 3. B. 5. Diabetic Treatment Burden Questionnaire (DTBQ)
- II. 3. B. 6. Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R)
- II. 3. B. 7. Diabetes Self-Management Profile (DSMP)

II.3.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.A.1. Skala niedogodności spowodowanych przez cukrzycę (DDS)	
Nazwa skali w języku angielskim	Diabetes Distress Scale	
Skrót	DDS	
Wersja skali	Właściwa X Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Polonsky William, Fisher Lawrence, Earles Jay, Dudl James, Lees Joel, Mullan Joseph, Jackson Richard
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Polonsky WH, Fisher L, Earles J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. Diabetes Care. 2005;28(3):626–631 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Krzemińska Sylwia, Bąk Ewelina
	Rok publikacji	2021
	Źródło	Krzemińska S, Bąk E. Psychometric Properties of the Polish Version of the Diabetes Distress Scale (DDS). Psychology Research and Behavior Management 2021;3(14):1149-1156 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Dystres związany z cukrzycą.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	Skala DDS składa się z 17 pozycji, obejmuje 4 wymiary: obciążenie emocjonalne (pięć pozycji: 2,4,7,10,14), dystres związany z wizytą lekarską (cztery pozycje: 1,5,11,15), dystres związany z przestrzeganiem leczenia (pięć pozycji: 3,6,8,12,16), dystres interpersonalny (trzy pozycje: 9,13,17). Poszczególne pozycje skali są mierzone za pomocą 6-punktowej skali Likerta, od 1 (nie jest to problem) do 6 (bardzo poważny problem). Respondenci proszeni są o wskazanie stopnia, w jakim każda z pozycji jest dla nich aktualnie problemem. W praktyce klinicznej wyniki skali DDS można wykorzystać na dwa sposoby: • Zwrócenie uwagi na problemy i/lub podskale ocenione wyżej w punktacji i wykorzystanie ich do rozpoczęcia rozmowy z pacjentem o źródłach dystresu cukrzycowego; • Obliczenie wyniku całkowitego na przykład do oceny zmiany w czasie. Całkowity wynik stanowi wskazówkę nasilenia dystresu związanego z cukrzycą. Wykazano, że oryginalna wersja DDS jest niezawodna (alfa Cronbacha = 0,93) [1]. Całkowity wynik DDS i 3 podskal w polskiej wersji skali (walidowanej w grupie dorosłych, chorych na T2D, co najmniej 5 lat od rozpoznania) wyniósł alfa Cronbacha >0,7, w podskali dystresu związanego z przestrzeganiem leczenia uzyskano wynik <0,7 [2].

		Skalę T1-DDS składającą się z 28 pozycji (7 podskal: bezsilność, samokontrola, hipoglikemia, rodzina i przyjaciele, lekarz, negatywne postrzeganie społeczne, niepokój związany z jedzeniem) zaprojektowano specjalnie dla cukrzycy typu 1 [3].
	Orientacyjny czas badania	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Z analizy literatury wynika, że skala DDS była wykorzystywana między innymi do oceny częstości występowania dystresu cukrzycowego, analizy czynników demograficznych i społecznych z nim związanych, oceny związków między wynikami kontroli metabolicznej a dystresem. W badaniu przekrojowym zrealizowanym wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 w Podstawowej Opiece Zdrowotnej wykazano, że 22,6% pacjentów uzyskało ogółem w skali DDS średnią >2. Wyższe wyniki w skali były związane z płcią żeńską, niższymi dochodami, wcześniejszą diagnozą depresji, z wyższą wartością hemoglobiny glikowanej, glukozy w osoczu na czczo i przyjmowaniem insuliny [4]. Celem jednego z badań z wykorzystaniem skali DDS w grupie pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 była ocena częstości występowania dystresu cukrzycowego i jego związku z powikłaniami cukrzycy. Dystres cukrzycowy wykazano u 47% pacjentów. Bycie kobietą, starszy wiek, obecność nadciśnienia tętniczego, wysoka wartość hemoglobiny glikowanej, występowanie nefropatii i retinopatii cukrzycowej były istotnie związane z wartościami skali DDS. Regresja wielowymiarowa wykazała, że płeć i występowanie powikłań cukrzycowych mają bezpośredni wpływ na rozwój dystresu związanego z cukrzycą [5]. W badaniu mającym na celu ustalenie, jakie czynniki są związane ze dystresem cukrzycowym u pacjentów z cukrzycą typu 2, częstotliwość występowania dystresu cukrzycowego oszacowano na 60,5%. Wykazano, że stosowanie w terapii insuliny, większa liczba epizodów hipoglikemii w ciągu ostatnich 3 miesięcy, występowanie u pacjentów retinopatii cukrzycowej i brak wsparcia rodziny są czynnikami związanymi z dystresem cukrzycowym [6]. Skalę DDS wykorzystano także w badaniu oceniającym częstość występowania wysokiego dystresu cukrzycowego i związanych z nim czynników u młodych dorosłych z cukrzycą typu 2 o początku choroby w okresie młodzieńczym. W tym badaniu wysoki poziom dystresu ($DDS \geq 2$) stwierdzono u 24% pacjentów. W analizach wielowymiarowych płeć żeńska, stężenie HbA_{1c}, objawy lękowe i brak opieki zdrowotnej były związane z wysokim stresem [7]. Hierarchiczna regresja wielokrotna wykazała, że wyższy wynik DDS istotnie przewidywał niezdrową dietę u chorych na cukrzycę typu 2 w badaniu Gao i wsp. [8].

		W badaniu zrealizowanym w grupie młodych dorosłych chorych na cukrzycę typu 1, którego celem było między innymi ustalenie, czy wysoki poziom dystresu cukrzycowego jest związany z wyższymi wartościami HbA1c wykazano, że wysoki poziom dystresu cukrzycowego w skali DDS występował u 24% pacjentów. Osoby z wysokim poziomem dystresu miały znacznie wyższe stężenia HbA1c. Nie stwierdzono istotnych różnic w częstotliwości występowania wysokiego poziomu dystresu między użytkownikami i osobami niebędącymi użytkownikami pomp insulinowych i systemu ciągłego monitorowania glikemii (CGM) [9]. W brytyjskiej kohorcie osób z cukrzycą typu 1, wysoki dystres cukrzycowy był obecny u 53% pacjentów na początku badania i wiązał się z wyższą wartością HbA1c, upośledzoną świadomością hipoglikemii i płcią żeńską. Poprawa kontroli glikemii i nieświadomości hipoglikemii przy użyciu systemu FreeStyle Libre wiązała się z poprawą wyników w skali DDS w tej grupie badanych [10]. W badaniu zrealizowanym w grupie dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 i 2 (opieka ambulatoryjna), mającym na celu oszacowanie obciążenia dystresem związanym z cukrzycą i jego związku z kontrolą glikemii, klinicznie istotne wartości w skali DDS stwierdzono u 37% uczestników badania. Młodszy pacjenci wykazywali wyższy poziom dystresu w porównaniu ze starszymi uczestnikami, pacjenci z cukrzycą typu 1 wykazywali wyższy poziom dystresu we wszystkich domenach skali DDS. Dystres cukrzycowy i niskie przestrzeganie leczenia było ujemnie skorelowane ze stężeniem HbA1c. Oszacowano, że zwiększenie natężenia dystresu cukrzycowego o jeden punkt (w skali DDS) może zwiększyć wartość HbA1c średnio o 0,41 i pośrednio podnieść jej wartość poprzez pośredniczący efekt niskiego przestrzegania leczenia [11]. Analiza jednowymiarowa identyfikacji czynników wpływających na dystres cukrzycowy u chorych na typ 1 i 2 cukrzycy (warunki ambulatoryjne i szpital) wykazała, że wyższe wyniki w skali DDS były skorelowane z niższym wykształceniem, byciem singlem, brakiem aktywności fizycznej, wskaźnikiem masy ciała. Analiza regresji wielowymiarowej ujawniła, że palenie papierosów i bycie singlem/ rozwiedzionym/wdową były predyktorami dystresu cukrzycowego [12]. Kwestionariusz DDS został również wykorzystany w badaniu interwencyjnym (dystres cukrzycowy jako pierwotny punkt końcowy) do oceny dystresu cukrzycowego (cukrzyca typu 2) przez Tunsuchat i wsp. po zastosowaniu krótkiego programu interwencyjnego terapii poznawczo-behawioralnej. Badanie wykazało, że uczestnictwo w programie może znacznie obniżyć wyniki DDS [13].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	POZ, AOS, szpital
	Stan badanych	Cukrzyca typu 1, 2

	Sytuacje	-
	Inne	Badania naukowe, praktyka kliniczna
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: Psycholog, dietetyk, lekarz, pielęgniarka	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Do użytku komercyjnego za zgodą Behavioral Diabetes Institute w San Diego.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	DDS daje całkowity wskaźnik poziomu dystresu związanego z cukrzycą plus wyniki dla 4 podskali, z których każda odnosi się do różnego rodzaju dystresu [1]. Średni wynik DDS oblicza się, dzieląc całkowity wynik uzyskany przez pacjenta przez 17. Wynik dla każdego z wymiarów skali (podskale) jest wartością średnią pozycji w niej zawartych, czyli liczbą od 1-6. Oblicza się go poprzez podzielenie całkowitego wyniku uzyskanego w danej podskali przez liczbę pytań z nią związanych. Przy możliwym zakresie od 1 do 6, całkowity wynik DDS i każdego wymiaru ocenia się przy użyciu wartości średnich zgodnie z następującym kluczem: średnia <2 – niski poziom dystresu, średnia 2-2,9 - umiarkowany poziom dystresu, średnia ≥3 - wysoki poziom dystresu (poziom dystresu wymagający pomocy medycznej) [14]. Poszczególne pozycje z oceną 3,0 lub wyższą należy omówić podczas spotkania z pacjentem po zakończeniu wypełniania kwestionariusza.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

DDS

Skala niedogodności spowodowanych przez cukrzycę (DDS)

INSTRUKCJE: Życie z cukrzycą może być czasami trudne. Może pojawić się wiele problemów i niedogodności związanych z cukrzycą, które mogą znacząco różnić się stopniem natężenia. Problemy te mogą przybierać formę od drobnych niedogodności po poważne życiowe utrudnienia. Ponizej wymieniono 17 potencjalnych problemów, na które mogą natrafić osoby cierpiące na cukrzycę. Proszę zastanowić się, w jakim stopniu każdy z 17 wymienionych czynników mógł Państwa denerwować lub Państwu dokuczać W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA i zakreślić odpowiednią cyfrę.

Proszę wziąć pod uwagę to, że prosimy o wykazanie, w jakim stopniu dany czynnik może Państwu dokuczac w życiu, a NIE czy dany problem w ogóle Państwa dotyczy. Jeżeli mają Państwo wrażenie, że dany czynnik nie jest dla Państwa kłopotliwy ani problematyczny, proszę zakreślić „1”. Jeżeli dany czynnik jest dla Państwa bardzo dokuczliwy, proszę zakreślić „6”.

	Nie jest to problem	Mają znaczący problem	Emisjonalny problem	Dość poważny problem	Poważny problem	Bardzo poważny problem
1. Wrażenie, że mój lekarz nie wie wystarczająco dużo na temat cukrzycy i jej leczenia.	1	2	3	4	5	6
2. Wrażenie, że każdego dnia cukrzyca zabiera mi zbyt dużo energii psychicznej i fizycznej.	1	2	3	4	5	6
3. Brak poczucia pewności jeśli chodzi o możliwość codziennego radzenia sobie z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6
4. Uczucie złości, strachu i lęku przyniesienia podczas myślenia o życiu z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6
5. Wrażenie, że mój lekarz nie udziela mi wystarczająco jasnych wskazówek dotyczących radzenia sobie z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6
6. Wrażenie, że niewystarczająco często badam poziom cukru we krwi.	1	2	3	4	5	6
7. Wrażenie, że niezabranie od tego co zrobić, ostatecznie będę cierpieć na powraczne, długotrwałe powikłania.	1	2	3	4	5	6
8. Wrażenie, że często nie radzę sobie, tak jak powinienem/powinnam z codziennym radzeniem sobie z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6

122

	Nie jest to problem	Mало znaczący problem	Umiarkowany problem	Dość poważny problem	Poważny problem	Bardzo poważny problem
9. Wrażenie, że znajomi lub rodzina nie wspierają mnie wystarczająco w wysiłkach związanych z dbaniem o siebie (np. planują czynności, które zaburzają mój plan leczenia, zachęcają mnie do jedzenia „złych” posiłków).	1	2	3	4	5	6
10. Wrażenie, że cukrzyca przejmuję kontrolę nad moim życiem.	1	2	3	4	5	6
11. Wrażenie, że mój lekarz nie traktuje wystarczająco poważnie moich obaw.	1	2	3	4	5	6
12. Wrażenie, że nie trzymam się wystarczająco ściśle właściwego planu żywieniowego.	1	2	3	4	5	6
13. Wrażenie, że moi znajomi lub rodzina nie rozumieją tego, jak trudne może być życie z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6
14. Wrażenie bycia przytłoczonym/a wymaganiami związanymi z życiem z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6
15. Wrażenie, że nie mam lekarza, z którym mogę się wystarczająco często konsultować w kwestii cukrzycy.	1	2	3	4	5	6
16. Wrażenie braku motywacji do kontynuowania samodzielnego radzenia sobie z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6
17. Wrażenie, że moi znajomi lub rodzina nie udzielają mi takiego wsparcia emocjonalnego, jakiego potrzebuję.	1	2	3	4	5	6

Przegląd doniesień	Skala niedogodności spowodowanych przez cukrzycę (DDS)
Bibliografia	- Polonsky WH, Fisher L, Earles J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. <i>Diabetes Care</i>. 2005;28(3):626-631. - Krzemińska S, Bąk E. Psychometric Properties of the Polish Version of the Diabetes Distress Scale (DDS). <i>Psychology Research and Behavior Management</i> 2021;3(14):1149-1156. - Fisher L, Polonsky WH, et al. Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. <i>Journal of Diabetes and its Complications</i>. 2015;29(4):572-7. - Kintzoglakis K, Gkousiou A, Vonta P, et al. Depression, anxiety, and diabetes-related distress in type 2 diabetes in primary care in Greece: Different roles for glycemic control and self-care. <i>SAGE Open Med</i>. 2022;10:20503121221096605. - Khashayar P, Shirzad N, Zarbini A, et al. Diabetes-related distress and its association with the complications of diabetes in Iran. <i>J Diabetes Metab Disord</i>. 2022;27:1-7. - Bhaskara G, Budhiarta AAG, Gotera W, et al. Factors Associated with Diabetes-Related Distress in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. <i>Diabetes Metab Syndr Obes</i>. 2022;15:2077-2085. - Trief PM, Uschner D, Tung M, et al. Diabetes Distress in Young Adults With Youth-Onset Type 2 Diabetes: TODAY2 Study Results. <i>Diabetes Care</i>. 2022;45(3):529-537. - Gao Y, Xiao J, Han Y, et al. Self-efficacy mediates the associations of diabetes distress and depressive symptoms with type 2 diabetes management and glycemic control. <i>Gen Hosp Psychiatry</i>. 2022;78:87-95. - Nagel KE, Dearth-Wesley T, Herman AN, et al. Diabetes distress and glycaemic control in young adults with type 1 diabetes: Associations by use of insulin pumps and continuous glucose monitors. <i>Diabet Med</i>. 2021;38(11):e14660. - Deshmukh H, Wilmot EG, Gregory R, et al. Predictors of diabetes-related distress before and after FreeStyle Libre-1 use: Lessons from the Association of British Clinical Diabetologists nationwide study. <i>Diabetes Obes Metab</i>. 2021;23(10):2261-2268. - Fayed A, AlRadini F, Alzuhairi RM, et al. Relation between diabetes related distress and glycemic control: The mediating effect of adherence to treatment. <i>Prim Care Diabetes</i>. 2022;16(2):293-300. - Liew JY, Vanoh D. Predictors Affecting Diabetes Related Distress among Diabetes Patients. <i>Malays J Med Sci</i>. 2022;29(2):94-101. - Tunsuchart K, Lertrakarnnon P, Srithanaviboonchai K, et al. Benefits of brief group cognitive behavioral therapy in reducing diabetes-related distress and HbA1c in uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in Thailand. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 2022;17:1-10. - Fisher L, Hessler DM, Polonsky WH, et al. When is diabetes distress clinically meaningful?: establishing cut points for the diabetes distress scale. <i>Diabetes Care</i>. 2012;35(2):259-264.

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.A.2. Kwestionariusz Obszarów Problemowych w Cukrzycy (PAID-PL)	
Nazwa skali w języku angielskim	Problem Areas in Diabetes (PAID)	
Skrót	PAID-PL	
Wersja skali	Właściwa X Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, Schwartz CE.
	Rok publikacji	1995

	Źródło	Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, Schwartz CE. Assessment of diabetes-related distress. <i>Diabetes Care</i> 1995; 18:754-60 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Cichoń E, Kiejna A, Gondek TM, Obrębski M, Sutkowska E, Lloyd CE, Sartorius N, Kokoszka A.
	Rok publikacji	2021
	Źródło	Cichoń E, Kiejna A, Gondek TM, Obrębski M, Sutkowska E, Lloyd CE, Sartorius N, Kokoszka A. PAID-PL-The Polish Version of the Problem Areas in Diabetes Scale: Perfect Reliability and a One-Factor Structure. <i>Diabetes Metab Syndr Obes.</i> 2021;14:4433-4441 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wpływ choroby na funkcjonowanie emocjonalne
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	Pierwotna wersja skali obejmuje 20 pozycji, z których każda reprezentuje uczucia pacjenta związane z cukrzycą: gniew („uczucie złości na myśl o życiu z cukrzycą”); cierpienie interpersonalne („poczucie, że Twój znajomi i rodzina nie wspierają twoich wysiłków związanych z cukrzycą”); frustrację związaną ze schematem leczenia cukrzycy („brak jasnych i skonkretyzowanych celów w leczeniu cukrzycy,„) [1,3,4]. Narzędzie zostało pierwotnie skonstruowane w języku angielskim, jako struktura jednodomenowa, w której wszystkie pozycje dotyczące dystresu cukrzycowego są związane z problemami związanymi z cukrzycą [4]. Skala obejmuje uczucia związane z życiem z cukrzycą oraz jej leczeniem, w tym poczucie winy, złości, nastroju depresyjnego, zmartwienia i strachu [3,4]. W 6-punktowej skali Likerta pacjent ocenia stopień, w jakim każdy element jest dla niego aktualnie problematyczny, od 1 („nie jest to problem”) do 6 („jest to poważny problem”) [1]. Polska wersja PAID została oparta na oryginalnej amerykańskiej wersji Polonsky’ego i wsp. [1]. Wiarygodność skali PAID, wyniosła 0,90 dla podskali negatywnych emocji, 0,46 dla podskali problemów związanych z leczeniem, 0,57 dla podskali problemów związanych z żywieniem i 0,61 dla podskali braku wsparcia społecznego [5]. Elementy skali, są oceniane w 5-punktowej skali Likerta, a respondenci wskazują stopień, w jakim każda z pozycji stanowi dla nich obecnie problem; 0 (nie jest to problem), 1 (drobny problem), 2 (umiarkowany problem), 3 (dość poważny problem), 4 (poważny problem). Skala PAID ma udowodnione właściwości psychometryczne i jest stosowana na całym świecie do oceny stresu emocjonalnego związanego z cukrzycą zarówno u osób z cukrzycą typu 1, jak i osób z cukrzycą typu 2 [1,4,6]. Skala PAID została zwalidowana w warunkach badawczych i klinicznych i jest dostępna w 17 językach [7]. Wewnętrzna spójność polskiej wersji PAID była wysoka (Cronbach $\alpha = 0,95$) [2].

Orientacyjny czas badania	5-10 minut
Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kompleksowa metaanaliza 55 badań wykazała, że ogólna częstość występowania dystresu cukrzycowego u osób z cukrzycą typu 2 wynosiła 36%, analizy wtórne identyfikują płęć i współistniejące objawy depresyjne jako istotne czynniki wpływające na jego rozpowszechnienie [8]. Badanie, którego celem było oszacowanie dystresu cukrzycowego u pacjentów z 2 typem cukrzycy i zbadanie jego związku z przestrzeganiem zaleceń lekowych wykazało, że około 44,7% pacjentów wykazywało wysoki dystres cukrzycowy. Słabe przestrzeganie leków odnotowano u 66,5% pacjentów. Pacjenci, którzy wykazali wyższy dystres, mieli o 68% mniejsze szanse na przestrzeganie zaleceń w zakresie leczenia [9]. W badaniu, w którym oceniano powiązania między dystresem cukrzycowym a przewidywanym ryzykiem sercowo-naczyniowym u osób z cukrzycą typu 2 stwierdzono, że całkowite wyniki uzyskane przez pacjentów w kwestionariuszu PAID były istotnie związane z ich 10-letnim przewidywanym śmiertelnym ryzykiem choroby niedokrwiennej serca [10]. Analiza związku między dystresem cukrzycowym a postrzeganym wsparciem społecznym wśród osób z cukrzycą typu 2 wykazała, że wyższej postrzegane wsparcie ze strony członków rodziny jest istotnie związane z niższymi całkowitymi wynikami PAID [11]. W badaniu, którego celem było porównanie samooceny ciała w grupie pacjentów z cukrzycą typu 2 z normami dla ogólnej populacji polskiej oraz zbadanie związku między samooceną ciała a psychologicznymi i klinicznymi cechami przebiegu cukrzycy, wykazano że zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn wysoki wynik w zakresie kondycji fizycznej był istotnym predyktorem lepszego samopoczucia, mniej ciężkiej depresji i łagodniejszego stresu związanego z cukrzycą [12]. W badaniu oceniającym częstość występowania i identyfikującym czynniki prognostyczne problemów związanych z cukrzycą, wysoki dystres stwierdzono u 36% dorosłych chorych na cukrzycę typu 1, ze średnim wynikiem PAID 31,9. Predyktorami dystresu cukrzycowego były wyższy stężenie HbA1c i obecność powikłań mikronaczyniowych. Martwienie się o przyszłość oraz występowanie przewlekłych powikłań zostały zidentyfikowane jako czynniki, które najbardziej przyczyniają się do dystresu [13]. Narzędzie PAID było również wykorzystane w ocenie dystresu związanego z chorobą u pacjentów hospitalizowanych i jego związku z kontrolą metaboliczną u osób z cukrzycą typu 1 (DM1) i typu 2 (DM2). Wysoki dystres (wynik PAID ≥ 40) wykazało w tym badaniu 23,8% pacjentów, średni wynik PAID wynosił $28,1 \pm 17,5$ u wszystkich uczestników, bez różnicy między pacjentami z 1 i 2 typem cukrzycy. Osoby z DM2 leczone

		insuliną uzyskały wyższe wyniki niż pacjenci bez insuliny; osoby z DM1 leczone systemem ciągłego monitorowania glikemii uzyskały wyższe wyniki niż uczestnicy nie korzystający z systemu. Wartość HbA1c nie była skorelowana z wynikiem PAID zarówno w DM1 jak i DM2. Uczestnicy z 2 typem cukrzycy i ciężką hipoglikemią w ciągu ostatnich 12 miesięcy uzyskali wyższe wyniki niż osoby bez ciężkiej hipoglikemii [14]. Klinicznie znaczące zmniejszenie PAID ogółem oraz w podskalach emocjonalnej i społecznej wykazano wśród uczestników interwencji w badaniu randomizowanym mającym na celu sprawdzenie, czy 12-miesięczna współpraca, wyznaczanie celów i behawioralna interwencja telezdrowia zmniejszyła u pacjentów dystres cukrzycowy [15].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	Szpital, poradnia specjalistyczna, porania POZ
	Stan badanych	Cukrzyca typu 1 i 2
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: psycholog, psychiatra, lekarz, farmaceuta, pielęgniarka	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Za zgodą The Joslin Diabetes Center
Klucz do skali/interpretacja wyników	PAID został przeskalowany od czasu jego pierwszego wprowadzenia dla większej łatwości interpretacji. Jest oceniany w zakresie 0-100, z wyższymi wynikami wskazującymi na większe cierpienie emocjonalne [1]. Wyniki dla każdego elementu są sumowane, a następnie mnożone przez 1,25, aby wygenerować łączny wynik do 100. Całkowity wynik PAID ≥ 40 sugeruje obecność poważnych problemów emocjonalnych specyficznych dla cukrzycy [16,17]. Punkty graniczne dla polskojęzycznej wersji narzędzia do badań przesiewowych depresji u pacjentów z cukrzycą typu 2 wynoszą ≥ 40 ogółem i ≥ 24 w podskali negatywnych emocji [18].	
Formularz skali/ kwestionariusz. Polska wersja kwestionariusza została udostępniona nieodpłatnie jako materiał uzupełniający w artykule https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8572026/		

Przegląd doniesień	Kwestionariusz Obszarów Problemowych w Cukrzycy (PAID-PL)
Bibliografia	- Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, et al. Assessment of diabetes-related distress. Diabetes Care 1995; 18:754-60. - Cichoń E, Kiejna A, Gondek TM, et al. PAID-PL-The Polish Version of the Problem Areas in Diabetes Scale: Perfect Reliability and a One-Factor Structure. Diabetes Metab Syndr Obes. 2021;14:4433-4441. - Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH. The Problem Areas in Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. Diabetes Care 1997; 20:760-6. - Welch G, Weinger K, Anderson B, et al. Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. Diabet Med. 2003;20(1):69-72. - Kokoszka A, Pouwer F, Jodko A, et al. Serious diabetes-specific emotional problems in patients with type 2 diabetes who have different levels of comorbid depression: a Polish study from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Eur Psychiatry. 2009;24(7):425-30. - Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3:450-460.

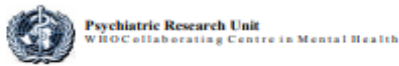
7.	Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, et al. How to assess diabetes distress: Comparison of the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS) Diabetes Med. 2016;33:835–843.
8.	Perrin NE, Davies MJ, Robertson N, et al. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med. 2017;34(11):1508-1520.
9.	Kretchy IA, Koduah A, Ohene-Agyei T, et al. The Association between Diabetes-Related Distress and Medication Adherence in Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. J Diabetes Res. 2020;2020:4760624.
10.	Young CF, Mullin R, Moverley JA, et al. Associations between diabetes-related distress and predicted cardiovascular complication risks in patients with type 2 diabetes. J Osteopath Med. 2022;122(6):319-326.
11.	Young CF, Shubrook JH, Valencerina E, et al. Associations Between Social Support and Diabetes-Related Distress in People With Type 2 Diabetes Mellitus. J Am Osteopath Assoc. 2020;120(11):721-731.
12.	Kokoszka A, Pacura A, Kostecka B, et al. Body self-esteem is related to subjective well-being, severity of depressive symptoms, BMI, glycated hemoglobin levels, and diabetes-related distress in type 2 diabetes. PLoS One. 2022;17(2):e0263766.
13.	Grulovic N, Rojnic Kuzman M, et al. Prevalence and predictors of diabetes-related distress in adults with type 1 diabetes. Sci Rep. 2022;12(1):15758.
14.	Kuniss N, Kramer G, Müller UA, et al. Diabetes related distress is high in inpatients with diabetes. Diabetol Metab Syndr. 2021;13(1):40.
15.	Vaughan EM, Cully JA, Petersen NJ, et al. Testing the Impact of a Collaborative, Goal-Setting, and Behavioral Telehealth Intervention on Diabetes Distress: A Randomized Clinical Trial. Telemed J E Health. 2022;28(1):84-92.
16.	Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, et al. How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. Diabetologia 2006;49(3):469–477.
17.	Snoek FJ, Kersch NY, Eldrup E, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND): baseline data from the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. Diabetes Care. 2011;34(3):601-3.
18.	Kokoszka A, Cichoń E, Obrębski M, et al. Cut-off points for Polish-language versions of depression screening tools among patients with Type 2 diabetes. Prim Care Diabetes. 2020;14(6):663-671.

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.A.3. Wskaźniki Dobrego Samopoczucia	
Nazwa skali w języku angielskim	World Health Organization's 5-item Well-being Index	
Skrót	WHO-5	
Wersja skali	Właściwa Skrócona X	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, Denmark
	Rok publikacji	1998
	Źródło	World Health Organisation (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The DEPCARE Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen [1].

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Cichoń Ewelina, Kiejna Andrzej, Kokoszka Andrzej, Gondek Tomasz, Rajba Beata, Lloyd Cathy, Sartorius Norman
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Cichoń E., Kiejna A, Kokoszka A, et al. Validation of the Polish version of WHO-5 as a screening instrument for depression in adults with diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2020;159:107970 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Subiektywne samopoczucie, subiektywne zdrowie, jakość życia.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	Kwestionariusz Wskaźniki Dobrego Samopoczucia WHO-5 jest jednowymiarowym, pięcioelementowym narzędziem używanym do pomiaru ogólnego samopoczucia emocjonalnego w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Uczestnicy proszeni są o ocenę, jak często czuli się w 6-punktowej skali Likerta w zakresie od 0 (wcale) do 5 (przez cały czas). Wyniki są sumowane, wyższe wyniki wskazują na lepsze samopoczucie emocjonalne. Wszystkie pozycje kwestionariusza są pozytywnie sformułowanymi stwierdzeniami (np.: „Czułem się wesóły i w dobrym nastroju). Surowy wynik waha się od 0 (brak dobrego samopoczucia) do 25 (maksymalne dobre samopoczucie) [1].
	Orientacyjny czas badania	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz WHO-5 został po raz pierwszy wprowadzony w poniżej zamieszczonej formie w 1998 roku przez Biuro Regionalne WHO w Europie w ramach projektu DepCare dotyczącego dobrostanu pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej [1]. Od tego czasu kwestionariusz został zatwierdzony w wielu badaniach zarówno pod względem ważności klinicznej, jak i psychometrycznej. Systematyczny przegląd literatury przeprowadzony przez Toppa i wsp. [3] wykazał, że WHO-5 ma odpowiednią ważność zarówno jako narzędzie przesiewowe w kierunku depresji, jak i jako miara wyników w badaniach klinicznych i został z powodzeniem zastosowany w szerokim zakresie dziedzin badań. Kwestionariusz jest zalecany do wykorzystania u chorych na cukrzycę w wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego [4]. Polska wersja ma zadowalającą wiarygodność ($\alpha=0,87$) [2]. Dane uzyskane z badania DAWN 2 zrealizowanego w 17 krajach, mającego na celu ocenę wyników psychospołecznych u osób dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 i 2 wykazały, że ogółem 14,8% badanych (w Polsce 19,2%) według skali WHO-5 miało wskazanie do badania klinicznego w kierunku występowania epizodu depresji. Wyniki uzyskane w Polsce zaliczały się do grupy czterech najmniej korzystnych [5]. Badanie,

		w którym analizowano czynniki związane ze zmianami w depresji u osób z cukrzycą typu 2 (w 12 krajach, opieka ambulatoryjna) stwierdzono, że średnie wyniki dla kwestionariusza WHO-5, były gorsze u osób z incydentalnie występującym poważnym zaburzeniem depresyjnym w porównaniu z tymi, którzy nigdy nie mieli takiego zaburzenia. Analizy regresji wykazały, że między innymi niższe wyniki w skali WHO-5 były istotnymi predyktorami incydentu poważnego zaburzenia depresyjnego [6]. Badanie mające na celu porównanie samooceny ciała u chorych z cukrzycą typu 2 z normami dla ogółu populacji polskiej oraz zbadanie związku między samooceną ciała a psychologicznymi i klinicznymi cechami przebiegu cukrzycy wykazało, że u kobiet subiektywne samopoczucie (WHO-5) było dodatnio skorelowane z samooceną ciała ogółem i w podskali kondycja fizyczna. Stwierdzono również pozytywną, korelację między dobrym samopoczuciem a atrakcyjnością seksualną. U mężczyzn subiektywne samopoczucie było dodatnio skorelowane zarówno z ogólnym wynikiem samooceny ciała jak i wymiarami kondycja fizyczna, atrakcyjność fizyczna [7]. Prinz i wsp. [8] zbadali częstotliwość występowania nastroju depresyjnego i jego związek z czynnikami związanymi z cukrzycą typu 2. Wykorzystując granicę WHO-5 o wartości <13, wykazano, że 27,4% pacjentów było zagrożonych depresją. Rozpoznanie depresji klinicznej potwierdzono u 8,4% badanych. Płeć żeńska, młody wiek, dłuższy czas trwania cukrzycy były związane z większym ryzykiem obniżenia nastroju. Zmienne kliniczne takie jak gorsza kontrola glikemii, przyjmowanie insuliny, obecność przewlekłych powikłań cukrzycy, ciężkie hipoglikemie, dwa lub więcej przyjęć szpitalnych i dłuższy czas pobytu w szpitalu były związane z obniżonym nastrojem. W badaniu mającym na celu ocenę samopoczucia psychicznego i jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 cierpiących na hipoglikemię, łącznie 69,7% uczestników uzyskało wynik poniżej 13 w skali WHO-5 [9]. W jednym z badań oceniano również wiarygodność i błąd pomiaru kwestionariusza WHO-5 stosowanego w interwencji telemedycznej wśród pacjentów z cukrzycą typu 1. Kwestionariusz WHO-5 wykazał znaczną wiarygodność testu-retestu, zaobserwowano jednak większy błąd pomiarowy [10]. W badaniu analizującym czy styl życia jest związany z dobrym samopoczuciem u pacjentów z cukrzycą typu 2 wykazano, że aktywność fizyczna, palenie tytoniu i picie alkoholu były związane z wynikiem WHO-5 u mężczyzn, a aktywność fizyczna i palenie tytoniu były związane z wynikiem WHO-5 u kobiet. W pełni skorygowanych analizach dla całej badanej populacji aktywność fizyczna i palenie tytoniu były nadal związane z wynikiem WHO-5. W pełni dostosowanych analizach stratyfikacji do płci tylko aktywność fizyczna była związana z wynikiem WHO-5 [11].
--	--	--

		Wyniki skali WHO-5 zostały również wykorzystane jako drugorzędowe punkty końcowe w badaniu mającym na celu wykazanie, że wśród osób z cukrzycą typu 1 kontrolowane przez pacjenta elastyczne wizyty (DiabetesFlex) są równie korzystne w porównaniu ze standardową opieką (konsultacje twarzą w twarz, inicjowane przez placówkę opieki zdrowotnej co 4 miesiące). Stwierdzono, że w porównaniu z grupą standardową, uczestnicy grupy Flex wykazali poprawę ogólnego samopoczucia w skali WHO-5 (wzrost o 4,5 punktu pod koniec badania) [12]. Z przeglądu badań wynika, że zastosowanie skali WHO-5 w grupie pacjentów z cukrzycą typu 2 jest poparte mocnymi dowodami na pozytywną wewnętrzną spójność i umiarkowanymi dowodami na pozytywną ważność strukturalną i trafność konstrukcji [13]. Dowody naukowe wskazują na dobrą czułość i swoistość WHO-5 w przewidywaniu depresji wśród osób z cukrzycą [14,15,16,17].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	osoba w wieku 9 lat lub starsza narzędzie może być używane w kategoriach wiekowych: średnie dzieciństwo (około 5-10 lat), wczesny okres dojrzewania (około 11-15 lat), późny okres dojrzewania (około 16-17 lat), dorośli (18+).
	Miejsce badanych	POZ, AOS, szpital
	Stan badanych	cukrzyca typu 1 i 2
	Sytuacje	badania empiryczne, praktyka kliniczna
	Inne	stwierdzono, że WHO-5 ma odpowiednią ważność w badaniach przesiewowych w kierunku depresji i pomiarze wyników w badaniach klinicznych
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: psycholog, psychiatra, lekarz, pielęgniarka	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Prawa autorskie: Copyright Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød, Denmark. Pozwolenie na użytkowanie: darmowy w użyciu.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Obliczanie wyniku: Wynik surowy uzyskuje się poprzez zsumowanie wyników odpowiedzi na pięć pytań. Wynik surowy mieści się w przedziale od 0 do 25, przy czym 0 oznacza najgorszą z możliwych jakość życia a 25 oznacza najlepszą z możliwych jakość życia. Aby otrzymać wynik procentowy w skali od 0 do 100, wynik procentowy należy pomnożyć przez 4. W wyniku procentowym 0 oznacza najgorszą z możliwych, a wynik 100 oznacza najlepszą z możliwych jakość życia. Wyższe wyniki wskazują zatem na lepszą jakość życia i samopoczucie [1]. Interpretacja: Zaleca się przeprowadzenie testu Major Depression (ICD-10) Inventory lub innego testu na obecność depresji, jeśli wynik surowy wynosi <13 lub jeśli pacjent wybrał odpowiedź na któreś z pięciu pytań dającą 0 czy 1 punkt. Wynik <13 wskazuje na złe samopoczucie i stanowi wskazanie do przeprowadzenia badania w kierunku depresji zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [1]. Zalecana wartość odcięcia walidowanej polskiej wersji u chorych na cukrzycę wynosi ≤12 [2]. Obserwacja zmian: W celu obserwowania ewentualnych zmian samopoczucia, używa się wyniku procentowego. Różnica 10% oznacza istotną zmianę według John Ware [18].	
Formularz skali/ kwestionariusz. Formularz dostępny w języku polskim, w otwartym dostępie na stronie: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx		



Wskaźniki Dobrego Samopoczucia (WHO-5)

Proszę wybrać odpowiedź na każde z pięciu stwierdzeń, która najlepiej określa Pani/Pana samopoczucie w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Proszę o zwrócenie uwagi, że wyższe cyfry oznaczają lepsze samopoczucie.

Przykład: Jeśli czuła się Pani wesoła/Jeśli czuł się Pan wesoły i w dobrym nastroju przez więcej niż połowę czasu w ciągu ostatnich dwóch tygodni, proszę zaznaczyć kwadrat z numerem 5 w górnym prawym rogu.

	<i>W ciągu ostatnich dwóch tygodni</i>	Cały czas	Prawie cały czas	Więcej niż połowę czasu	Mniej niż połowę czasu	Od czasu do czasu	Nigdy
1	Czułam się wesoła/Czułam się wesoły i w dobrym nastroju	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
2	Czułam się spokojna i odprężona/Czułam się spokojny i odprężony	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3	Czułam się aktywna i energiczna/Czułam się aktywny i energiczny	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4	Budziłam się z uczuciem świeżości i wypoczęcia /Budziłam się z uczuciem świeżości i wypoczęty	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5	Moje życie codzienne było wypełnione interesującymi mnie sprawami	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0

Obliczanie wyniku:

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Prawa autorskie: Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød, Denmark

Przegląd doniesień	Wskaźniki Dobrego Samopoczucia (WHO-5)
Bibliografia	1. World Health Organisation (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The DEPCARE Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen. 2. Cichoń E, Kiejna A, Kokoszka A, et al. Validation of the Polish version of WHO-5 as a screening instrument for depression in adults with diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2020;159:107970. 3. Topp CW, Østergaard S, Søndergaard S, et al. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. Psychotherapy and Psychosomatics 2015; 84: 167-176. 4. 2022 Guidelines on the management of patients with diabetes. A position of Diabetes Poland. Curr Top Diabetes 2022; 2(1): 1-130. 5. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RI, et al; DAWN2 Study Group. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. Diabet Med. 2013 Jul;30(7):767-77. Erratum in: Diabet Med. 2013;30(10):1266. 6. Lloyd CE, Sartorius N, Ahmed HU, et al. Factors associated with the onset of major depressive disorder in adults with type 2 diabetes living in 12 different countries: results from the INTERPRET-DD prospective study. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020;29:e134.

7. Kokoszka A, Pacura A, Kostecka B, et al. Body self-esteem is related to subjective well-being, severity of depressive symptoms, BMI, glycated hemoglobin levels, and diabetes-related distress in type 2 diabetes. *PLoS One*. 2022;17(2):e0263766.
8. Prinz N, Ebner S, Grünerbel A, et al. Female sex, young age, northern German residence, hypoglycemia and disabling diabetes complications are associated with depressed mood in the WHO-5 questionnaire - A multicenter DPV study among 17,563 adult patients with type 2 diabetes. *J Affect Disord*. 2017;208:384-391.
9. Salawati E. Mental Wellbeing and Quality of Life Among Patients With Diabetes Suffering From Hypoglycaemia in Saudi Arabia. *Cureus*. 2021;13(8):e17586.
10. Schougaard LMV, Laurberg T, Lomborg K, et al. Test-retest reliability and measurement error of the WHO-5 Well-being Index and the Problem Areas in Diabetes questionnaire (PAID) used in telehealth among patients with type 1 diabetes. *J Patient Rep Outcomes*. 2022;6(1):99.
11. Hendriks SH, van Soldt EG, van Vugt M, et al. Lifestyle and emotional well-being in men and women with type 2 diabetes (e-VitaDM-4; ZODIAC-48). *Eur J Gen Pract*. 2017;23(1):83-90.
12. Laurberg T, Schougaard LMV, Hjøllund NHI, et al. Randomized controlled study to evaluate the impact of flexible patient-controlled visits in people with type 1 diabetes: The DiabetesFlex Trial. *Diabet Med*. 2022;39(5):e14791.
13. van Dijk SEM, Adriaanse MC, van der Zwaan L, et al. Measurement properties of depression questionnaires in patients with diabetes: a systematic review. *Qual Life Res*. 2018;27(6):1415-1430.
14. Pouwer F, Snoek FJ, van der Ploeg HM, et al. Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes: effects on mood, HbA(1c), and the patient's evaluation of the quality of diabetes care: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2001;24(11):1929-1935.
15. Halliday JA, Hendrieckx C, Busija L, et al. Validation of the WHO-5 as a first-step screening instrument for depression in adults with diabetes: Results from Diabetes MILES - Australia. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017;132:27-35.
16. de Wit M, Pouwer F, Gemke RJB, et al. Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:2003-6.
17. Awata S, Bech P, Yoshida S, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61(1):112-119.
18. Ware JE. Monitoring health care from the patient's point of view. *Hosp Pract (Off Ed)*. 1994;29(5):12-17.

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.A.4. Przegląd jakości życia zależnej od cukrzycy	
Nazwa skali w języku angielskim	Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life	
Skrót	ADDQoL	
Wersja skali	Wersja ADDQoL19	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Bradley C, Gorton T, Symonds E, Plowright R, Todd C, Martin A.
	Rok publikacji	1999
	Źródło	Bradley C, Todd C, Gordon T, et al. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life; the ADDQOL. <i>Qual Life Res</i> . 1999;8(1-2):79-91 [1].

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Bąk Ewelina, Marcisz Czesław, Nowak-Kapusta Zofia, Dobrzyń-Matusiak Dorota, Marcisz Ewa, Krzemińska Sylwia
	Rok publikacji	2018
	Źródło	Bąk E, Marcisz C, Nowak-Kapusta Z, et al. Psychometric properties of the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL) in a population-based sample of Polish adults with type 1 and 2 diabetes. Health Qual Life Outcomes 2018; 16:53 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wpływ cukrzycy na jakość życia
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	Kwestionariusz ADDQoL19 składa się z dwóch elementów. Jeden obejmujący 2 pytania mierzy ogólną jakość życia oraz jakość życia specyficzną dla cukrzycy. Drugi element dotyczy specyficznego wpływu cukrzycy na określone aspekty życia i obejmuje 19 domen życia: zajęcia rekreacyjne, życie zawodowe, lokalne lub długodystansowe podróże, wakacje, zdrowie fizyczne, życie rodzinne, przyjaźnie i życie towarzyskie, bliskie relacje osobiste, życie seksualne, wygląd fizyczny, pewność siebie, motywacje do osiągania rzeczy, reakcje ludzi, uczucia dotyczące przyszłości, sytuacje finansową, warunki życia, zależność od innych, wolność jedzenia i wolność picia. W tej części prosi się respondentów o ocenę, jak wyglądałoby ich życie, gdyby nie chorowali na cukrzycę. Każda domena zawiera dwa komponenty: 1. wpływ (od - 3, maksymalny negatywny wpływ cukrzycy, do + 1, pozytywny wpływ cukrzycy) 2. istotność (od 3 - bardzo ważne, do 0 - wcale nieważne) [1,3]. Wykazano, że wartości wewnętrznej spójności polskiej wersji językowej ADDQoL dla ogólnego współczynnika Alfa Cronbacha wynosiły 0,92 u badanych pacjentów z T1DM i 0,93 u badanych pacjentów z T2DM [2]. Kwestionariusz jest najczęściej tłumaczonym i walidowanym narzędziem oceny jakości życia związanej z cukrzycą [4].
	Orientacyjny czas badania	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W badaniu, którego celem była ocena zależnej od cukrzycy jakości życia i czynników na nią wpływających u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w przyszpitalnych poradniach diabetologicznych, cukrzyca miała negatywny wpływ na jakość życia u 37,3% pacjentów, 32,9% uważało, że ich życie byłoby lepsze bez obecności cukrzycy. Cukrzyca obniża jakość życia wpływając na życie zawodowe, stan zdrowia, życie rodzinne i seksualne, przyszłe perspektywy i nawyki żywieniowe. Wiek i stan cywilny były jedynymi determinantami jakości życia w tym badaniu [5].

		Średni wynik w ADDQoL w badaniu Grigoresko i wsp. [6] w grupie chorych z 2 typem cukrzycy i niewystarczającą kontrolą metaboliczną choroby wyniósł $-2,22 \pm 1,2$. Swoboda w jedzeniu, wakacje, podróże, wypoczynek, zdrowie fizyczne, życie seksualne, swoboda w picu i uczucia dotyczące przyszłości ocenione były poniżej średniej. Negatywne powiązania były istotne między wynikami ADDQoL a wiekiem i wskaźnikiem masy ciała badanych. Ogólne wyniki nie korelowały z czasem trwania cukrzycy lub HbA_{1c}. Zbadano zmiany w jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 2 (w okresie 6 miesięcy) zgodnie z modyfikacjami leczenia pacjentów przez lekarzy i zmianami stylu życia pacjentów po uświadomieniu im ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Zmiana wyniku ważonej wartości wpływu w domenach lokalne lub długodystansowe podróże, wakacje i zdrowie fizyczne różniły się między grupami. Pacjenci, u których nastąpiła modyfikacja leczenia, wykazywali większą poprawę jakości życia w tych domenach, niż ci u których leczenie nie uległo zmianie [7]. Mieszkanie na wsi, brak ruchu, palenie tytoniu, obecność powikłań cukrzycowych, leczenie cukrzycy iniekcjami insuliny i wcześniejsze zakażenie COVID-19 były związane ze znacznie gorszą jakością życia. Znaczące pogorszenie jakości życia nastąpiło u chorych na cukrzycę typu 2 podczas pandemii [8]. W badaniu Bąk i wsp. [9] przeprowadzonym w grupie chorych z cukrzycą typu 1 w Polsce, potwierdzono negatywny wpływ cukrzycy we wszystkich 19 domenach, najbardziej dotkniętymi domenami u kobiet były „przyszłość”, „życie seksualne” oraz „pewność siebie”, natomiast u mężczyzn „życie seksualne”, „wygląd zewnętrzny” oraz „przyszłość”. U obu płci najmniejszy negatywny wpływ dotyczył „sytuacji mieszkaniowej”, „reakcji otoczenia” oraz „życia towarzyskiego”. Ptasinśki i Pączek [10] określając wpływ cukrzycy na jakość życia z użyciem kwestionariusza ADDQoL, wykazali, że cukrzyca miała największy wpływ na „swobodę w jedzeniu”, „uczucia dotyczące przyszłości”, „życie seksualne” oraz „aktywność fizyczną”. W badaniu przeprowadzonym w grupie dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 1, ustalono, iż słabo kontrolowana glikemia, związana jest z upośledzoną jakością życia [11]. Analiza związku między wzorcami żywieniowymi (dieta śródziemnomorska i zdrowe odżywianie) a zgłaszaną przez pacjentów jakością życia wykazała, że umiarkowane lub wysokie przestrzeganie diety śródziemnomorskiej wiązało się z lepszą jakością życia chorych z 1 typem cukrzycy [12].
--	--	--

		W badaniu Granado i wsp. [13] porównano między innymi jakość życia pacjentów z retinopatią cukrzycową i bez. Pacjenci z retinopatią wykazywali gorsze postrzeganie obecnej jakości życia, życia zawodowego, wykazali niższą wartość średnią ważonego wpływu. Osoby z długotrwałą cukrzycą typu 1 doświadczają wysokiego natężenia bólu różnych okolic ciała w porównaniu do osób bez cukrzycy. Całkowite natężenie bólu było związane z gorszą jakością życia ogółem i związaną z cukrzycą [14]. W badaniu Ekong i wsp. [15], którego jednym z celów była ocena wpływu wywiadu motywacyjnego w zakresie przyjmowania leków przez pacjenta (zrealizowanego przez farmaceutę) na zmianę jakości życia związanej ze zdrowiem, wykazano, że przestrzeganie zaleceń lekarskich uległo poprawie, zmiany w jakości życia nie były istotne statystycznie. Jakość życia oceniono także u osób z cukrzycą typu LADA (cukrzyca autoimmunologiczna osoby dorosłej) w porównaniu z pacjentami z innymi typami cukrzycy (typ 1 i 2). Pacjenci z LADA wykazywali niższą jakość życia specyficzną dla cukrzycy i średnie ważone wyniki wpływu niż pacjenci z typem 2. Podgrupa pacjentów LADA z retinopatią cukrzycową, którzy byli leczeni insuliną, miała niższy średni ważony wynik wpływu ADDQoL niż inne grupy chorych na cukrzycę [16]. W ocenie wpływu zespołu słabości na jakość życia i objawy depresji u pacjentów z cukrzycą typu 2, wykazano, że pacjenci bez rozpoznanego zespołu słabości ocenili jakość życia znacznie lepiej niż pacjenci ze współistniejącym zespołem słabości [17].
]Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, szpital
	Stan badanych	typ 1 i typ 2 cukrzycy
	Sytuacje	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: psycholog, pielęgniarka, lekarz, dietetyk	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Użycie polskiej wersji językowej skali wymaga uzyskania licencji od Clare Bradley z Health Psychology Research, Department of Psychology, Royal Holloway, University of London. Copyright © Professor C Bradley
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala oceny waha się od -3 do +1 dla 19 domen życia (ocena wpływu) i od 0 do +3 w przypisanym znaczeniu (ocena ważności). Wynik ważony dla każdej domeny jest obliczany jako mnożnik oceny wpływu i oceny ważności. Wartość ta może wynosić od -9 do +3 dla każdej badanej domeny ADDQoL. Im niższy wynik – ważona wartość wpływu, tym gorszy aspekt zdrowia lub życia w zakresie danej domeny. Wynik - średnia ważona wartość wpływu (AWI) obliczany jest również dla całej skali. Wynik AWI uzyskuje się, dzieląc sumę ważonej wartości wpływu według liczby odpowiednich domen [1,3].	
Formularz skali/ kwestionariusz. Kwestionariusz jest udostępniany po uzyskaniu licencji.		

Przegląd doniesień	Przegląd jakości życia zależnej od cukrzycy (ADDQoL)
Bibliografia	- Bradley C, Todd C, Gordon T, et al. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life; the ADDQOL. <i>Qual Life Res.</i> 1999;8:79–91. - Bąk E, Marcisz C, Nowak-Kapusta Z, et al. Psychometric properties of the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL) in a population-based sample of Polish adults with type 1 and 2 diabetes. <i>Health Qual Life Outcomes</i> 2018;16:53. - Bradley C, Speight J. Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. <i>Diabetes Metab Res Rev.</i> 2002;18:64–69. - Oluchi SE, Manaf RA, Ismail S, et al. Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2021;18(17):9245. - Papazafiropoulou AK, Bakomitrou F, Trikalinou A, et al. Diabetes-dependent quality of life (ADDQOL) and affecting factors in patients with diabetes mellitus type 2 in Greece. <i>BMC Res Notes.</i> 2015;8:786. - Grigorescu ED, Lăcătușu CM, Crețu I, et al. Self-Reported Satisfaction to Treatment, Quality of Life and General Health of Type 2 Diabetes Patients with Inadequate Glycemic Control from North-Eastern Romania. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2021;18(6):3249. - Kim YJ, Jeong IK, Kim SG, et al. Changes in the Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus According to Physician and Patient Behaviors. <i>Diabetes Metab J.</i> 2020;44(1):91-102. - Naous E, Boulos M, Sleilaty G, et al. Quality of life and other patient-reported outcomes in adult Lebanese patients with type 2 diabetes during COVID-19 pandemic. <i>J Endocrinol Invest.</i> 2022;45(4):763-772. - Bąk E, Nowak-Kapusta Z, Dobrzyn-Matusiak D, et al. An assessment of diabetes-dependent quality of life (ADDQoL) in women and men in Poland with type 1 and type 2 diabetes. <i>Ann Agric Environ Med.</i> 2019;26(3):429-438. - Ptasinski A, Pączek L. Wpływ cukrzycy na jakość życia - ocena za pomocą kwestionariusza ADDQL w ramach praktyki lekarza rodzinnego. <i>Med. Metab</i> 2008;4: 45-48. - Yazidi M, El Felah E, Oueslati I, et al. Assessment of quality of life in adult type 1 diabetic patients. <i>Tunis Med.</i> 2020;98(11):861-868. - Granado-Casas M, Martin M, Martínez-Alonso M, et al. The Mediterranean Diet is Associated with an Improved Quality of Life in Adults with Type 1 Diabetes. <i>Nutrients.</i> 2020;12(1):131. - Granado-Casas M, Castelblanco E, Ramírez-Morros A, et al. Poorer Quality of Life and Treatment Satisfaction is Associated with Diabetic Retinopathy in Patients with Type 1 Diabetes without Other Advanced Late Complications. <i>J Clin Med.</i> 2019;8(3):377. - Molvaer AK, Iversen MM, Igland J, et al. Higher levels of bodily pain in people with long-term type 1 diabetes: associations with quality of life, depressive symptoms, fatigue and glycaemic control – the Dialong study. <i>Diabet Med.</i> 2020;37(9):1569-1577. - Ekong G, Chou C, Lakin J, et al. Pharmacist-led motivational interviewing for diabetes medication adherence in a worksite wellness program. <i>J Am Pharm Assoc</i> (2003). 2020;60(6):e224-e229. - Granado-Casas M, Martínez-Alonso M, Alcubierre N, et al. Decreased quality of life and treatment satisfaction in patients with latent autoimmune diabetes of the adult. <i>Peer J.</i> 2017;5:e3928. - Bąk E, Młynarska A, Marcisz C, et al. The influence of frailty syndrome on quality of life in elderly patients with type 2 diabetes. <i>Qual Life Res.</i> 2021;30(9):2487-2495.

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.A.5. Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2	
Nazwa skali w języku angielskim	FINnish Diabetes Risk Score	
Skrót	FINDRISC	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Lindstrom Jaana, Tuomilehto Jaakko
	Rok publikacji	2003
	Źródło	Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003; 26: 725-31 [1]. Skala jest dostępna w angielskiej wersji językowej na stronie Finnish Diabetes Association.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Czynniki ryzyka cukrzycy typu 2
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	Skala FINDRISC służy do oceny ryzyka wystąpienia zachorowania na cukrzycę typu 2 w ciągu 10 lat u dorosłych. Formularz zawiera 8 pytań, które odnoszą się bezpośrednio do znanych czynników ryzyka cukrzycy: wiek, wskaźnik masy ciała (BMI), obwód talii, dzienna aktywność fizyczna, codzienne spożycie warzyw i owoców, przyjmowanie leków na nadciśnienie tętnicze, historia hiperglikemii i rodzinna historia cukrzycy. Do każdego pytania przewidziano co najmniej 2 opcje wyboru odpowiedzi. Dla wszystkich możliwości przypisano określoną liczbę punktów, które sumuje się po zaznaczeniu wszystkich odpowiedzi. Im więcej punktów uzyska pacjent wypełniający formularz, tym większe jest ryzyko wystąpienia u niego cukrzycy typu 2 w ciągu najbliższych 10 lat [1].
	Orientacyjny czas badania	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W programie zapobiegania cukrzycy typu 2 w Finlandii kwestionariusz FINDRISC stanowił główne narzędzie przesiewowe do identyfikacji osób z wysokim ryzykiem cukrzycy typu 2 [2]. W Polsce w celu identyfikacji odpowiedniej grupy osób kwalifikujących się do badań przesiewowych, w ramach projektu polityki zdrowotnej dotyczącej profilaktyki cukrzycy typu 2 sugeruje się zastosowanie kwestionariusza FINDRISC [3]. W badaniu oceniającym czy ankieta FINDRISC jest skutecznym narzędziem do oceny czynników ryzyka cukrzycy w populacji polskiej wykazano, że czynnikiem najbardziej zwiększającym ryzyko cukrzycy jest

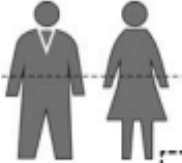
		obwód talii u kobiet >88 cm, u mężczyzn >102 cm [4]. Powinowactwo genetyczne uznano za nieistotną zmienność w ryzyku zachorowania na cukrzycę. Zarówno BMI, jak i wiek były silnymi czynnikami determinującymi przyszłe ryzyko zachorowalności na cukrzycę w badaniu Fiodorenko i wsp. [5]. Na początku badania, którego celem była cena ryzyka rozwoju cukrzycy z użyciem FINDRISC w wyjściowej populacji bez cukrzycy i porównanie tych wyników z występowaniem cukrzycy po 6 latach obserwacji, wykazano, że 25,87% uczestników badania miało niskie ryzyko cukrzycy, 38,90% miało nieznacznie podwyższone ryzyko, 16,79% umiarkowane ryzyko, 16,42% wysokie ryzyko i 2,02% bardzo wysokie ryzyko. Kobiety były znacznie częściej klasyfikowane w grupach podwyższonego ryzyka niż mężczyźni. Uczestnicy z wykształceniem podstawowym byli znacznie częściej klasyfikowani w grupie wysokiego ryzyka niż uczestnicy z innymi poziomami wykształcenia. Podczas 6-letniej obserwacji zdiagnozowano 141 przypadków cukrzycy (12,94%). Wyniki badania kohortowego PURE Poland wskazują, że wyższy wynik FINDRISC na początku badania wiązał się z wyższym ryzykiem rozwoju cukrzycy w ciągu 6 lat obserwacji [6]. Wysokie i bardzo wysokie ryzyko rozwoju cukrzycy, wykazano u 11% badanych w badaniu norweskim [7]. W dużej kohorcie europejskiej, wśród dorosłych w wieku 41.1 ± 5.48 wysokie i bardzo wysokie ryzyko wykazano u 12,8% badanych [8]. W badaniu zrealizowanym w Turcji mającym na celu określenie czynników ryzyka cukrzycy typu 2 wśród dorosłych, u których nie zdiagnozowano cukrzycy stwierdzono, że 7,4% ankietowanych było w grupie wysokiego ryzyka. Wśród uczestników wartość BMI wynosząca 25 kg/m² i więcej występowała u 65,1% osób, obwód w talii przekraczający wartość progową stwierdzono u 58% osób, 50,7% badanych nie angażowało się w wystarczającą aktywność fizyczną. Historię cukrzycy w rodzinie miało 38,9% badanych, natomiast historię hiperglikemii 9,5%. Prawdopodobnie u 121 uczestników badania zostanie zdiagnozowanych z cukrzycą w ciągu dziesięciu lat, jeśli nie zostaną podjęte żadne działania [9]. Kwestionariusz FINDRISK został wykorzystany do oceny skuteczności interwencji związanych ze stylem życia w zapobieganiu cukrzycy typu 2, w badaniu mającym na celu ocenę utrzymania się redukcji czynników ryzyka cukrzycy typu 2 osiągniętej 1 rok po interwencji i podczas 3-letniej obserwacji w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce. Wykazano, że profilaktyka cukrzycy typu 2 w podstawowej opiece zdrowotnej realizowana przez pielęgniarki poprzez interwencje w styl życia prowadzi do niewielkiej redukcji masy ciała, korzystnych zmian czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i zmniejszenia ryzyka cukrzycy w 3-letniej obserwacji [10].
--	--	---

		W jednym z badań, podjęto próbę określenia najlepszej wartości progowej kwestionariusza FINDRISC dla wykrywania cukrzycy i hiperglikemii u osób bez cukrzycy w wieku 35 lat lub starszych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w Europie (w tym w Polsce). Optymalna wartość FINDRISC do wykrywania zarówno cukrzycy, jak i upośledzenia tolerancji glukozy w badanej grupie wynosiła 14 punktów. Badanie potwierdziło, że FINDRISC to nieinwazyjne narzędzie przydatne do wykrywania osób z nierozpoznaną cukrzycą i zaburzeniami tolerancji glukozy u osób korzystających z ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej w Europie [11]. W badaniu przekrojowym, które miało na celu opisanie zgłaszanych przez rodziny europejskie (Belgia, Finlandia, Hiszpania, Grecja, Węgry i Bułgaria) zachowań związanych ze stylem życia i porównanie ich z aktualnymi wytycznymi zdrowotnymi w europejskich rodzinach zagrożonych rozwojem cukrzycy typu 2 kwestionariusz FINDRISC został wykorzystany do identyfikacji rodzin ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na cukrzycę typu 2 [12]. Kwestionariusz FINDRISK został wykorzystany do oceny ryzyka rozwoju cukrzycy w populacji pacjentów w wieku podeszłym z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. W tej grupie badanych 40% pacjentów miało wysokie lub bardzo wysokie ryzyko rozwoju cukrzycy w ciągu kolejnych 10 lat, wskazuje to na konieczność zwiększenia badań przesiewowych i redukcji modyfikowalnych czynników ryzyka w tej grupie chorych [13].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Podstawowa opieka zdrowotna
	Stan badanych	Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy
	Sytuacje	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Inne	Badania przesiewowe, badania naukowe
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarz, dietetyk, pielęgniarka, fizjoterapeuta	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
Klucz do skali/interpretacja wyników	Jeżeli suma punktów ze wszystkich odpowiedzi kwestionariusza jest mniejsza niż 7, badana osoba charakteryzuje się małym ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2 w najbliższych 10 latach, wynoszącym około 1 przypadek zachorowalności na 100 osób. Jeśli mieści się w przedziale 7-11 pkt, oznacza to miernie zwiększone ryzyko, 12-14 pkt dotyczy średnio zwiększonego ryzyka, 15-20 pkt określa jako duże, a powyżej 20 pkt bardzo duże ryzyko rozwoju cukrzycy, wynoszące w przybliżeniu 50% [14].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

 **Finnish Diabetes Association**

Karta oceny ryzyka cukrzycy typu 2
Zakreśl prawdziwą odpowiedź i zsumuj punkty

1. Wiek	6. Czy kiedykolwiek stosowałeś regularnie leki obniżające ciśnienie?
0 pkt < 45 lat	0 pkt nie
2 pkt 45–54 lat	2 pkt tak
3 pkt 55–64 lat	
4 pkt > 64 lat	
2. Wskaźnik masy ciała (BMI) (patrz na odwrocie)	7. Czy kiedykolwiek stwierdzono u ciebie podwyższone stężenie glukozy we krwi (np. podczas badań okresowych, w czasie choroby, podczas ciąży)?
0 pkt < 25 kg/m ²	0 pkt nie
1 pkt 25–30 kg/m ²	5 pkt tak
3 pkt > 30 kg/m ²	
3. Obwód pasa poniżej dolnego brzoza żebra (zwykle na poziomie pępka)	8. Czy rozpoznano cukrzycę u kogokolwiek z twoich najbliższych lub pozostałych krewnych (typu 1 lub 2)?
	0 pkt nie
mężczyźni kobiety	3 pkt tak: u dziadka, cioci, wujka, kuzyna w pierwszej linii (ale nie u rodzica, brata, siostry lub dziecka)
0 pkt < 94 cm < 80 cm	5 pkt tak: u jednego z rodziców, brata, siostry lub własnego dziecka
3 pkt 94–102 cm 80–88 cm	
4 pkt > 102 cm > 88 cm	



4. Czy codziennie podczas pracy i/lub w czasie wolnym (łącznie z normalną aktywnością) podejmujesz wysiłek fizyczny przez co najmniej 30 min?	Suma punktów ☐ Ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 w ciągu najbliższych 10 lat jest: <7 pkt niskie: zachoruje w przybliżeniu 1 osoba na 100 7–11 pkt nieznacznie podwyższone: zachoruje w przybliżeniu 1 osoba na 25 12–14 pkt umiarkowane: zachoruje w przybliżeniu 1 osoba na 6 15–20 pkt wysokie: zachoruje w przybliżeniu 1 osoba na 3 >20 pkt bardzo wysokie: zachoruje w przybliżeniu 1 osoba na 2
0 pkt tak 2 pkt nie	
5. Jak często spożywasz warzywa, owoce lub jagody?	
0 pkt codziennie	
1 pkt nie każdego dnia	

Prawa autorskie: Finnish Diabetes Association

Przegląd doniesień	Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 (FINDRISC)
Bibliografia	- Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. <i>Diabetes Care</i> 2003; 26: 725-31. - Lindström J, Absetz P, Hemiö K, et al. Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity - efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland. <i>Public Health Nutr.</i> 2010;13(6A):993-9.

	3. AOTMiP. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 294/2017 z dnia 27 października 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II”. Dostępny w Internecie: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2017/OP-0294-2017.pdf Dostęp: 18.10.2022. 4. Cisińska G, Moczulski D. Analiza czynników ryzyka cukrzycy na podstawie ankiety FINDRISC. <i>Hygeia Public Health</i> 2013; 48(2): 200-204. 5. Fiodorenko-Dumas Z, Starzyk M, Paprocka-Borowicz M, i wsp. Rokowanie zachorowalności na cukrzycę typu 2 zgodnie z kwestionariuszem FINDRISC — badanie wstępne. <i>Acta Angiologica</i> 2017;23(3):124-129. 6. Zatońska K, Basiak-Rasała A, Poltyn-Zaradna K, et al. Characteristic of FINDRISC Score and Association with Diabetes Development in 6-Year Follow-Up in PURE Poland Cohort Study. <i>Vasc Health Risk Manag.</i> 2021;17:631-639. 7. Jølle A, Midthjell K, Holmen J, et al. Impact of sex and age on the performance of FINDRISC: the HUNT study in Norway. <i>BMJ Open Diabetes Res Care.</i> 2016;4:1. 8. Mavrogianni C, Lambrinou CP, Androutsos O, et al. Evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score as a screening tool for undiagnosed type 2 diabetes and dysglycaemia among early middle-aged adults in a large-scale European cohort. The Feel 4 Diabetes-study. <i>Diabetes Res Clin Pract.</i> 2019;150:99–110. 9. Cosansu G, Celik S, Özcan S, et al. Determining type 2 diabetes risk factors for the adults: A community based study from Turkey. <i>Prim Care Diabetes.</i> 2018;12(5):409-415. 10. Gilis-Januszewska A, Lindström J, Tuomilehto J, et al. Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DEPLAN) project. <i>BMC Public Health.</i> 2017;17(1):198. 11. Gabriel R, Acosta T, Florez K, et al. Validation of the Finnish Type 2 Diabetes Risk Score (FINDRISC) with the OGTT in Health Care Practices in Europe. <i>Diabetes Res Clin Pract.</i> 2021;178:108976. 12. De Craemer M, Van Stappen V, Brondeel R, et al. Self-reported lifestyle behaviours in families with an increased risk for type 2 diabetes across six European countries: a cross-sectional analysis from the Feel4Diabetes-study. <i>BMC Endocr Disord.</i> 2022;22(1):213. 13. Sapiłak BJ, Mastalerz-Migas A, Pokorna-Kałwak D. Wykorzystanie karty FINDRISC jako narzędzia oceny ryzyka rozwoju cukrzycy w populacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym. <i>Family Medicine & Primary Care Review</i> 2014; 16, 2: 158–160. 14. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, et al. ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. <i>Eur Heart J.</i> 2013;34(39):3035–3087.
--	--

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.A.6. Inwentarz samoopieki w cukrzycy	
Nazwa skali w języku angielskim	Self-Care of Diabetes Inventory	
Skrót	SCODI	
Wersja skali	Właściwa – X Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ausili Davide, Barbaranelli Claudio, Rossi Emanuela, Rebori Paola, Fabrizi Diletta, Coghi Chiara, Luciani Michela, Vellone Ercole, Di Mauro Stefania, Riegel Barbara.

	Rok publikacji	2017
	Źródło	Ausili D, Barbaranelli C, Rossi E, et al. Development and psychometric testing of a theory-based tool to measure self-care in diabetes patients: the self-care of diabetes inventory. BMC Endocr Disord. 2017;17(1):66 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Uchmanowicz Izabella, Krzemińska Sylwia, Ausili Davide, Luciani Michaela, Lisiak Magdalena.
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Uchmanowicz I, Krzemińska S, Ausili D, et al. Polish Adaptation of the Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI). Patient Preference and Adherence 2020; 14:1341–1350 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Samoopieka
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	Utrzymanie samoopieki definiuje się jako zachowania służące utrzymaniu stabilności fizycznej i emocjonalnej. Obejmuje zachowania promujące zdrowie, zachowania zapobiegające chorobom, zachowania prozdrowotne i zachowania związane z chorobą. Monitorowanie samoopieki odnosi się do procesu obserwowania siebie pod kątem zmian w objawach, interpretację i rozpoznawanie objawów. Zarządzanie samoopieką to proces reagowania odpowiednimi zachowaniami na zmiany i problemy zdrowotne, które się pojawiają, aby uniknąć ich zaostrzenia. Obejmuje autonomiczne (podejmowane przez pacjenta) zachowania związane z samoopieką i konsultacyjne zachowania związane z samoopieką. Pewność siebie odzwierciedla stopień pewności, jaki ma pacjent na temat swojej zdolności do wykonania określonego zadania związanego z samoopieką. Obejmuje pewność siebie specyficzną dla zadania i wytrwałość w dbaniu o siebie [1]. Kwestionariusz SCODI jest prostym narzędziem badawczym, które można wykorzystać w celu oceny możliwości samoopieki w populacji chorych na cukrzycę. Obejmuje on ogółem 40 pozycji, pozwala na samoocenę pacjenta z cukrzycą w czterech obszarach (skalach/domenach): utrzymanie samoopieki (12 pozycji), monitorowanie samoopieki (9 pozycji), zarządzanie samoopieką (8 pozycji) i pewność siebie co do zdolności do samoopieki (11 pozycji). Każda z części skali jest oceniana osobno i standaryzowana do skali 0-100. Każdy element skali jest oceniany w 5-punktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza nigdy, 5 oznacza zawsze. Wynik dla każdego obszaru stanowi liczba w zakresie 0–100, większe liczby oznaczają lepszą samoopiekę [1]. Pierwotna wersja skali wykazała wysoką wewnętrzną niezawodność spójności czterech obszarów (obszar 1 = 0,85; obszar 2 = 0,77; obszar 3 = 0,79; obszar 4 = 0,95) [1]. Ogólna spójność polskiej wersji kwestionariusza dla poszczególnych skal (obszarów) oceniona za pomocą alfa Cronbacha wyniosła: utrzymanie samoopieki $\alpha=0,759$, monitorowanie samoopieki $\alpha=0,741$, zarządzanie samoopieką $\alpha=0,695$ i pewność siebie $\alpha=0,932$ [2].

	Orientacyjny czas badania	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz SCODI został wykorzystany w badaniu mającym na celu ocenę deficytów poznawczych i poziomu samoopieki u starszych chorych na cukrzycę typu 2. W analizie porównawczej pacjenci z zaburzeniami poznawczymi mieli znacznie niższe wyniki we wszystkich obszarach SCODI. Analiza korelacji wykazała, że im pacjenci mieli wyższy wynik w skali do oceny funkcji poznawczych (MMSE), tym wyższy wykazywali poziom samoopieki [3]. W badaniu analizującym między innymi wpływ akceptacji choroby oraz wybranych czynników demograficznych i klinicznych na poziom samoopieki, stwierdzono, że poziom akceptacji choroby nie korelował znacząco z utrzymaniem samoopieki oraz pewnością siebie [4]. Ausili i wsp. wykazali, że pacjenci z niewydolnością serca i współistniejącą cukrzycą typu 2 najlepiej radzili sobie z utrzymaniem samoopieki oraz pewnością siebie w skali SCODI [1]. W badaniu wielośrodkowym, zrealizowanym w grupie chorych na cukrzycę typu 2, w placówkach opieki ambulatoryjnej wykazano, że utrzymanie samoopieki i pewność siebie były odpowiednie u większości badanych. Monitorowanie samoopieki było wystarczające tylko w połowie badanej próby, natomiast samoopieka była słaba. Niższe utrzymanie samoopieki wiązało się z mniejszą pewnością siebie, niższe monitorowanie samoopieki wiązało się z byciem mężczyzną, mniejszą pewnością siebie i cukrzycą trwającą <10 lat. Niższe zarządzanie samoopieką wiązało się z byciem mężczyzną, starszym wiekiem, niskimi dochodami, zatrudnieniem, brakiem edukacji diabetologicznej w ostatnim roku i niższą pewnością siebie. Niższa pewność siebie była związana z cukrzycą trwającą <10 lat [5]. Opisu zachowań pacjentów chorych na cukrzycę typu 1 związanych z samoopieką oraz identyfikacji uwarunkowań społeczno-demograficznych i nieodpowiedniej samoopieki dokonali Codi i wsp. [6]. W ich badaniu większość pacjentów wykazała na odpowiednim poziomie utrzymanie samoopieki (74%), monitorowanie samoopieki (68,5%) i pewność siebie (87,3%), podczas gdy zarządzanie samoopieką było odpowiednie tylko u 34,8% pacjentów. Szanse na nieodpowiednią samoopiekę wzrastały 4,5 krotnie, gdy pewność siebie była niewystarczająca. Szanse na nieodpowiednie monitorowanie samoopieki wzrastały czterokrotnie, gdy pacjenci mieli niewystarczającą pewność siebie. Niewystarczająca pewność siebie zwiększała szanse na nieodpowiednie zarządzanie samoopieką ponad pięciokrotnie. To badanie potwierdziło, że pewność siebie była najważniejszym wyznacznikiem zachowań związanych z samoopieką w tej populacji [6].

Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

Rekomendacje za- stosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	Ambulatoryjna opieka diabetologiczna, podstawowa opieka zdrowotna, szpital
	Stan badanych	Cukrzyca typu 1 i 2
	Sytuacje	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Inne	Praktyka kliniczna, badania naukowe
Osoby, które mogą stosować skalę	Pracownicy ochrony zdrowia realizujący opiekę nad chorym na cukrzycę.	
Dodatkowe kryteria zastosowa- nia skali		• Wykorzystanie skali dla celów badawczych, klinicznych i edukacyj- nych, jest możliwe wyłącznie po uzyskaniu zgody autorów. • Niekomercyjne wykorzystanie kwestionariusza SCODI przez klini- cystów oraz naukowców w ramach badań naukowych jest bezpłatne. • Wykorzystanie kwestionariusza SCODI w badaniu finansowanym lub komercyjnie, wymaga dodatkowych ustaleń.
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Każda skala ma 5-punktową strukturę Likerta. Wynik dla każdego obszaru stanowi liczba w zakresie 0–100, większe liczby oznaczają lepszą samoopiekę [1]. Wynik graniczny wynoszący 70 dla każdego obszaru (utrzymanie samoopieki, mo- nitorowanie, zarządzanie i pewność siebie) został wykorzystany w poprzednich ba- daniach do rozróżnienia między odpowiednią lub nieodpowiednią samoopieką [6].	
Formularz skali/ kwestionariusz. Polska wersja językowa kwestionariusza dostępna jest na stronie: http://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-diabetes-inventory/		

Przegląd doniesień	Inwentarz samoopieki w cukrzycy (SCODI)
Bibliografia	- Ausili D, Barbaranelli C, Rossi E, et al. Development and psychometric testing of a theory-based tool to measure self-care in diabetes patients: the self-care of diabetes inventory. <i>BMC Endocr Disord.</i> 2017;17(1):66. - Uchmanowicz I, Krzemińska S, Ausili D, et al. Polish Adaptation of the Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI). <i>Patient Preference and Adherence</i> 2020; 14:1341–1350. - Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, et al. Impact of Cognitive Impairment on Adherence to Treatment and Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. <i>Diabetes Metab Syndr Obes.</i> 2021;14:193-203. - Bonikowska I, Szwamel K, Uchmanowicz I. Analysis of the impact of disease acceptance, demographic, and clinical variables on adherence to treatment recommendations in elderly type 2 diabetes mellitus patients. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health.</i> 2021;18(16):8658. - Ausili D, Rossi E, Rebora P, et al. Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observational study. <i>Acta Diabetol.</i> 2018;55(7):691-702. - Caruso R, Rebora P, Dellafiore F, et al. Clinical and socio-demographic determinants of inadequate self-care in adults with type 1 diabetes mellitus: the leading role of self-care confidence. <i>Acta Diabetol.</i> 2019;56(2):151–161.

II.3.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1. Narzędzie do badań przesiewowych neuropatii Michigan (MNSI)	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.B.1. Narzędzie do badania przesiewowego neuropatii Michigan
Nazwa skali w języku angielskim	Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brown MB, Feldman EL, Funnell MM, Greene DA, Stevens MJ
Państwo	USA
Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<i>Charakterystyka narzędzia</i> Narzędzie do badania przesiewowego neuropatii Michigan zostało zaprojektowane jako narzędzie do badań przesiewowych w kierunku obecności obwodowej neuropatii cukrzycowej (DPN) u osób dorosłych, chorych na cukrzycę po raz pierwszy w 1994 roku. MNSI jest szeroko stosowany do oceny dystalnej symetrycznej neuropatii obwodowej w cukrzycy. Narzędzie obejmuje dwie oddzielne oceny. Pierwsza część narzędzia to 15-punktowy kwestionariusz z odpowiedziami <i>Tak</i> lub <i>Nie</i>, wypełniany przez pacjenta samodzielnie, którego wynik stanowi suma odpowiedzi punktowanych po 1 pkt. Pacjent maksymalnie może uzyskać 13 pkt. Pytania kwestionariusza dotyczą odczuć pacjenta związanych z kończynami dolnymi i stopami, w tym bólu, drętwienia i wrażliwości na temperaturę. Im wyższy wynik w tej części narzędzia uzyska pacjent, tym więcej objawów neuropatycznych u niego występuje [1]. Drużga część MNSI to krótkie badanie fizykalne obejmujące badanie kończyn dolnych wykonywane przez profesjonalistę (lekarza, pielęgniarkę). Badanie zawiera ocenę pod kątem nieprawidłowości wyglądu (deformacje, infekcja, suchość skóry, modzele), obecności owrzodzeń, percepcji wibracji na paluchu stopy oraz odruchów stawu skokowego i jest punktowane przez przypisanie punktów w sytuacji stwierdzenia nieprawidłowości. Wyniki przypisane podczas procedury MNSI obejmują wygląd stóp (normalny = 0, nieprawidłowy = 1), owrzodzenie (nieobecne = 0, obecne = 1), odruchy stawu skokowego (nieobecne = 1, obecne po wzmocnieniu = 0,5, obecne = 0), percepcja wibracji (nieobecna = 1, zmniejszona = 0,5, obecna = 0) i są oceniane osobno dla każdej stopy, w zakresie wyniku od 0 do 8. Proóg dla obwodowej neuropatii cukrzycowej, ustalony w badaniach uprzedniej walidacji przeprowadzonych wśród dorosłych, wynosi >2 z całkowitego wyniku [1,2]. Pacjenci z pozytywnym wynikiem badań przesiewowych w klinicznej części MNSI (> 2 punktów) powinni być kierowani do dalszej oceny. MNSI może być wykorzystywane przez endokrynologa, internistę, lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarkę, lekarza lub innych pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w leczenie pacjentów chorych na cukrzycę. Narzędzie jest przeznaczone do badań przesiewowych dużej liczby pacjentów w rutynowych warunkach klinicznych, w warunkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej [1]. <i>Warunki użytkowania</i> – Istniejące tłumaczenia narzędzia można uzyskać od Mapi Research Trust. Oryginalna wersja angielska jest dostępna bezpłatnie do pobrania na stronie internetowej Michigan Diabetes Research Center (MDRC). – Studenci, lekarze, praktycy kliniczni, użytkownicy akademicy nie mający finansowania mogą uzyskać bezpośredni dostęp do kwestionariusza i/lub jego dostępnych tłumaczeń.

	– Użytkownicy akademicy mający finansowanie, organizacje opieki zdrowotnej, użytkownicy komercyjni i firmy IT za wykorzystanie narzędzia w projektach mogą mieć naliczone opłaty. Należy przesłać prośbę o licencję na użytkowanie narzędzia. – Prawa autorskie: MNSI, © University of Michigan, 2000 <i>Dotychczasowe wykorzystanie skali</i> W badaniu mającym na celu ocenę rozpowszechnienia i czynników ryzyka DPN u osób dorosłych (18-65 lat) z cukrzycą typu 2 z 14 różnych krajów, stwierdzono że ponad jedna czwarta osób z cukrzycą typu 2 rozwinęła DPN. Częstość jej występowania była pozytywnie związana z czasem trwania cukrzycy, słabą kontrolą glikemii oraz nadciśnieniem tętniczym, chorobami sercowo-naczyniowymi i objawami depresyjnymi w wywiadzie [3]. W grupie młodzieży i młodych dorosłych z cukrzycą typu 2 - DPN oceniony z użyciem narzędzia MNSI był widoczny na wczesnym etapie cukrzycy typu 2 o początku młodzieńczym i zwiększał się z czasem. Mężczyźni mieli znacznie wyższą skumulowaną częstość występowania DPN niż kobiety, wyższe stężenie HbA1c i BMI były związane z wyższym DPN. W modelach wielozmiennych płeć męska, starszy wiek i wyższe BMI były związane z ryzykiem DPN mierzonym MNSI [4] Narzędzie MNSI zostało wykorzystane również do zbadania związku zmienności stężenia HbA1c z występowaniem DPN u pacjentów z cukrzycą typu 2 (badanie przekrojowe). Badanie wykazało, że większa zmienność HbA1c jest ściśle związana z DPN i może być uważana za silny wskaźnik DPN u tych pacjentów [5]. W grupie chorych na cukrzycę typu 1 narzędzie MNSI wykazało czułość 80% i swoistość 95% [2]. Pomimo braku walidacji w grupie młodzieży narzędzie MNSI jest wykorzystane w badaniach w tej grupie chorych na cukrzycę [6,7]. W przeglądzie systematycznym badań dotyczących częstotliwości, czynników ryzyka oraz narzędzi przesiewowych w zakresie oceny autonomicznej i obwodowej neuropatii cukrzycowej u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych z cukrzycą typu 1 (wiek 1-25 lat) częstość występowania DPN przy zastosowaniu oceny z użyciem MNSI jak narzędzia przesiewowego wynosiła od 3,8 do 8,5%, w jednym badaniu była znacznie wyższa - 26% [8]. W Stanach Zjednoczonych częstość występowania DPN w krajowej kohorcie osób dorosłych z cukrzycą typu 1 trwającą powyżej 5 lat wyniosła 11% zgodnie z oceną MNSI. Uzyskane w badaniu dane podkreślają, że nieglikemiczne czynniki ryzyka DPN takie jak czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, ciężka hipoglikemia, cukrzycowa kwasica ketonowa i niższy status społeczno-ekonomiczny, mogą również odgrywać rolę w rozwoju DPN [9]. Narzędzie MNSI zostało również wykorzystane do oceny częstości występowania oraz analizy czynników ryzyka DPN u młodzieży z cukrzycą typu 1 (T1D) i 2 (T2D). Zgodnie z nim oszacowano, że DPN występowało u 7% młodzieży chorej na cukrzycę typu 1 i 22% młodzieży z typem 2 cukrzycy. Czynniki ryzyka DPN u młodzieży z T1D były starszy wiek, dłuższy czas trwania cukrzycy, palenie tytoniu, podwyższone rozkurczowe ciśnienie tętnicze krwi, otyłość, zwiększone stężenie cholesterolu LDL i triglicerydów oraz niższe stężenie cholesterolu HDL. U młodzieży z T2D cukrzycy czynnikami ryzyka neuropatii były starszy wiek, płeć męska, dłuższy czas trwania cukrzycy, palenie tytoniu. Kontrola glikemii była gorsza wśród osób z DPN w porównaniu z osobami bez DPN (w grupie młodzieży z T1D) [6].
Źródło bibliograficzne	1. Feldman EL, Stevens MJ, Thomas PK, et al. A practical two-step quantitative clinical and electrophysiological assessment for the diagnosis and staging of diabetic neuropathy. <i>Diabetes Care</i> 1994;17:1281–1289. 2. Herman WH, Pop-Busui R, Braffett BH, et al. DCCT/EDIC Research Group. Use of the Michigan Neuropathy Screening Instrument as a measure of distal symmetrical peripheral neuropathy in type 1 diabetes: results from the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications. <i>Diabet Med</i> 2012;29:937–944.

	3. Lu Y, Xing P, Cai X, et al. Prevalence and Risk Factors for Diabetic Peripheral Neuropathy in Type 2 Diabetic Patients From 14 Countries: Estimates of the INTERPRET-DD Study. <i>Front Public Health</i>. 2020;8:534372. 4. TODAY Study Group. Risk Factors for Diabetic Peripheral Neuropathy in Adolescents and Young Adults With Type 2 Diabetes: Results From the TODAY Study. <i>Diabetes Care</i>. 2021;45(5):1065–72. 5. Su JB, Zhao LH, Zhang XL, et al. HbA1c variability and diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetic patients. <i>Cardiovasc Diabetol</i>. 2018;17(1):47. 6. Jaiswal M, Divers J, Dabelea D, et al. Prevalence of and Risk Factors for Diabetic Peripheral Neuropathy in Youth With Type 1 and Type 2 Diabetes: SEARCH for Diabetes in Youth Study. <i>Diabetes Care</i>. 2017;40(9):1226-1232. 7. Dabelea D, Stafford JM, Mayer-Davis EJ et al. Association of Type 1 Diabetes vs Type 2 Diabetes Diagnosed During Childhood and Adolescence With Complications During Teenage Years and Young Adulthood. <i>JAMA</i> 2017; 317(8):825–835. 8. Franceschi R, Mozzillo E, Di Candia F, et al. A systematic review of the prevalence, risk factors and screening tools for autonomic and diabetic peripheral neuropathy in children, adolescents and young adults with type 1 diabetes. <i>Acta Diabetol</i>. 2022;59(3):293-308. 9. Mizokami-Stout KR, Li Z, Foster NC, et al. for T1D Exchange Clinic Network; T1D Exchange Clinic Network. The Contemporary Prevalence of Diabetic Neuropathy in Type 1 Diabetes: Findings From the T1D Exchange. <i>Diabetes Care</i>. 2020;43(4):806-812.
Źródło on-line	Oryginalna wersja angielskojęzyczna skali wraz z instrukcją jej użycia znajduje się na stronie: https://diabetes.med.umich.edu/about/resources-health-professionals/survey-instruments Dostęp: 26.09.2022.

Przykład 2. Skala objawów neuropatii (NCS)	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.B.2. Skala objawów neuropatii
Nazwa skali w języku angielskim	Neuropathy Symptoms Score (NSC)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Young MJ, Boulton AJ, Macleod AF, Williams DR, Sonksen PH
Państwo	Wielka Brytania
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala NSC służy do oceny występowania obwodowej neuropatii cukrzycowej. Składa się z pytań dotyczących rodzaju bólu lub lekkiej choroby (0 - nie występuje; 1 - zmęczenie, skurcze lub bolesność; 2 - drętwienie, uczucie palenia lub klucia), lokalizacji objawów (0 - gdziekolwiek; 1 - łydki; 2 - stopy); czasu wystąpienia objawów (0 - tylko w dzień; 1 - w dzień i w nocy; 2 - nocne zaostrzenie), wybudzenia ze snu (0 - nie występuje; 1 - występuje) oraz działań podejmowanych w celu łagodzenia objawów (0 - siedzenie lub leżenie; 1 - stanie; 2 - chodzenie). NSC o wartości 3–4 punktów uznawano za łagodny objaw neuropatii, 5–6 punktów za średni objaw neuropatii, a 7–9 punktów za ciężki objaw neuropatii [1]. Z badań wynika, że zarówno NSC, jak i NIS są dokładnymi i niezawodnymi metodami diagnostycznymi dla obwodowej neuropatii cukrzycowej. W diagnostyce obwodowej neuropatii cukrzycowej zalecono łączne stosowanie NSC i NIS [2]. Skala NSC została wykorzystana jako jedna ze skal do oceny klinicznej neuropatii cukrzycowej w badaniu mającym na celu ocenę poziomu cynku w surowicy u pacjentów z cukrzycą z neuropatią i bez neuropatii obwodowej w porównaniu ze

	zdrowymi grupami kontrolnymi oraz zbadanie możliwego związku między poziomem cynku w surowicy a nasileniem neuropatii obwodowej. Wykazano, że niedobór cynku istotnie koreluje z nasileniem neuropatii obwodowej [3].
	1. Young MJ, Boulton AJ, Macleod AF, et al. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. <i>Diabetologia</i> 1993;36:150–154. 2. Xiong Q, Lu B, Ye H, et al. The Diagnostic Value of Neuropathy Symptom and Change Score, Neuropathy Impairment Score and Michigan Neuropathy Screening Instrument for Diabetic Peripheral Neuropathy. <i>Eur Neurol.</i> 2015;74(5-6):323-7. 3. Hussein M, Fathy W, Hassan A, et al. Zinc deficiency correlates with severity of diabetic polyneuropathy. <i>Brain Behav.</i> 2021;11(10):e2349.

Przykład 3. Kwestionariusz ryzyka występowania ciężkiej hipoglikemii	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.B.3. Kwestionariusz ryzyka występowania ciężkiej hipoglikemii
Nazwa skali w języku angielskim	Hypoglycemia Risk Stratification Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Karter Andrew, Warton Margaret, Lipska Kasia, Ralston James, Moffet Howard, Jackson Geoffrey, Huang Elbert, Miller Donald
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie to pozwala oszacować 12-miesięczne ryzyko epizodów hipoglikemii u pacjentów z cukrzycą typu 2 przy użyciu tylko 6 odpowiedzi: – całkowita liczba epizodów hipoglikemii związana z pobytem w szpitalu lub oddziale ratunkowym (0, 1-2, ≥ 3 razy); – liczba pobyków na oddziale ratunkowym z dowolnego powodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy (<2, ≥ 2); – przyjmowanie insuliny (tak, nie); – przyjmowanie pochodnych sulfonilomocznika (tak, nie); – obecność ciężkiej lub schyłkowej choroby nerek (dializa lub przewlekła choroba nerek w stadium 4 lub 5 określona na podstawie szacowanego współczynnika przesączania kłębuszkowego (tak, nie); – wiek poniżej 77 lat (tak, nie) [1]. Kwestionariusz może stanowić ułatwienie w zakresie zarządzania populacją pacjentów, potencjalnie zmniejszając ryzyko hipoglikemii oraz poprawić bezpieczeństwo i jakość życia pacjentów. To narzędzie klasyfikuje 12-miesięczne ryzyko hipoglikemii u pacjentów z pierwotną diagnozą hipoglikemii w oddziale ratunkowym lub główną diagnozą hipoglikemii w szpitalu, wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 jako wysokie (>5%), pośrednie (1-5%) lub niskie (<1%). Narzędzie zostało zaprojektowane do użytku w warunkach ambulatoryjnych [1]. Systemy opieki zdrowotnej w USA przyjęły to narzędzie do identyfikacji pacjentów o podwyższonym ryzyku w celu ukierunkowania interwencji zarządzania populacją mających na celu zmniejszenie ryzyka hipoglikemii [2]. W badaniu, którego celem było zrozumienie czynników związanych z hospitalizacjami z powodu hipoglikemii wśród dorosłych z cukrzycą typu 2, ze szczególnym uwzględnieniem starszych pacjentów wykazano, że starsi pacjenci stosujący zarówno insulinę, jak i sulfonilomocznik najczęściej doświadczali hospitalizacji związanej z hipoglikemią. Wiek, stosowanie pochodnych sulfonilomocznika, stosowanie insuliny, choroba nerek, hospitalizacja związana z hipoglikemią w wywiadzie i ogólna liczba hospitalizacji były wiodącymi zmiennymi związanymi z hospitalizacją związaną z hipoglikemią. Stosowanie peptydu glukagonopodobnego i dipeptydylopeptydazy-4 nie było istotnie związane z hospitalizacjami związanymi z hipoglikemią [3].

Źródło bibliograficzne	1. Karter AJ, Warton EM, Lipska KJ, et al. Development and Validation of a Tool to Identify Patients With Type 2 Diabetes at High Risk of Hypoglycemia-Related Emergency Department or Hospital Use. <i>JAMA Intern Med.</i> 2017;177(10):1461-1470. 2. Karter AJ, Warton EM, Moffet HH, et al. Revalidation of the Hypoglycemia Risk Stratification Tool Using ICD-10 Codes. <i>Diabetes Care.</i> 2019;42(4):e58-e59. 3. Haoda Fu, Wenting Xie, Brad Curtis et al. Identifying factors associated with hypoglycemia-related hospitalizations among elderly patients with T2DM in the US: a novel approach using influential variable analysis. <i>Current Medical Research and Opinion</i> 2014; 30:9:1787-1793
------------------------	---

Przykład 4. Skala Oceny Samoopieki dla pacjentów z cukrzycą typu 2 (SMASc)											
Nazwa skali w języku polskim	II.3.B.4. Skala Oceny Samoopieki (SMASc) dla pacjentów z cukrzycą typu 2										
Nazwa skali w języku angielskim	Self-Management Assessment Scale										
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Öberg Ulrika, Hörnsten Åsa, Isaksson Ulf										
Państwo	Szwecja										
Krótką charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Samokontrola i samoopieka jest uważana za kluczowy element opieki przewlekłej w cukrzycy i można je zdefiniować jako radzenie sobie z codziennymi skutkami choroby, co często jest zadaniem na całe życie. Skala oceny samoopieki sprawdza mocne strony i możliwe bariery dla samoopieki, które mają być wykorzystywane w rozmowach między pacjentem a pielęgniarką. Skala składa się z 10 pozycji sklasyfikowanych w 5 obszarów: wiedza (pozycja 1,7), cele na przyszłość (pozycja 9,10), codzienne czynności (pozycja 5,6), dostosowanie emocjonalne (pozycja 4,8), wsparcie społeczne (pozycja 2,3). Każda pozycja jest oceniana od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 6 (zdecydowanie się zgadzam), za pomocą sześciopunktowej skali Likerta. W każdej domenie można uzyskać od 2 do 12 punktów, gdzie niski wynik oznacza większe potrzeby pacjenta. Dla każdej odpowiedzi średni wynik obliczany jest na podstawie sumy wyniku z poszczególnych odpowiedzi w wierszach. Każdy wynik 1–4 jest interpretowany jako „Natychmiastowa potrzeba wsparcia w samoopiece”, wynik 5–8 jako „Brak pilnej potrzeby wsparcia w samoopiece”, wynik 9-12 jako „Nie ma potrzeby wsparcia w samoopiece” [1]. Wyniki są podzielone na kategorie i mogą być prezentowane w profilu graficznym. Przykład wyniku poniżej: <table border="1"> <tr> <td>Wiedza</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Cele na przyszłość</td><td>4,5</td></tr> <tr> <td>Codzienna praktyka</td><td>3,5</td></tr> <tr> <td>Dostosowanie emocjonalne</td><td>9</td></tr> <tr> <td>Wsparcie społeczne</td><td>5</td></tr> </table> Zastosowanie narzędzia przesiewowego, takiego jak SMASc, oferuje możliwość nakierowania pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej na skoncentrowane na osobie wsparcie w zakresie samoopieki, co z kolei może pomóc ludziom wzmocnić ich upodmiotowienie i samozarządzanie możliwościami. Z publikacji opisującej doświadczenia pielęgniarek specjalizujących się w cukrzycy związanych z pilotażowym wdrożeniem instrumentu SMASc jako podstawy skoncentrowanego na pacjencie cyfrowego wsparcia w samoopiece	Wiedza	2	Cele na przyszłość	4,5	Codzienna praktyka	3,5	Dostosowanie emocjonalne	9	Wsparcie społeczne	5
Wiedza	2										
Cele na przyszłość	4,5										
Codzienna praktyka	3,5										
Dostosowanie emocjonalne	9										
Wsparcie społeczne	5										

	(po przeszkoleniu z zakresu wykorzystania instrumentu), wynika że instrument ten oferuje spostrzeżenia, które przyczyniają się do wzmocnienia wsparcia samoopieki dla osób z cukrzycą typu 2, jest postrzegany jako instrument przesiewowy o dużym potencjale, który przyczynia się to do wzmocnienia wsparcia samodzielnego zarządzania skoncentrowanego na osobie, oraz do wspólnego rozwoju poprzez współpracę [2].
Źródło bibliograficzne	- Öberg U, Hörnsten A, Isaksson U. The self-management assessment scale: development and psychometric testing of a screening instrument for person-centred guidance and self-management support. Nurs Open. 2019;6(2):504–13. - Öberg U, Orre CJ, Hörnsten Å, et al. Using the Self-Management Assessment Scale for Screening Support Needs in Type 2 Diabetes: Qualitative Study. JMIR Nurs. 2020;3(1):e16318.

Przykład 5. Kwestionariusz obciążenia leczeniem cukrzycy (DTBQ)	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.B.5. Kwestionariusz obciążenia leczeniem cukrzycy
Nazwa skali w języku angielskim	Diabetic Treatment Burden Questionnaire (DTBQ)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Hitoshi Ishii, Koki Shin, Takahiro Tosaki, Tatsuya Haga, Yoshiki Nakajima, Toshihiko Shiraiwa, Nobuaki Watanabe, Miyuki Koizumi, Hiroki Nakajima, Sadanori Okada, Tsuyoshi Mashitani, Takako Mohri, Yasuhiro Akai
Państwo	Japonia
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz obciążenia leczeniem cukrzycy obejmuje 18 stwierdzeń, sklasyfikowanych w trzy główne dziedziny (podskale): obciążenie wdrożeniem leczenia: suma pozycji 1–10; obciążenie elastyczności leczenia: suma pozycji stwierdzeń 11–13; obciążenie kontrolą glikemii: suma pozycji stwierdzeń 14–18. Na każde stwierdzenie odpowiada się, wybierając jedną z siedmiu uporządkowanych kategorii: (1) zdecydowanie się nie zgadzam, (2) nie zgadzam się, (3) trochę się nie zgadzam, (4) nie mam zdania, (5) trochę się zgadzam, (6) zgadzam się, (7) zdecydowanie się zgadzam [1]. Relacje między liczbą kategorii a poziomem obciążenia leczeniem są przeciwnie w przypadku stwierdzeń 1–10 i stwierdzeń 11–18. Zatem większa liczba kategorii oznacza większe obciążenie związane z leczeniem w pytaniach 1–10, ale mniejsze obciążenie w pytaniach 11–18. W związku z tym wyniki pozycji są definiowane przez przeliczony numer kategorii, tak że 0 oznacza „minimalne obciążenie związane z leczeniem”, a 6 oznacza „maksymalne obciążenie związane z leczeniem” [1]. Skala DTBQ ma odpowiednią powtarzalność i trafność jako skala pomiaru obciążenia leczeniem pacjentów z T2DM [1].
Źródło bibliograficzne	Ishii H, Shin K, Tosaki T, et al. Reproducibility and Validity of a Questionnaire Measuring Treatment Burden on Patients with Type 2 Diabetes: Diabetic Treatment Burden Questionnaire (DTBQ). Diabetes Ther. 2018;9(3):1001-1019.

Przykład 6. Skala oceny działań w zakresie samoopieki - poprawiona	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.B.6. Skala oceny działań w zakresie samoopieki - poprawiona
Nazwa skali w języku angielskim	Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kwestionariusz początkowo został opracowany przez Evers i wsp. [1] i poprawiony przez Sousa i wsp. [2]. Został przetestowany w różnych warunkach, wykazując ogólnie dobre właściwości psychometryczne [3,4,5,6]. Upoważnienie do zmiany kwestionariusza udzielił w 2007r. dr Isenberg, jeden z twórców oryginalnej wersji.

Państwo	Wersja oryginalna – USA; wersja skrócona – USA
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala oceny działań w zakresie samoopieki (ASAS) i jej wersja poprawiona (ASAS-R) opiera się na teorii samoopieki Dorothei Orem [7], która podkreśla potrzebę zachowania pewnego stopnia niezależności i samoopieki nawet w obliczu poważnych problemów zdrowotnych. Skala ASAS [7] została opracowana dla osób dorosłych i stanowiła teoretyczną podstawę do stworzenia Skali ASAS-R, która jest krótkim, trafnym i wiarygodnym narzędziem o łatwym zastosowaniu, przeznaczonym do pomiaru samoopieki. Instrument ten był stosowany i walidowany w niektórych populacjach i krajach np.: u osób z populacji ogólnej [4] i chorych na cukrzycę w Brazylii [4], a także u osób starszych w Chinach [3] i Hiszpanii [6]. Oryginalna skala zawierała 24 pozycje punktowane na skali typu Likerta w zakresie od 1 (całkowicie się nie zgadzam) do 5 (całkowicie się zgadzam). Wynik sumaryczny mieścił się w zakresie od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik tym większy stopień samoopieki. Dziewięć pozycji skali było sformułowanych negatywnie i miało odwróconą punktację. Następnie Souza i wsp. wykazali, że 15 punktowa skala (ASAS-R), wyodrębniona z oryginalnej skali ASAS, wydaje się być bardziej przydatna w ocenie samoopieki. Cztery pozycje skali ASAS-R mają odwróconą punktację. Dla zmienionej wersji zaproponowano model trójczynnikiowy, który określa, czy badani mają zdolność do samoopieki, rozwijają zdolność do samoopieki lub nie mają zdolności do samoopieki [8,9]. Aby obliczyć ogólny wynik sumaryczny, jak również wyniki dla podskal, odpowiedzi na odpowiednie pozycje są sumowane, przy czym wyższe wyniki wskazują na większą sprawność w zakresie samoopieki. Rzetelność oraz spójność wewnętrzną skali zostały potwierdzone w licznych badaniach [10,11,12,13,14]. Skala ASAS-R ze zmniejszoną liczbą pozycji cechuje się doskonałą spójnością wewnętrzną, jednorodnością i trafnością konstrukcyjną oraz bardzo dobrym dopasowaniem modelu struktury czynnikowej i może być wiarygodnym narzędziem do pomiaru samokontroli [15]. Dowiedziono, że u chorych na cukrzycę, skala może być użytecznym miernikiem samoopieki i adherencji w praktyce klinicznej (np. badania przesiewowe pod kątem zdolności chorych do samoopieki) oraz ma zastosowanie w badaniach naukowych [15]. Wykorzystanie skali pozwala na sformułowanie zindywidualizowanego i dostosowanego do potrzeb planu opieki, który pomoże rozwinąć swoiste umiejętności w zakresie samoleczenia i samoopieki w cukrzycy [16]. W badaniach naukowych, skala ASAS-R może być wykorzystana do oceny wyjściowej oraz podczas wdrażania interwencji mających na celu zwiększenia zdolności chorego do samoleczenia i samoopieki oraz rzeczywistej skuteczności działań w zakresie samoopieki i samokontroli. Kiedy osoby chore na cukrzycę angażują się w leczenie mają większe szanse na osiągnięcie lepszego wyrównania cukrzycy i lepszej jakości życia. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że niektóre pozycje w ASAS-R są sformułowane w sposób, który odnosi się do przestrzegania zaleceń, a nie tylko do hipotetycznych przekonań, np. „<i>Regularnie oceniam...</i>”.
Źródło bibliograficzne	1. Evers GCM, Isenberg M, Philipsen H, et al. The appraisal of self-care agency's ASA-Scale: Research program to test reliability and validity. In Proceedings of the International Nursing Research Conference New Frontiers in Nursing Research; University of Alberta: Edmond AB, Canada, 1986. 2. Sousa VD, Zauszniewski JA, Bergquist-Beringer S, et al. Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R). J. Eval. Clin. Pract. 2010; 16: 1031–1040. 3. Guo L, Zauszniewski JA, Ding X, et al. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity Among Older Chinese People. Western Journal of Nursing Research. 2017; 39(11):1459-1476. 4. Damásio BF, Koller SH. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. Cader-nos de Saúde Pública, 2013; 29: 2071-2082.

	5. Oliveira L, Teixeira A, Duarte I. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity among Portuguese Medical Students. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 2022; 19(17): 10848. 6. Alhambra-Borrás T, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASA-R): Adaptation and Validation in a Sample of Spanish Older Adults. <i>Span. J. Psychol.</i> 2017; 20: 1–10. 7. Evers GCM. Appraisal of Self-Care Agency A.S.A.-Scale: Reliability and Validity Testing of the Dutch Version of the A.S.A.-Scale measuring Orem's concept 'Self-Care Agency. Doctoral Thesis, Maastricht University: Maastricht, The Netherlands, 1989. 8. Stacciarini TSG, Pace AE. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised. <i>Rev. Lat.-Am. Enferm.</i> 2017; 25: e2856. 9. Clark LA, Watson D. Constructing Validity: New Developments in Creating Objective Measuring Instruments. <i>Psychol Assess.</i> 2019; 31: 1412–1427. 10. Puig Llobet M, Sánchez Ortega M, Lluch-Canut M, et al. Positive Mental Health and Self-Care in Patients with Chronic Physical Health Problems: Implications for Evidence-based Practice. <i>Worldviews Evid.-Based Nurs.</i> 2020; 17: 293–300. 11. Schöenberg A, Teschner U, Prell T, et al. Validation and Psychometric Analysis of the German Translation of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised. In <i>Healthcare</i>. 2022; 10 (9): 1785. 12. Hudon É, Hudon C, Lambert M, et al. Generic Self-Reported Questionnaires Measuring Self-Management: A Scoping Review. <i>Clin. Nurs. Res.</i> 2021; 30: 855–865. 13. Steiner MD, Grieder SG. EFA tools: An R package with fast and flexible implementations of exploratory factor analysis tools. <i>J. Open Source Softw.</i> 2020; 5(53): 2521. 14. Sousa VD, Zauszniewski JA, Zeller RA, et al. Factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale in American adults with diabetes mellitus. <i>The Diabetes Educator</i>, 2008; 34(1): 98–108. 15. Stacciarini TS, Pace AE. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised. <i>Rev Lat Am Enfermagem</i>. 2017; 25: e2856. 16. Stacciarini TSG, Pace AE. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i>, 2014; 27: 221-229.
--	--

Przykład 7. Profil samzarządzania w cukrzycy (DSMP)	
Nazwa skali w języku polskim	II.3.B.7. Profil samzarządzania w cukrzycy (DSMP)
Nazwa skali w języku angielskim	Diabetes Self-Management Profile (DSMP)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kwestionariusz opracowany przez Harris M. i wsp. [1], zaktualizowany przez Iannottiego i wsp. [2]
Państwo	USA
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz powstał na bazie wywiadu opracowanego przez Hansona i wsp. [3]. Zakres badany przy pomocy ustrukturyzowanego kwestionariusza wywiadu dotyczy adherencji terapeutycznej u osób chorych na cukrzycę typu 1 w wieku <18 roku życia. Narzędzie ma silne właściwości psychometryczne, potwierdzone w licznych badaniach [1,4,5,6]. Kwestionariusz był walidowany w różnych językach m.in. niemieckim [7], francuskim [8], hiszpańskim [9] oraz portugalskim [10]. Jest przeznaczony dla rodziców lub opiekunów dziecka, ale może także być

przeprowadzany oddzielnie z dzieckiem ≥ 11 roku życia oraz oddzielnie z jego rodzicami lub opiekunami. Każdy wywiad trwa około 20-30 minut. Do prowadzenia i interpretacji wywiadu potrzeba dobrze przeszkolonego personelu medycznego (wymagane jest co najmniej 5 godzin szkolenia dotyczącego sposobu prowadzenia wywiadu i interpretacji uzyskanych odpowiedzi). Oryginalna wersja Diabetes Self-Management Profile (DSMP) to 25-elementowy ustrukturyzowany kwestionariusz wywiadu, skonstruowany w celu oceny adherencji terapeutycznej [1]. Pytania kwestionariusza mają charakter otwarty i dotyczą okresu od 1 do 3 miesięcy przed prowadzeniem wywiadu (np. „Jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy badałeś stężenie glukozy we krwi?”). Zarówno wersje wywiadu dla dzieci/młodzieży, jak i dla ich rodziców lub opiekunów, mają dwie formy: formularz DSMP dla leczonych insuliną w schemacie konwencjonalnym i formularz DSMP dla schematu czynnościowej insulinoterapii [4] tj. dla młodzieży, dla której zlecono terapię pompą insulinową lub schemat insulinoterapii baza/bolus z korektą na podstawie liczenia węglowodanów. Większość pytań w obydwu formach jest identyczna, a jedynie 4 pozycje różnią się pytaniami na temat złeconego schematu insulinoterapii. Wersja zmodyfikowana kwestionariusza [2] obejmuje 29 pozycji oceniających pięć obszarów samoopieki i samoleczenia (pytania dotyczą okresu od 1 do 4 tygodni przed badaniem).

Zarówno wersja oryginalna, jak i zmodyfikowana ocenia adherencję terapeutyczną w następujących obszarach:

- podawanie i korekta dawki insuliny - dokładność czasu i dawki podawania insuliny w ciągu ostatnich 4 tygodni, korekty dotyczące dawki insuliny lub posiłków w celu skorygowania nieprawidłowości w zachowaniu samoopieki i odchyłeń od docelowych stężeń glukozy we krwi (4 pytania),
- postępowanie w hipoglikemii (4 pytania),
- planowanie posiłków - precyzja i regularność planowania oraz przyjmowania posiłków w ciągu ostatnich 4 tygodni (5 pytań),
- badanie stężenia glukozy we krwi - liczba codziennych pomiarów stężenia glukozy we krwi w ciągu ostatniego tygodnia (9 pytań),
- aktywność fizyczna - częstotliwość aktywności fizycznej w ciągu ostatniego tygodnia (3 pytania).

Zmodyfikowana wersja kwestionariusza DSMP obejmuje ofertę dodatkowych prostych pytań zależnych od odpowiedzi na pytania podstawowe: np. „Co zwykle robisz, gdy masz niskie stężenie glukozy we krwi?” „Czy jesz lub pijesz coś od razu?” „Co jesz lub pijesz?” „Ile jesz lub pijesz?” „Ile to gram węglowodanów?” „Czy sprawdzasz później stężenie glukozy we krwi?” „Jak szybko po jedzeniu lub picu sprawdzasz stężenie glukozy?” Większość chorych na cukrzycę nie poda spontanicznie wszystkich tych szczegółów i chociaż oryginalna wersja DSMP tego nie precyzuje, mogą być konieczne dalsze pytania otwierające ze strony prowadzącego wywiad. Oryginalny wywiad DSMP zawiera pytania otwarte, ale niezbędne podpowiedzi dla każdego pytania nie są ustandaryzowane. Od prowadzącego wywiad wymaga się przekształcenia odpowiedzi na większość pytań, aby dopasować je do istniejącej skali. Dla klinicysty lub pielęgniarki diabetologicznej może to być skuteczny sposób identyfikacji obszarów problematycznych w przestrzeganiu zaleceń, kwestionariusz jest mniej odpowiedni do empirycznych analiz. DSMP obejmuje odpowiedzi, które należy ująć w skali Likerta (np. 4 = nigdy lub prawie nigdy, 3 = rzadko, 2 = czasami, 1 = prawie codziennie) oraz pozycje dychotomiczne (tak/ nie), które są kodowane na podstawie tego, w jaki sposób dziecko/młodzież lub główny opiekun odpowiedział na pytania otwarte. Jeśli dziecko lub główny opiekun udzieli odpowiedzi, która znajduje się pomiędzy pozycjami skali Likerta, osoba prowadząca wywiad kontynuuje pytania, aby zawęzić odpowiedź do jednej z pozycji skali Likerta. Ogólny wynik samoopieki oblicza się poprzez zsumowanie wszystkich odpowiedzi, przy czym wyższe wyniki oznaczają lepszą adherencję terapeutyczną [11]. Ogólny wynik samokontroli uzyskuje się poprzez uśrednienie pięciu wyników podskal.

	Wyniki kwestionariusza ustrukturyzowanego wywiadu korelują odwrotnie z HbA1c [1,2,12,13].
Źródło bibliograficzne	1. Harris MA, Wysocki T, Sadler M, et al. Validation of a structured interview for the assessment of diabetes self-management. <i>Diabetes Care</i> 2000;23(9):1301-04. 2. Iannotti RJ, Nansel TR, Schneider S, et al. Assessing regimen adherence of adolescents with type 1 diabetes. <i>Diabetes care</i> 2006; 29(10): 2263-67. 3. Hanson CL, Henggeler SW, Burghen GA. Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. <i>J Cons Clin Psychol</i> 1987; 55:52. 4. Diabetes Research in Children Network (DirecNet) Study Group. Diabetes self-management profile for flexible insulin regimens: cross-sectional and longitudinal analysis of psychometric properties in a pediatric sample. <i>Diabetes Care</i> 2005; 28: 2034-35. 5. Lewin AB, La Greca AM, Geffken GR, et al. Validity and reliability of an adolescent and parent rating scale of type 1 diabetes adherence behaviors: the Self-Care Inventory (SCI). <i>J Pediatr Psychol</i> 2009; 34(9): 999-1007. 6. Lewin A. Brief report: normative data on a structured interview for diabetes adherence in childhood. <i>J Pediatr Psychol</i> 2010; 35(2):177-182. 7. Schober E, Wagner G, Berger G, et al. Austrian Diabetic Incidence Study Group. Prevalence of intentional under- and overdosing of insulin in children and adolescents with type 1 diabetes. <i>Pediatr Diabetes</i> 2011; 12(7): 627-31. 8. Colson S, Coté J, Collombier M, Debout C, Bonnel G, Reynaud R, Lagouanelle-Simeoni MC. Adaptation transculturelle et tests psychométriques d'outils de mesure de l'efficacité personnelle et de l'adhésion thérapeutique pour une population d'adolescents diabétiques de type 1 français [Cross-cultural adaptation and psychometric tests of a self-efficacy scale and an adherence scale for French adolescents with Type 1 diabetes]. <i>Rech Soins Infirm</i> 2016; 127:16-27. 9. Valenzuela JM, Fernandez MC, Harris MA, et al. Psychometric findings for a Spanish translation of the diabetes self-management profile (DSMP- Parent-Sp). <i>Diabetes Care</i> 2010; 33: 3-8. 10. Teló GH, de Souza MS, Schaan BD. Cross-cultural adaptation and validation to Brazilian Portuguese of two measuring adherence instruments for patients with type 1 diabetes. <i>Diabetol Metab Syndr</i> [serial online]. 2014;16:6:141. https://doi.org/10.1186/1758-5996-6-141. Dostęp: 13.11.2022. 11. Miller MM, Rohan JM, Delamater A, et al. Changes in executive functioning and self-management in adolescents with type 1 diabetes: a growth curve analysis. <i>J Pediatr Psychol</i> 2013; 38(1):18-29. 12. Drotar D, Ittenbach R, Rohan JM. et al. Diabetes management and glycemic control in youth with type 1 diabetes: test of a predictive model. <i>J Behav Med.</i> [serial online]. 2013; 36:234-245. Dostępny w Internecie: https://doi.org/10.1007/s10865-012-9426-0. Dostęp: 13.11.2022. 13. Buckloh LM, Wysocki T, Lochrie AS, et al. Validation of the diabetes self-management profile self-report form: measure of adolescent adherence(abstract). <i>Diabetes</i> 2010; 59 (Suppl. 1): A514.

II.3.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Brak skal stosowanych powszechnie w warunkach klinicznych w Polsce.

II.4. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne

Mariusz Wysokiński¹, Kornelia Kędziora Kornatowska², Mariola Głowacka³, Karolina Filipowska – Blejder⁴, Wiesław Fidecki⁵

¹ Zakład Podstaw Pielęgniarstwa Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Katedra Geriatrii Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

³ Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Akademia Mazowiecka w Płocku

⁴ Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Katedra Pielęgniarstw Zabiegowych Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

⁵ Pracownia Umiejętności Klinicznych Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

II. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

II. 4. A. 1. Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych [Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)]

II. 4. A. 2. Skala GARS do oceny stanu funkcjonalnego osób starszych wiekiem w Polsce

II. 4. A. 3. Skala Oceny Jakości Życia WHOQOL-AGE

II. 4. A. 4. Geriatryczna Skala Depresji [Geriatric Depression Scale (GDS)]

II. 4. A. 5. Skala Podatności na Nadużycia [The Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)]

II. 4. A. 6. Skala wsparcia społecznego w populacji osób starszych wiekiem w Polsce SSL 12-I

II. 4. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

II. 4. B. 1. Ambivalent Ageism Scale (Skala pomiaru poziomu dyskryminacji ze względu na wiek)

II. 4. B. 2. Lubben Social Network Scale (Skala kontaktów społecznych Lubbena)

II. 4. B. 3. Kihon Checklist (Lista Kontrolna Kihon)

II. 4. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II. 4. C. 1. Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza (ADL – Activities of Daily Living)
- II. 4. C. 2. Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego według Lawtona (IADL – Instrumental Activities of Daily Living)
- II. 4. C. 3. Skala Barthel (Index Barthel)
- II. 4. C. 4. Test „wstań i idź” (TUG test – timed „up and go” test)
- II. 4. C. 5. Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure)
- II. 4. C. 6. Test Tinetti (Skala Ryzyka Upadków POMA – Performance Oriented Mobility Assessment)

II.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	II.4.A.1. Ocena sprawności funkcjonalnej	
Nazwa skali w języku polskim	Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych	
Nazwa skali w języku angielskim	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients	
Skrót	NOSGER	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Spiegel P., Brunner M., Ermini – Fünschilling D., Monsch A., Notter M., Puxty J., Tremmel L.
	Rok publikacji	1991
	Źródło	Spiegel P., Brunner M., Ermini – Fünschilling D., Monsch A., Notter M., Puxty J., Tremmel L.: A new behavioral Assessment Sale for geriatric Out – and In Patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). Journal of American Geriatrics Society, 1991, 39 (4), 339 - 347.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Fidecki W, Wysokiński M, Ślusarz R.
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Fidecki W, Wysokiński M, Ślusarz R. Wybrane właściwości psychometryczne skali NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) w odniesieniu do polskiej populacji pacjentów geriatrycznych. Gerontologia Polska 2020; 28: 99-104
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena stanu funkcjonalnego seniora [1,2]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skala składa się z 30 pytań i obejmuje sześć obszarów: pamięć (P), instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ), aktywności codziennego życia (ACŻ), nastroje i emocje (NE), zachowania socjalne [S], zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne [Z] [3,4].
	Orientacyjny czas badania	30 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych [5,6]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent geriatryczny
	Miejsce badanych	Opieka geriatrycznej, zarówno profesjonalna jak i nieprofesjonalna
	Stan badanych	Bez wstępnych ograniczeń
	Sytuacje	Nie dotyczy
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Opiekunowie profesjonalni, opiekunowie nieprofesjonalni	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Punktacja NOSGER obejmuje zakres od 1 do 5. Maksymalnie osoba starsza może uzyskać 150 punktów, minimalnie 30 (najlepszy stan zdrowia). Można również dokonać oceny sprawności funkcjonalnej po zsumowaniu obszarów pamięci (P), instrumentalnych czynności codziennego życia (IACŻ) oraz aktywności codziennego życia (ACŻ) [3, 4] Skala NOSGER nie ma określonych przedziałów punktowych do interpretacji przy ocenie. Ważniejszy od ogólnej liczby uzyskanych punktów, jest ich rozkład w poszczególnych obszarach składowych. Taki schemat daje informację o deficytach w poszczególnych obszarach i może sugerować daną patologię [7]. Również nie ma jednoznacznej interpretacji wyników, ale autorzy skali proponują uznać jako górną granicę wartości prawidłowych następującą punktację: 10 punktów pamięć, 11 punktów IADL, 8 punktów nastroj, 10 punktów zachowania społeczne, 7 punktów zachowania zakłócające. Nie zostały natomiast dokładnie określone wartości progowe dla obszaru ADL [8]. Natomiast w polskich badaniach można znaleźć propozycję klasyfikowania osób na zdrowe jeśli uzyskały poniżej 60 punktów w przypadku gdy mieszkają samodzielnie oraz uzyskały nie więcej niż 75 punktów kiedy przebywają w zakładzie opieki stacjonarnej [9,10].
Formularz skali/ kwestionariusz	

NOSGER Pielęgniarska Skala Oceny Pacjentów Geriatrycznych (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)						
Proszę ocenić, poprzez zaznaczenie odpowiedniej wartości przy każdym pytaniu, jakie było zachowanie pacjenta w okresie ostatnich 2 tygodni.						
Pacjent:..... Wiek:..... Data badania:.....	Nigdy	Czasami	Często	Najczęściej	Zawsze	OB-SZAR
1. Może bez pomocy ogolić się/umalować/uczesać	5	4	3	2	1	[ACŻ]
2. Ogląda w telewizji/słucha przez radio określonych audycji	5	4	3	2	1	[IACŻ]
3. Mówi, że jest smutny	1	2	3	4	5	[NE]
4. Jest w nocy niespokojny	1	2	3	4	5	[Z]
5. Bierze udział w aktywnościach rozgrywających się w najbliższym otoczeniu	5	4	3	2	1	[S]
6. Stara się o zachowanie porządku w swoim pokoju	5	4	3	2	1	[IACŻ]
7. Kontroluje oddawanie stolca	5	4	3	2	1	[ACŻ]
8. Kontynuuje poprawnie przerwana rozmowę.	5	4	3	2	1	[P]
9. Potrafi dokonywać drobnych zakupów – czegoś do jedzenia, gazety	5	4	3	2	1	[IACŻ]
10. Mówi, że czuje się bezwartościowym człowiekiem	1	2	3	4	5	[NE]
11. Ma jakieś hobby	5	4	3	2	1	[IACŻ]
12. Powtarza w czasie rozmowy ten sam punkt.	1	2	3	4	5	[P]
13. Sprawia wrażenie osoby smutnej, płaczącej.	1	2	3	4	5	[NE]
14. Sprawia wrażenie osoby czystej i dbającej o porządek.	5	4	3	2	1	[ACŻ]
15. Ucieka.	1	2	3	4	5	[Z]

16. Potrafi sobie przypomnieć imiona/nazwiska najbliższych przyjaciół	5	4	3	2	1	[P]
17. Pomaga innym, o ile zezwala mu na to jego stan fizyczny	5	4	3	2	1	[S]
18. Opuszcza dom niekompletnie lub nieodpowiednio ubrany.	1	2	3	4	5	[ACŻ]
19. Orientuje się w otoczeniu, w którym ciągle przebywa.	5	4	3	2	1	[IACŻ]
20. Jest nerwowy i drażliwy, jeśli zostanie o coś zapytany.	1	2	3	4	5	[Z]
21. Nawiązuje kontakty z osobami z najbliższego otoczenia.	5	4	3	2	1	[S]
22. Przypomina sobie, gdzie znajdują się jego ubrania oraz inne należące do niego rzeczy.	5	4	3	2	1	[P]
23. Jest agresywny werbalnie i czynnie	1	2	3	4	5	[Z]
24. Kontroluje oddawanie moczu.	5	4	3	2	1	[ACŻ]
25. Sprawia wrażenie, że jest w dobrym nastroju.	5	4	3	2	1	[NE]
26. Utrzymuje kontakty z rodziną i znajomymi.	5	4	3	2	1	[S]
27. Myli osoby.	1	2	3	4	5	[P]
28. Cieszy się z pewnych wydarzeń (odwiedziny, uroczystości itp.)	5	4	3	2	1	[NE]
29. Sprawia pozytywne wrażenie w kontaktach z rodziną i przyjaciółmi	5	4	3	2	1	[S]
30. Nie stosuje się do zaleceń i reguł, postępuje tak, jak sam chce.	1	2	3	4	5	[Z]
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW: NOSGER..... NOSGER-ACŻ..... NOSGER-IACŻ..... NOSGER-NE..... NOSGER-Z..... NOSGER-S..... NOSGER-P.....						

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Brunner C, Spiegel R. Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1990;9(3):211-229. 2. Spiegel P, Brunner M, Ermini – Fünshilling D, Monsch A., Notter M, Puxty J, Tremmel L.A new behavioral Assessment Sale for geriatric Out – and In Patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). Journal of American Geriatrics Society 1991: 39 (4); 339 - 347. 3. Wysokiński M, Fidecki W. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M, Krajewska-Kułak E. (red.). Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. PZWŁ, Warszawa 2016: 29-44.. 4. Fidecki W, Wysokiński M, Ślusarz R. Wybrane właściwości psychometryczne skali NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) w odniesieniu do polskiej populacji pacjentów geriatrycznych. Gerontologia Polska 2020; 28: 99-104

5.	Fidecki W, Wysokiński M, Kulina D, Kuszplak K. Assessment of the functional efficiency of the elderly. Polish Journal of Public Health, 2021; 130 (1): 45-47. https://doi.org/10.2478/pjph-2020-0010
6.	Fidecki W, Wysokiński M, Sienkiewicz Z, Van Damme-Ostapowicz K, Dziedzic B, Ocena ryzyka demencji wśród osób starszych w praktyce pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2022; 11(1): 27–30. DOI 10.15225/PNN.2022.11.1.5.
7.	Thomas P, Peix R, Hazif-Thomas C. L'échelle NOSGER. Nurse's Observation Scale for Geriatric Patients. La Revue de Gériatrie 2009;34:677-679
8.	Bläsi S, Brubacher D, Zehnder A.E, Monsch A.U, Berres M, Spiegel R. Assessment of everyday behavior in Alzheimer's disease patients: Its significance for diagnostics and prediction of disease progression. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2005;20(3):151-158
9.	Liszewska M. Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). Wspólne tematy. 2005;1:3-9.
10.	Fidecki W, Wysokiński M. Zastosowanie skali NOSGER w praktyce pielęgniarstwie. W: Kachaniuk H. (red.). Pielęgniarstwo opieka nad osobami starszymi. Wyd. Raabe, Warszawa 2008, 13–21.

Grupa skal	II.4.A.2. Ocena stanu funkcjonalnego	
Nazwa skali w języku polskim	Skala oceny stanu funkcjonalnego osób starszych wiekiem w Polsce	
Nazwa skali w języku angielskim	Groningen Activity Restriction Scale	
Skrót	GARS	
Wersja skali	<u>Właściwa</u> Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Kempen G.I.J.M, Miedema I, Ormel J, Molenaar W
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Kempen G.I.J.M., Miedema I., Ormel J., Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. Soc. Sci.Med. 1996; 11: 1601–1610.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brzyski P, Tobiasz – Adamczyk B, Knurowski T
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Brzyski P, Tobiasz – Adamczyk B, Knurowski T. Trafność i rzetelność skali GARS w populacji osób w starszym wieku w Polsce. Gerontologia Polska 2012; 20(3): 109 117.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz służy do oceny stanu funkcjonalnego badanych wraz z dwiema jego składowymi: samodzielnością w czynnościach podstawowych (ADL) i złożonych (IADL) [1,2].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 18 pytań, które dotyczą niezależności w wykonywaniu czynności dnia codziennego [2].
	Orientacyjny czas badania	20 minut [2].

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania populacyjne, kliniczne [3,4,5,6,7].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent geriatryczny.
	Miejsce badanych	Brak ograniczeń.
	Stan badanych	Bez wstępnych ograniczeń.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Opiekunowie profesjonalni, nieprofesjonalni [2].	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Na każde pytanie badany może udzielić następujących odpowiedzi: tak mogą to robić bez żadnej trudności (Ranga 1), tak mogą to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami(Ranga 2), tak mogą to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami (Ranga 3), nie mogą tego robić w pełni samodzielnie, mogą to robić jedynie z czyjąś pomocą (Ranga 4). IM wyższy wynik punktowy (od 18 do 72), tym większy zakres upośledzenia funkcjonalnego osoby badanej [2,5]. W przypadku GARS-ADL wynik punktowy może kształtować się od 11 (najwyższy) do 44 (najniższy poziom niezależności). Osoby z wynikiem GARS ≥ 29 są klasyfikowani jako doświadczający utraty niezależności [8,9,10].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala GARS – Ocena Stanu Funkcjonalnego Osób Starszych Wiekem w Polsce

Nr pytania	Treść pytania
ADL 1	Respondent może chodzić po schodach
ADL 2	Respondent może wychodzić z domu
ADL 3	Respondent może się umyć i osuszyć całe ciało
ADL 4	Respondent może obciąć paznokcie u nóg i pielęgnować stopy
ADL 5	Respondent może się ubrać
ADL 6	Respondent może się położyć i wstać z łóżka
ADL 7	Respondent może wstać z krzesła i usiąść na krześle
ADL 8	Respondent może umyć twarz i ręce
ADL 9	Respondent może usiąść na muszli w toalecie i wstać z niej
ADL 10	Respondent może jeść
ADL 11	Respondent może poruszać się po domu (z laską, jeżeli to konieczne)
IADL 1	Respondent może przygotować śniadanie lub mały posiłek
IADL 2	Respondent może przygotować obiad
IADL 3	Respondent może wykonywać cięższe czynności domowe (np. mycie podłogi lub okien)
IADL 4	Respondent może wyprać i wyprasować swoje ubrania
IADL 5	Respondent może pościelić łóżko
IADL 6	Respondent może robić zakupy
IADL 7	Respondent może wykonywać lekkie czynności domowe (np. wycieranie kurzu, układanie rzeczy)

Ranga: 1 – tak mogą to robić bez żadnej trudności

Ranga 2 – tak mogą to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami,

Ranga 3- tak mogą to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami,

Ranga 4 – nie mogą tego robić w pełni samodzielnie, mogą to robić jedynie z czyjąś pomocą

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Kempen G.I.J.M., Miedema I., Ormel J., Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. Soc. Sci.Med. 1996; 11: 1601–1610. 2. Brzyski P, Tobiasz – Adamczyk B, Knurowski T. Trafność i rzetelność skali GARS w populacji osób w starszym wieku w Polsce. Gerontologia Polska 2012; 20(3): 109–117. 3. Mirczak A. Analiza jakości życia zależnej od stanu zdrowia starszych mieszkańców wsi. FOE 2020; 348(3):113-129. 4. Mirczak A, Piśkuła N. Satysfakcja z życia starszych osób mieszkających w wybranych miejscowościach wiejskich województwa małopolskiego. Piel. Zdr. Publ. 2014; 4(4): 321–326 5. Traczyk J, Kędzia P, Skrzek A. Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. Gerontologia Polska 2016; 24: 32-39 6. Mirczak A. Czynniki determinujące ryzyko niedożywienia osób starszych ze środowiska wiejskiego. Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine 2014; 17(4): 68-75. 7. Lin Y-H, Chen H-C, Hsu N-W, Chou P. Validation of Global Self-Rated Health and Happiness Measures Among Older People in the Yilan Study, Taiwan. Front. Public Health 2020; 8:346.doi: 10.3389/fpubh.2020.00346. 8. Zhang X, Swan Tan S, Bilajac L, Alhambra-Borrás T, Garcés-Ferrer J, Verma A, Koppelaar E, Markaki A, Mattace-Raso F, Betsy Franse C, Raat H. Reliability and Validity of the Tilburg Frailty Indicator in 5 European Countries. Journal of the American Medical Directors Association 2020; 21(6); 772-779 doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.019. 9. Suurmeijer TP, Doeglas DM, Moum T, Briancon, S., Krol, B., Sanderman, R., Guillemin, F., Bjelle, A., Van den Heuvel, WJA. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: Its utility in international comparisons. Am J Public Health 1994; 84: 1270-1273 10. Gobbens RJJ, van der Ploeg T. The Prediction of Mortality by Disability Among Dutch Community-Dwelling Older People. Clin Interv Aging. 2020 Oct 5;15:1897-1906. doi: 10.2147/CIA.S271800. PMID: 33116444; PMCID: PMC7547136.

Grupa skal	II.4.A.3. Ocena jakości życia	
Nazwa skali w języku polskim	Skala Oceny Jakości Życia	
Nazwa skali w języku angielskim	World Health Organization Quality of Life Assessment - AGE	
Skrót	WHOQOL-AGE	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Caballero, FF, Miret, M, Power, M, Chatterji, S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen, S, et al
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Caballero, FF, Miret, M, Power, M, Chatterji, S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen, S, et al. (2013). Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. Health Qual Life Outcomes, 11, 177.

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zawisza K, Gałaś A., Adamczyk-Tobiasz B.,
	Rok publikacji	2016
	Źródło	Zawisza K, Gałaś A, Tobiasz-Adamczyk B. Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych. Gerontologia Polska, 2016, 1: 7-16
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena jakości życia osób starszych [1,2].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak.
	Struktura skali	Skala posiada strukturę z jednym czynnikiem drugiego rzędu i dwoma czynnikami pierwszego rzędu. Pierwszy czynnik składa się z pytań od P1 do P8 (podskala F1 - Zadowolenie), w skład drugiego czynnika wchodzi pytania od P9 do P13 oraz P1 (podskala F2 – Spełnienie oczekiwań). W sumie zbudowana jest z 13 pytań [2] .
	Orientacyjny czas badania	20 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania populacyjne, badania kliniczne [1,3,4,5,6,7].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent geriatryczny.
	Miejsce badanych	Bez ograniczeń.
	Stan badanych	Bez wstępnych ograniczeń.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Brak.
Osoby, które mogą stosować skalę	Opiekunowie profesjonalni, nieprofesjonalni [8,9,10].	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Końcowy wynik powstaje jako średnia arytmetyczna dwóch podskal. Określa poziom jakości życia w wartościach od 0 do 100 [8]. Im wyższy wynik tym lepsza jakość życia [6].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala WHOQOL - AGE

Chciał(a)bym, aby pomyślał/a Pan/i o swoim życiu w ostatnich dwóch tygodniach. Myśląc o ostatnich dwóch tygodniach	
P1	Jak oceniłby/aby Pan/i swoją jakość życia?
Opcje odpowiedzi do pytania P1: 1-bardzo zła; 2-zła; 3-ani zła, ani dobra; 4-dobra; 5-bardzo dobra	
P2	Na ile jest Pan/i zadowolony/a z tego, jak funkcjonuje Pana/i słuch, wzrok i inne zmysły
P3	Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze swojego zdrowia
P4	Na ile jest Pan/i zadowolony/a z siebie
P5	Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze swoich zdolności (możliwości) wykonywania czynności życia codziennego
P6	Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze swoich osobistych relacji
P7	Na ile jest Pan/i zadowolony/a z warunków w Pana/i miejscu zamieszkania (domu)?

P8	Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze sposobu wykorzystania swojego czasu
Opcje odpowiedzi do pytań od P2 do P8: 1- Bardzo niezadowolony/a; 2- Niezadowolony/a; 3- Ani zadowolony/a ani niezadowolony/a; 4- Zadowolony/a; 5- Bardzo zadowolony/a	
Poniższe pytania mają na celu ustalenie, na ile w ostatnich dwóch tygodniach spełniały się Pana/i oczekiwania lub był/aPan/i w stanie wykonywać pewne rzeczy	
P9	Czy ma Pan/i wystarczającą ilość energii do codziennego życia?
P10	W jakim stopniu jest Pan/i w stanie kontrolować to, co chciałby/aby Pan/i robić
P11	W jakim stopniu jest Pan/i zadowolony/a z możliwości dalszej realizacji zamierzonych celów
P12	Czy ma Pan/i wystarczająco dużo pieniędzy na zaspokojenie swoich potrzeb?
P13	Jak wiele satysfakcji (zadowolenia) daje Pani/Panu poczucie bliskiej przyjaźni?
Opcje odpowiedzi do pytań od P9 do P13: 1- Wcale nie; 2- Trochę; 3-Umiarkowanie; 4- W większości; 5- Całkowicie	

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Caballero, FF, Miret, M, Power, M, Chatterji, S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen, S, et al. (2013). Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. Health Qual Life Outcomes, 11, 177 2. Zawisza K, Gałaś A, Tobiasz-Adamczyk B. Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHO-QOL-AGE w populacji osób starszych. Gerontologia Polska, 2016, 1: 7-16 3. Nowicki GJ., Młynarska M., Ślusarska B., Jabłuszewska K., Bartoszek A., Kocka K., Kuć – Przybylska S., Poczucie samotności jako czynnik warunkujący jakość życia osób powyżej 65 roku życia, Medycyna Rodzinna, 21(3), 2018: 208-215 4. Santos D, Abad, FJ, Miret M. et al. Measurement invariance of the WHOQOL-AGE questionnaire across three European countries. Qual Life Res 2018; 27: 1015–1025. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1737-8 5. Tišanská L, Kožený J, Csémy L. Assessment of seniors' quality of life: WHO-QOL-AGE questionnaire. Československá Psychologie 2021; 65(1): 60-72. https://doi.org/10.51561/cspsych.65.1.60 6. Lin C-Y, Wang J-D and Liu L-F. Can We Apply WHOQOL-AGE to Asian Population? Verifying Its Factor Structure and Psychometric Properties in a Convenience Sample From Taiwan. Front. Public Health 2020; 8:575374. doi: 10.3389/fpubh.2020.575374 7. Özcan C, Eser, E. Validation Of The Turkish Version Of The Whoqol-Age And A Proposed Alternative Scale Structure. Turkish Journal of Geriatrics 2020; 23(2): 157 – 168. 8. Kachaniuk, H., Bartoszek, A., Ślusarska, B., Nowicki, G., Kocka, K., Deluga, A., & Piasecka, K. Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej Quality of life of the elderly informal caregivers of chronically ill in home care.Geriatra 2018; 12: 74-83 9. Ślusarska B, Bartoszek A, Kocka K, Deluga A, Chrzan-Rodak A, Nowicki G. Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit - an example of home care in Poland. Clin Interv Aging. 2019 May 17;14:889-903. doi: 10.2147/CIA.S191984. PMID: 31190775; PMCID: PMC6529176. 10. Bartoszek A, Gałęziowska E, Ślusarska B, Kachaniuk H, Piasecka K, Deluga A, i in. Quality of life and burden of informal caregivers providing care for patients with low function agility in the home environment. Family Medicine & Primary Care Review. 2019;(1):12–6.

Grupa skal		II.4.A.4. Ocena ryzyka wystąpienia depresji
Nazwa skali w języku polskim	Geriatryczna Skala Depresji	
Nazwa skali w języku angielskim	Geriatric Depression Scale	
Skrót	GDS	
Wersja skali	Właściwa <u>Skrócona</u>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO
	Rok publikacji	1983
	Źródło	Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J. Psychiatr. Res. 1983; 17: 37–49.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Bidzan L, Łapin J, Sołtys K, Turczyński J
	Rok publikacji	2002
	Źródło	Bidzan L, Łapin J, Sołtys K, Turczyński J. Geriatryczna Skala Depresji (Geriatric Depression Scale) jako pomocnicze narzędzie diagnostyczne u pacjentów powyżej 55 roku życia. Psychiatr, Pol. 2002; XXXVI (6): 187–192.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie przesiewowe do diagnozowania w kierunku depresji oraz oceny stanu emocjonalnego. Ocenia kondycję badanej osób w okresie ostatnich dwóch tygodni [1,2,3].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak.
	Struktura skali	Skala jest skalą jednopunktową, na którą należy odpowiedzieć tak/nie.
	Orientacyjny czas badania	5 – 10 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania populacyjne i kliniczne [4,5,6,7].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent geriatryczny.
	Miejsce badanych	Warunki kliniczne i środowisko [5,8].
	Stan badanych	Bez wstępnych ograniczeń.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Brak.
Osoby, które mogą stosować skalę	Opiekunowie profesjonalni, nieprofesjonalni [9].	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wybierając odpowiedź świadczącą o złym samopoczuciu psychicznym, osoba badana otrzymuje 1 punkt. Uzyskanie 0 – 5 punktów interpretuje się jako stan bez depresji, wynik 6 – 10 punktów oznacza depresję umiarkowaną, a uzyskanie 11 – 15 punktów oznacza depresję ciężką [1,10].	

Geriatryczna Skala Oceny Depresji

Wersja skrócona 15 cech:

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan (i) z niego zadowolony?	Tak	Nie
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	Tak	Nie
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	Tak	Nie
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)	Tak	Nie
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	Tak	Nie
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	Tak	Nie
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	Tak	Nie
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?	Tak	Nie
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	Tak	Nie
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	Tak	Nie
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?	Tak	Nie
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?	Tak	Nie
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?	Tak	Nie
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	Tak	Nie
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?	Tak	Nie

Obliczanie wyniki: odpowiedzi zaznaczone na szaro = 1 pkt, pozostałe = 0 pkt.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. (red.) Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk 2007. Wydawnictwo Via Medica. - Bujnowska-Fedak M, Grata-Borkowska U, Sapilak B, Otepienie i depresja u pacjentów w podeszłym wieku w Praktyce Lekarza Rodzinnego. Family Medicine & Primary Care Review, 2012, 3: 349-353. - Bidzan L, Łapin J, Sołtys K, Turczyński J. Geriatryczna Skala Depresji (Geriatric Depression Scale) jako pomocnicze narzędzie diagnostyczne u pacjentów powyżej 55 roku życia. Psychiatr, Pol. 2002; XXXVI (6): 187–192. - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J. Psychiatr. Res. 1983; 17: 37–49 - Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T, Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. Archives of gerontology and geriatrics, 2020, 87: 104002. - Figueiredo-Duarte C, Espirito-Santo H, Sérgio C, Lemos L, Marques M, Daniel F. Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. Aging & Mental Health 2021; 25(3): 492-498, DOI: 10.1080/13607863.2019.1695739 - Naveen KHS, Goel AD, Dwivedi S, Hassan MA. Adding life to years: Role of gender and social and family engagement in geriatric depression in rural areas of Northern India. J Family Med Prim Care. 2020 Feb 28;9(2):721-728. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1019_19. PMID: 32318409; PMCID: PMC7113954. - Jeong E-H, Park J-H. The Relationship Among Leisure Activities, Depression and Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Koreans. Gerontology and Geriatric Medicine. 2020;6. doi:10.1177/2333721420923449

	9. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia–przegląd badań. <i>Psychiatria Polska</i> , 2011, 45.4: 555-562.
	10. Leś A, Guszowska M, Kozdroń E, Niedzielska E, Piotrowska J, Krynicki B. Nastrój słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i jego korelaty Mood of the Third Age University students and its correlation. <i>Gerontologia Polska</i> 2017; 25(1): 20-27.

Grupa skal	II.4.A.5. Skala oceniająca ryzyko wystąpienia przemocy	
Nazwa skali w języku polskim	Skala podatności na nadużycia	
Nazwa skali w języku angielskim	the Vulnerability to Abuse Screening Scale	
Skrót	VASS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Schofield Margot J, Mishra Gita D.
	Rok publikacji	2003
	Źródło	Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. <i>The Gerontologist</i> 2003; 43(1): 110-120 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Filipska Karolina, Biercewicz Monika, Wiśniewski Adam, Kędziora-Kornatowska Kornelia, Ślusarz Robert
	Rok publikacji	2022
	Źródło	Filipska K, Biercewicz M, Wiśniewski A, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R. Reliability and validity of the polish version of the vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS). <i>J Elder Abuse Negl</i> 2022; 34(1): 56-69 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena ryzyka wystąpienia przemocy poprzez weryfikację występowania poszczególnych zmiennych, np. lęk badanych przed kimś z rodziny, doświadczanie poniżania i inne.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Zaobserwowanie u pacjenta siniaków, obrażeń, urazów niewiadomego pochodzenia, wywiad rodzinny wskazujący na możliwość i ryzyko wystąpienia przemocy.
	Struktura skali	Skala składa się z 12 pozycji. Narzędzie to jest proste, składa się z dychotomicznych pozycji i może być wypełniane samodzielnie. Pytania zostały ułożone w formie zamkniętej, a opcje odpowiedzi to: "tak" lub "nie". Wyróżnia się cztery podskale: wrażliwość (vulnerability), uzależnienie (dependence), przygnębienie (dejection), przymus (coercion). Każda z podskal złożona jest z 3 itemów. Podskala uzależnienie zawiera: item 4-6; przygnębienie: item 7-9; wrażliwość: 1-3; przymus: 10-12. Jest 9 pytań pozytywnych (1-3, 7-12) oraz 3 negatywne (4-6) [1,2].
	Orientacyjny czas badania	Brak doniesień
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Najbardziej popularnym narzędziem na świecie oceniającym ryzyko wystąpienia przemocy jest skala VASS [3]. Wielu autorów różnych narodowości dokonało walidacji tego narzędzia. Co więcej, uzyskane raporty potwierdziły jej bardzo dobre właściwości psychometryczne w wielu krajach [4-8].

		W identyfikacji i wykrywaniu aktów przemocy wobec osób starszych istotną rolę odgrywają badania przesiewowe prowadzone za pomocą skali VASS. Narzędzie to pozwala w szybki sposób i na wczesnym etapie wykryć przejawy zjawiska przemocy, ale również umożliwia naukowcom ujednolicenie stosowanej metodologii badań i porównywanie wyników badań w sposób nie budzący wątpliwości. Co więcej, za pomocą tej skali możemy wyodrębnić grupę badaną, która w sposób szczególnie jest narażona na ryzyko wystąpienia aktów przemocy [1,2,4,9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe, skala ta przeznaczona jest przede wszystkim do oceny osób starszych w wieku 60 lat i więcej.
	Miejsce badanych	kliniki/oddziały szpitalne, poradnie, warunki domowe, zakłady opiekuńczo- lecznicze i pielęgnacyjne
	Stan badanych	Pacjenci przytomni, kontakt słowny zachowany, zorientowani auto- i allopsychicznie.
	Sytuacje	Pacjenci z urazami, obrażeniami niewiadomego pochodzenia oraz zgłaszający doświadczenie przemocy, zgłoszenie ryzyka wystąpienia agresji w danej rodzinie.
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta itp.), osoby pracujące w opiece socjalnej, służby mundurowe.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Uzyskanie zgody na wykorzystanie skali oraz cytowanie autorów wersji oryginalnej [1] oraz wersji walidowanej do warunków polskich [2].	
Klucz do skali/interpretacja wyników	W skali zostały wyodrębnione 4 podskale: wrażliwość (vulnerability): pytania 1-3; uzależnienie (dependence): pytania 4-6; przygnębienie (dejection): pytania 7-9; przymus (coercion)L pytania 10-12.	
	Jest 9 pytań pozytywnych (1-3, 7-12) oraz 3 negatywne (4-6). Za każdą odpowiedź można uzyskać 1 pkt. Im wyższy wynik, tym większe ryzyko wystąpienia przemocy. Jednak już za ryzyko wystąpienia przemocy uznaje się wynik 3 pkt. i więcej	
Formularz skali/ kwestionariusz		

SKALA PODATNOŚCI NA NADUŻYCIA (VASS)

1. Czy boisz się kogoś z Twojej rodziny?
Tak____ Nie____
2. Czy ktoś z Twoich bliskich próbował ostatnio Cię skrzywdzić lub zranić?
Tak____ Nie____
3. Czy ktoś z Twoich bliskich ostatnio wyzywał Cię, poniżał lub sprawił, że czułaś się źle?
Tak____ Nie____
4. Czy w domu masz wystarczająco prywatności?
Tak____ Nie____
5. Czy ufasz większości osobom z Twojej rodziny?

Tak ____ Nie ____

6. Czy jesteś w stanie samodzielnie brać swoje leki i poruszać się samemu?

Tak ____ Nie ____

7. Czy często czujesz się smutna lub samotna?

Tak ____ Nie ____

8. Czy miewasz poczucie, że nikt cię nie chce w pobliżu?

Tak ____ Nie ____

9. Czy czujesz się niezręcznie przy kimkolwiek z Twojej rodziny?

Tak ____ Nie ____

10. Czy ktokolwiek z Twojej rodziny zmusza cię do zostawiania w łóżku lub mówi ci, że jesteś chora, kiedy wiesz, że tak nie jest?

Tak ____ Nie ____

11. Czy ktokolwiek zmuszał Cię do robienia rzeczy, których nie chciałaś robić?

Tak ____ Nie ____

12. Czy ktoś zabrał rzeczy, które należą do Ciebie bez Twojej zgody?

Tak ____ Nie ____

1.	Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. <i>The Gerontologist</i> 2003; 43(1): 110-120.
2.	Filipka K, Biercewicz M, Wiśniewski A, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R. Reliability and validity of the polish version of the vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS). <i>J Elder Abuse Negl</i> 2022; 34(1): 56-69.
3.	Schofield MJ, Mishra GD. Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's health Australia. <i>Quality of Life Research</i> 2004; 13(6): 1043-1052.
4.	Duru Aşiret G, Bağcıvan G, Özcan M, Başak Eröksüz B, Akbayrak N, Akdemir N. Cross-cultural adaptation and psychometric assessment of the Turkish version of the Vulnerability to Abuse Screening Scale. <i>Turk J Med Sci</i> 2017; 47(4): 1223-1228.
5.	da Silva Maia R, Maia EM. Brazilian Portuguese cross-cultural adaptation of the Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) for screening of violence against the elderly. <i>Cad Saude Publica</i> 2014; 30: 1379-1384.
6.	Dantas RB, Oliveira GL, Silveira AM. Psychometric Properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for Screening Abuse of Older Adults. <i>Revista de Saúde Pública</i> 2017; 51: 31.
7.	Grenier F, Capriz F, Lacroix-Hugues V, Paysant F, Pradier C, Franco A. Evaluation of French version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), an elder abuse screening tool. <i>Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement</i> 2016; 14(2): 142-150.
8.	Maia Rda S, Maia EM. Brazilian Portuguese cross-cultural adaptation of the Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) for screening of violence against the elderly. <i>Cad Saude Publica</i> , 2014; 30(7): 1379-1384.
9.	Buri HM, Daly JM, Jogerst GJ. (2009). Elder Abuse Telephone Screen Reliability and Validity. <i>Journal of Elder Abuse & Neglect</i> 2009; 21(1): 58-73.

Grupa skal	II.4.A.6. Ocena wsparcia społecznego
Nazwa skali w języku polskim	Skala wsparcia społecznego w populacji osób starszych wiekiem w Polsce SSL 12-I

Nazwa skali w języku angielskim	Social Support Scale Interactions—SSL12-I	
Skrót	SSL12-I	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Kempen, GIJM, Van Eijk, LM
	Rok publikacji	1995
	Źródło	Kempen, GIJM, Van Eijk, LM, The psychometric properties of the SSL12-I, a short scale for measuring social support in the elderly. Soc Indic Res 1995;35, 303–312 doi.org/10.1007/BF01079163
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brzyski P, Knurowski T, Tobiasz – Adamczyk B.
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Brzyski P, Knurowski T, Tobiasz – Adamczyk B. Trafność i rzetelność skali wsparcia społecznego SSL – 12I w populacji osób starszych w Polsce. Przegląd Epidemiologiczny 2005; 59: 135-145.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Służy do pomiaru wsparcia społecznego, mierzonego jakością i ilością interakcji społecznych w jakich respondenci uczestniczą [1,2].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 12 pytań – na każde z nich badany może udzielić odpowiedzi: 1 – rzadko lub nigdy; 2 -czasami; 3 – regularnie; 4 – bardzo często [1,2].
	Orientacyjny czas badania	20 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania populacyjne i kliniczne [3].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent geriatryczny.
	Miejsce badanych	Ocena potrzeb osób starszych w warunkach ambulatoryjnych, hospitalizowanych, przebywających w domach opieki społecznej czy ośrodkach opiekuńczo-leczniczych [4, 5, 6].
	Stan badanych	Bez wstępnych ograniczeń.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Brak.
Osoby, które mogą stosować skalę	Opiekunowie profesjonalni, nieprofesjonalni [5].	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala składa się z trzech podskal, a każda podskala z czterech pytań, które można traktować jako osobne wymiary lub wykorzystywać wyłącznie wynik sumaryczny. Podskale są następujące: wsparcie w codziennym życiu (cz- every day social support), wsparcie w sytuacjach trudnych (st – support in the problem situations) oraz ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia. Wszystkie pytania mają tę samą skalę odpowiedzi: ranga 1 – wskazuje na brak wsparcia, ranga 4 – wskazuje na pełne	

	wsparcie w danym aspekcie [1,2,7]. Wyniki całkowite wahają się od 12 do 48 dla pełnej skali i od 4 do 12 dla każdej podskali. Wyższe wyniki wskazują na większe wsparcie społeczne [8].
Formularz skali/ kwestionariusz	

Skala Wsparcia Społecznego w Populacji Osób Starszych Wiekem w Polsce SSL 12 - I

Nr pytania	Skala	Treść pytania
SSL 12 I 1	cż	Czy zdarza się, że ludzie zapraszają Pana/ią na przyjęcie lub obiad?
SSL 12 I 2	cż	Czy zdarza się, że ludzie wpadają do Pana/i z miłą wizytą?
SSL 12 I 3	cż	Czy zdarza się, że ludzie okazują i darzą Pana/ią sympatią?
SSL 12 I 4	st	Czy zdarza się, że kontakty z ludźmi przynoszą Panu/i uspokojenie/pocieszenie?
SSL 12 I 5	ww	Czy zdarza się, że ludzie mówią Panu/i komplementy?
SSL 12 I 6	cż	Czy zdarza się, że ludzie okazują zainteresowanie Panu/i?
SSL 12 I 7	st	Czy zdarza się, że ludzie pomagają Panu/i w szczególnych okolicznościach (jak choroba lub przeprowadzka)
SSL 12 I 8	st	Czy zdarza się, że ludzie dodają Panu/i pewności siebie?
SSL 12 I 9	st	Czy zdarza się, że ludzie dają Panu/i dobre rady?
SSL 12 I 10	ww	Czy zdarza się, że ludzie zwierają się Panu/i?
SSL 12 I 11	ww	Czy zdarza się, że ludzie proszą Pana/ią o pomoc lub poradę?
SSL 12 I 12	ww	Czy zdarza się, że ludzie podkreślają Pana/i zalety?

Ranga 1 – rzadko lub nigdy

Ranga 2 – czasami

Ranga 3 – regularnie

Ranga 4 – bardzo często

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Kempen, GIJM, Van Eijk, LM, The psychometric properties of the SSL12-I, a short scale for measuring social support in the elderly. Soc Indic Res 1995;35, 303–312 doi.org/10.1007/BF01079163 - Brzyski P, Knurowski T, Tobiasz – Adamczyk B. Trafność i rzetelność skali wsparcia społecznego SSL – 12I w populacji osób starszych w Polsce. Przegląd Epidemiologiczny 2005; 59: 135-145. - Boosman H, Schepers V, Post M, Visser-Meily J. Social activity contributes independently to life satisfaction three years post stroke. Clinical Rehabilitation. 2011;25(5):460-467. doi:10.1177/0269215510388314 - Kózka M, Gibadło E, Padykuła M. Uwarunkowania Występowania Zaburzeń Funkcji Poznawczych U Pacjentów W Wiek Geriatrycznym Hospitalizowanych Na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Polish Nursing / Pielęgniarstwo Polskie. 2018;69(3):277–83. - van de Port IGL; van Wijk I; Nijman MC; Nijman WJ; Kwakkel G. Nederlands Tijdschrift Voor Fysiotherapie 2009; 119(3): 78-84. - Visser-Meily A, Post M, van de Port I, van Heugten C, van den Bos T Psychosocial functioning of spouses in the chronic phase after stroke: Improvement or deterioration between 1 and 3 years after stroke? Patient Education and Counseling 2008; 73(1): 153-158 doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.011

	7. Riemsma, RP, Taal E, Rasker JJ, Houtman PM, Van Paassen HC, Wiegman O. Evaluation of a Dutch version of the AIMS2 for patients with rheumatoid arthritis. <i>Rheumatology</i> 1996; 35(8): 755-760.
	8. Kempen, GIJM, Ballemans, J, Ranchor, AV, Ger H. M. B. van Rens GHMB, Zijlstra GRA. The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. <i>Qual Life Res</i> 2012;21: 1405–1411 doi.org/10.1007/s11136-011-0061-y

II.4.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.4.B.1. Skala pomiaru poziomu dyskryminacji ze względu na wiek
Nazwa skali w języku angielskim	Ambivalent Ageism Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lindsey A. Cary, Alison L. Chasteen, Jessica Remedios,
Państwo	Kanada
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie może być wykorzystywane do pomiaru życzliwego i wrogiego ageizmu. Zawiera 9 podpunktów odnoszących się do pomiaru „życzliwej” dyskryminacji (np. pozycja 6 – „Starsi ludzie muszą być chronieni przed surowymi realiami społecznymi”) oraz 4 do „wrogiej” (np. pozycja 13 – „Starzy ludzie drenują system opieki zdrowotnej i gospodarkę”). Wszystkie pozycje wykorzystują 7-punktową skalę odpowiedzi (1 = „zdecydowanie się nie zgadzam”, 7 = „zdecydowanie się zgadzam”). Wyższe wyniki odzwierciedlają wyższy poziom ageizmu. Wykorzystana w badaniach populacyjnych i klinicznych.
Źródło bibliograficzne	Cary LA, Chasteen AL, Remedios J. The ambivalent ageism scale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. <i>Gerontologist</i> 2017; 57:e27–e36. https://doi.org/10.1093/geront/gnw118
Źródło on-line	Ribeiro-Gonçalves JA, Costa PA, Leal I. Loneliness, ageism, and mental health: The buffering role of resilience in seniors, <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 2022, 23(1), https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339 .
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.4.B.2. Skrócona Skala kontaktów społecznych Lubbena
Nazwa skali w języku angielskim	Lubben Social Network Scale—6-Item Version
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	James Lubben, Eva Blozik, Gerhard Gillmann, Steve Iliffe, Wolfgang von Renteln Kruse, John C. Beck, Andreas E. Stuck
Państwo	Szwajcaria, Niemcy, Wielka Brytania
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	LSNS-6 składa się z zestawu trzech pytań, które oceniają więzy pokrewieństwa i porównywalnego zestawu trzech pytań, które oceniają więzy bez pokrewieństwa. Całkowity wynik skali jest równoważoną sumą sześciu pozycji, z wynikami w zakresie od 0 do 30. Podskala rodziny LSNS-6 jest zbudowana z trzech pozycji LSNS-6, które dotyczą krewnych. Podobnie podskala Przyjaciele LSNS-6 jest skonstruowana z trzech pozycji, które pytają o przyjaciół.

	Osoby z wynikiem mniejszym niż 6 w trzelementowej podskali rodzina LSNS-6 mają marginalne więzi rodzinne. Podobnie osoby z wynikiem mniejszym niż 6 w trzelementowej podskali LSNS-6 przyjaciele mają marginalne więzy przyjaźni. Narzędzie wykorzystywane do badań przesiewowych, populacyjnych oraz klinicznych.
Źródło bibliograficzne	Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, Stuck AE. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations, The Gerontologist 2006; 46(4):503–513, https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503
Źródło on-line	Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, Stuck AE. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations, The Gerontologist 2006; 46(4):503–513, https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.4.B.3. Lista Kontrolna Kihon
Nazwa skali w języku angielskim	Kihon Checklist (KCL)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kihon Checklist. Working Group on Frailty in Japanese Geriatrics Society. BMI, body mass index.
Państwo	Japonia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	KCL składa się z 25 pozycji (tak/nie) podzielonych na siedem kategorii: siła fizyczna, odżywianie, socjalizacja, pamięć, nastrój i styl życia (pytania 1–20); każda kategoria jest oceniana na podstawie zaliczenia (0)/niezaliczenia (1). Suma wszystkich wskaźników waha się od 0 (brak kruchości) do 25 (poważna kruchość). Wyższy wynik wskazuje na gorsze funkcjonowanie. Czas wymagany przez osoby starsze na odpowiedź na KCL wynosi około 15 min. Badania populacyjne oraz kliniczne.
Źródło bibliograficzne	Sewo Sampaio, PY., Sampaio, RAC, Yamada M, Arai, H. Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty?. Geriatr Gerontol Int 2016;16: 893–902. doi: 10.1111/ggi.12833.
Źródło on-line	Sewo Sampaio, PY., Sampaio, RAC, Yamada M, Arai, H. Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty?. Geriatr Gerontol Int 2016;16: 893–902. doi: 10.1111/ggi.12833.

II.4.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.4.C.1. Skala oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Activities of Daily Living (Katz) ADL
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Sidney Katz i wsp.

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Ocena sprawności w zakresie czynności życia codziennego. Zawiera ono sześć pytań dotyczących stopnia samodzielności. Niski wynik uzyskany w ocenie świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania oraz konieczności pomocy ze strony innych osób w poszczególnych jej zakresach. 5 – 6 pkt. - pełna sprawność i samodzielność. 3 – 4 pkt – umiarkowana niesprawność ≤ 2 pkt. – całkowita niesprawność Wykorzystywany w badaniach populacyjnych oraz klinicznych.
Źródło bibliograficzne	Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10(1): 20 -30.
Źródło on-line	Rybka M, Rezmerska L, Haor B. Ocena sprawności osób w wieku podeszłym. Long-Term Care Nursing 2019; 1(2): 4-12 DOI: 10.19251/pwod/2016.2(1).
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.4.C.2. Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego według Lawtona
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Instrumental Activities of Daily Living (Lawtona) IADL
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lawton MP i wsp.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Ocena sprawności w zakresie złożonych czynności życia codziennego. Skala ta ocenia osiem parametrów tj. zdolność posługiwania się telefonem, dokonywanie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków oraz posługiwanie się pieniędzmi. Punktacja w poszczególnych zakresach zawiera się w przedziale od 3 punktów – bez pomocy, do 1 – zupełnie nie radzi sobie w danym zakresie. Wyniki 24 pkt – pełna sprawność i samodzielność. Punktacja poniżej 24 pkt. oznacza że senior wymaga wsparcia i pomocy, czym jest ona niższa tym pomoc musi być intensywniejsza. Wykorzystywany w badaniach populacyjnych oraz klinicznych.
Źródło bibliograficzne	Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self – maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9(3):179-186
Źródło on-line	Rybka M, Rezmerska L, Haor B. Ocena sprawności osób w wieku podeszłym. Long-Term Care Nursing 2019; 1(2): 4-12 DOI: 10.19251/pwod/2016.2(1).
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.4.C.3. Skala Barthel
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Barthel Index
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Mahoney FI, Barthel DW.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Ocena stopnia samodzielności pacjenta w czynnościach życia codziennego. Ocena ona 10 czynności przypisując im odpowiednie wartości punktowe. Wyniki 100 pkt – pełna samodzielność 86 – 99 pkt. – kategoria I oznacza „pacjenta lekkiego” wymagającego niewielkiej pomocy, 21 – 85 pkt – kategoria II oznacza „pacjenta średniego” wymagającego pomocy w większości czynności,

	0 – 20 pkt – kategoria III oznacza „pacjenta ciężkiego” wymagającego pomocy we wszystkich czynnościach Wykorzystywany w badaniach populacyjnych oraz klinicznych.
Źródło bibliograficzne	Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The Barthel Index. Md State Med. J 1965; 14:61 – 65.
Źródło on-line	Kędziora-Kornatowska K, Mitura K. Analiza sprawności pacjentów według skali Barthel na przykładzie osób starszych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Long-Term Care Nursing 2019; 3(2): 28-39 DOI: 10.19251/pwod/2018.2(3)

Przykład 4.

Nazwa skali w języku polskim	II.4.C.4. Test „wstań i idź”
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Timed „up and go” TUG test
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Mathias S, Nayak USL, Isaacs B.
Krótki charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie skupiające się na ocenie dwóch podstawowych funkcji dnia codziennego: przejścia z pozycji siedzącej do stojącej oraz marszu na krótkim dystansie. Zadaniem osoby starszej jest jak najszybsze podniesienie się z pozycji siedzącej na krzesło o standaryzowanej wysokości do pozycji stojącej (dopuszczalne jest użycie rąk do podparcia). Następnie należy pokonać krokiem marszowym dystans 3 m, wykonać zwrot, powrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą na krzesle. Próba powinna być poprzedzona opisem słownym i próbnym wykonaniem testu. Badanie powtarzane jest 2-krotnie, a czas mierzony za pomocą stopera. Wynik Do analizy używany jest wynik z lepszej próby. Osobom sprawnym wykonanie testu powinno zająć około 10 sekund, zniechęcając co najmniej 20 sekund. Wynik w przedziale 10 – 14 sekund informuje o średnim ograniczeniu w równowadze i możliwości wystąpienia upadków. Wynik powyżej 14 sekund oznacza duże ograniczenia w równowadze oraz duże ryzyko upadków. Wykorzystywany w badaniach populacyjnych oraz klinicznych. Uzyskanie w teście więcej niż 30 sekund sugeruje konieczność używania pomocy do chodzenia.
Źródło bibliograficzne	Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in the elderly patient: The Get – up and Go test. Arch Phys Med. Rehabil 1986; 67(6):387-389
Źródło on-line	Sobiech, M., Kochman, M., Drelich, M., Blicharski, T., & Jabłoński, M. (2019). Przegląd wybranych testów stosowanych do oceny stanu funkcjonalnego u osób starszych overview of selected tests used to assess the functional status of elderly. Wiadomości Lekarskie 2019; 72(9): 1697-1702.

Przykład 5

Nazwa skali w języku polskim	II.4.C.5. Pomiar niezależności funkcjonalnej
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	The Functional Independence Measure (FIM)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Young Y, Fan M, Hebel JR, Boulton Ch.

Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie wykorzystywane do oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej. Za każdą czynność podlegającą ocenie senior może otrzymać od 1 (całkowita zależność - senior wykonuje samodzielnie mniej niż 25 % czynności) do 7 punktów (pełna niezależność - analizowaną czynność senior wykonuje bezpiecznie i szybko). Badania populacyjne i kliniczne.
Źródło bibliograficzne	Young Y, Fan M, Hebel JR, Boulton Ch. Concurrent Validity of Administering the Functional Independence Measure (FIM™) Instrument by Interview. Am J Phys Med. Rehabil 2009; 88(9): 766 – 770.
Źródło on-line	Sobiech, M., Kochman, M., Drelich, M., Blicharski, T., & Jabłoński, M. (2019). Przegląd wybranych testów stosowanych do oceny stanu funkcjonalnego u osób starszych overview of selected tests used to assess the functional status of elderly. Wiadomości Lekarskie 2019; 72(9): 1697-1702.
Przykład 6	
Nazwa skali w języku polskim	II.4.C.6. Test Tinetti - Skala Ryzyka Upadków
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Tinetti Mary
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie wykorzystywane do oceny równowagi, płynności chodu i ryzyka upadków. Składa się z dwóch części dotyczących: równowagi oraz chodu. Pacjent otrzymuje kolejno przypisane punkty od 0 do 2 (0 oznacza wynik najniższy 2 maksymalny). Badając równowagę pacjenta musi on siedzieć na twardym krześle bez poręczy. Ocena tego aspektu składa się z 9 podpunktów: równowagi podczas siedzenia, wstawania z miejsca, próby wstawania z miejsca, równowagi bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 sekund), równowagi podczas stania, próby trącania, próby trącania przy zamkniętych oczach badanego, obracania się o 360 stopni, siadania. Podczas oceny chodu badany stoi obok badającego i przemieszcza się wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a następnie krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, tj. korzystając z laski lub chodzika. Ocena obejmuje: zapoczątkowanie chodu, długość i wysokość kroku w zakresie ruchu stopy prawej oraz stopy lewej przy wyroku, symetrię kroku, ciągłość chodu, ścieżkę chodu (oceniana na odcinku około 3 metrów, należy odnotować odchylenie rzędu 30 cm), tułów, pozycję podczas chodzenia. Wyniki Powyżej 24 pkt oznacza prawidłową mobilność, brak ryzyka upadków. 19 – 24 punktów sugeruje zmniejszoną sprawność ruchową, możliwość wystąpienia upadków. Poniżej 19 punktów oznacza małą sprawność ruchową, duże ryzyko upadków.
Źródło bibliograficzne	Tinetti ME. Performance – oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34(2): 119-126.
Źródło on-line	Sobiech, M., Kochman, M., Drelich, M., Blicharski, T., & Jabłoński, M. (2019). Przegląd wybranych testów stosowanych do oceny stanu funkcjonalnego u osób starszych overview of selected tests used to assess the functional status of elderly. Wiadomości Lekarskie 2019; 72(9): 1697-1702.

II.5. Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

Beata Haor^{1,2}, Anna Antczak-Komoterska², Mariola Rybka^{2,3}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku

³ Szpital Lipno Spółka z o.o.

II. 5. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 5. A. 1. Barthel Index (BI, indeks Barthel)
- II. 5. A. 2. MMSE (Mini-Mental State Examination)
- II. 5. A. 3. AMTS- Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodkinsona (Abbreviated Mental Test Score)
- II. 5. A. 4. Clock Drawing Test (CDT)
- II. 5. A. 5. TINETTI Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)
- II. 5. A. 6. WHOQOL-BREF

II.5. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II. 5. B. 1. Psychogeriatric Assessment Scales
- II. 5. B. 2. Camberwell Assessment of Need for the Elderly

II.5.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II. 5. C. 1. Skala DOS (Delirium Observation Scale),
- II. 5. C. 2. ADL wg Katza,
- II. 5. C. 3. IADL wg Lawtona
- II. 5. C. 4. Test Mini-Cog

II.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.A.1. Skala Barthel, wskaźnik Barthel	
Nazwa skali w języku angielskim	Barthel Index, Basic ADL Index (BI), Barthel Score i Maryland Disability Index [1,2]	
Skrót	BI [1,2]	
Wersja skali	Współcześnie w zastosowaniu jest kilka wersji skali i sposobów liczenia wyniku. Elementy podlegające ocenie oraz ich interpretacja jest jednak zbliżona [3]. W oryginalnej wersji BI-10 (10-itemowej) ocenie podlega 10 podstawowych czynności życiowych a wynik oceny mieści się 0-100 pkt [4]. Bardzo popularna jest także wersja skali z oceną 10 podstawowych czynności życiowych, gdzie wynik oceny mieści 0-20 pkt [3]. Wersje skrócone skali zakładają ocenę wybranych podstawowych czynności życiowych (3-itemowe, 4-itemowe, 5-itemowe) czyli odpowiednio BI-3, BI-4, BI-5 [1,2, 5,6,7,8,9,10,11].	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Florence Mahoney (lekarka), Dorothea Barthe (fizjoterapeutka)
	Rok publikacji	Rok publikacji 1965, ale skala była stosowana od 1955 roku w trzech szpitalach (Montebello State Hospital, Deer's Head Hospital i Western Maryland Hospital) w stanie Maryland w USA [4].
	Źródło	Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-65.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak doniesień
	Rok publikacji	Zmodyfikowana skala Barthel dostępna w języku polskim został wprowadzona w 2009r. w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej [12].
	Źródło	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1147) [12].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena sprawności i samodzielności badanego w zakresie podstawowych czynności życiowych
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak doniesień
	Struktura skali	Szeroko stosowane są wersje skali z rozpiętością wyniku 0-100 pkt. oraz 0-20 pkt. [1]. W oryginalnej wersji BI-10 skala służy ocenie zdolności wykonywania przez badaną osobę 10 czynności dnia codziennego takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem); utrzymanie higieny osobistej; korzystanie z toalety; mycie, kąpiel całego ciała; poruszanie się po powierzchniach płaskich; wchodzenie i schodzenie po schodach; ubieranie i rozbieranie; kontrolowanie oddawania moczu; kontrolowanie oddawania stolca [1,2,4]. Sprawność wykonania każdej

		z czynności oceniana jest w odstępach 5-punktowych: 0-5-10-15 pkt. Ostateczny wynik mieści się w granicach 0-100 pkt. [1,2,4,13,14]. W wersji skali z oceną 10 podstawowych czynności życiowych, gdzie wynik mieści 0-20 pkt. sprawność oceniana jest w odstępach 0-1-2-3 pkt. [3,15]. Przeprowadzano także badania z użyciem wersji skali z wynikiem w granicach 0-100 pkt., ale z rozpiętością oceny 0-12 pkt. (9 możliwości oceny tj. 0-1-2-3-4-5-8-10-12pkt. [1,16].
	Orientacyjny czas badania	5-10 min. [1]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Najczęstsze zastosowanie w badaniach pacjentów z chorobami neurologicznymi (np. po udarach mózgu), oddziałów rehabilitacyjnych, pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, niewydolnością serca, cukrzycą oraz seniorów [1,2,4,19,20]. W Polsce zmodyfikowaną skalę Barthel wykorzystuje się w ramach kwalifikacji pacjenta do objęcia świadczeniami gwarantowanymi (pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi) w ramach opieki długoterminowej od 2009r. [12,17,18].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dzieci powyżej 3 roku życia (Polska), młodzież, osoby dorosłe, seniorzy
	Miejsce badanych	oddziały szpitalne, oddziały rehabilitacyjne podstawowa opieka zdrowotna, środowisko domowe, dom pomocy społecznej, placówki opieki długoterminowej
	Stan badanych	pacjenci z deficytami sprawności funkcjonalnej, w przebiegu chorób przewlekłych, z uszkodzeniami układu nerwowego, układu ruchu
	Sytuacje	Skala wykorzystywana jest oceny wyników leczenia, rehabilitacji, prognozowania sprawności funkcjonalnej, oceny samodzielności i deficytów w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, oszacowania potrzeb co do opieki i do celów orzecznictwa [1,2]. W Polsce w ramach kwalifikacji do objęcia opieką długoterminową stacjonarną, ocena z zastosowaniem zmodyfikowanej skali Barthel następuje: przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca, w przypadku zmiany jego stanu zdrowia. W ramach kwalifikacji do objęcia opieką pielęgniarstwa opieką długoterminową domową, ocena z zastosowaniem skali Barthel następuje: w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwa opieką długoterminową domową, na koniec każdego miesiąca opieki [17].
	Inne	W Polsce - zastosowanie skali w opiece długoterminowej: stacjonarnej (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze) dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej (środowisko domowe) [17,18].

Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci. W Polsce: 1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego; w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego 2) w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwa opieką długoterminową domową – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego; na koniec każdego miesiąca opieki – pielęgniarka opieki długoterminowej domowej [17]. Osoby nieprofesjonalne: pacjenci w ramach samooceny
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Towarzystwo Medyczne Stanu Maryland w USA (MSMS) ma wyłączne prawo korzystania z BI. Skala może być używana bez zgody MSMS do celów niekomercyjnych, jednakże wszelkie modyfikacje lub wykorzystanie do celów komercyjnych wymaga zgody [1,2]. https://www.medchi.org/Your-Resource/Barthel-Index Kontakt: Mapi Research Trust Information Support Unit 27 rue de la Villette 69003 Lyon Francja Telefon: +33 (0)4 72 13 65 75 Faks: +33 (0)4 72 13 66 82 E-mail: PROinformation@mapi-trust.org
Klucz do skali/interpretacja wyników	BI -10 – w wersji 10 –itemowej za ocenę 10 podstawowych czynności życiowych badany może otrzymać 0-100 pkt. [1,2]. Interpretacja: I - 86–100 pkt: pacjent „lekki” II - 21–85 pkt: pacjent „średniociężki”, III 0–20 pkt: pacjent „ciężki” [13,14]. W Polsce pacjent oceniony za pomocą zmodyfikowanej skali Barthel może otrzymać od 0 do 100 punktów. Do objęcia opieką długoterminową zarówno stacjonarną jak i domową kwalifikuje się świadczeniobiorca, który uzyska od 0 do 40 punktów [17]. Skala w wersji 20 pkt [3, 15]. Interpretacja: 0–6 pkt. – określa stan pacjenta, jako ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego, np. to pacjent leżący, wymaga pomocy przy jedzeniu lub wymaga pomocy przy przesiadaniu się na wózek; 7–14 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”, częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego, np. chodzi z pomocą drugiej osoby, korzysta z toalety z pomocą, może jeść samodzielnie, potrafi samodzielnie korzystać z wózka, nie chodzi po schodach, wymaga pomocy przy kąpieli, ubieraniu się i jedzeniu; > 14 pkt. – pacjent nie potrzebuje pomocy przy czynnościach życia codziennego, lub wymaga niewielkiej pomocy np. asekuracja innej osoby przy chodzeniu po schodach, kąpieli [3,15].
Formularz skali/ kwestionariusz	Skala w wersji 100 pkt. -opieka długoterminowa w Polsce: zał. nr 2 i 3 do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2022 poz.965) -oryginalna BI-10: Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-65. Skala w wersji 20 pkt.: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Załącznik nr 6: Analiza dowodów naukowych potwierdzających zasadność stosowania wybranych skal do oceny pacjenta w ramach świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Dodatkowe opracowanie analityczne AOTMiT Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018. Data ukończenia: 24.04.2019 r. Dostępny w Internecie: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/zalacznik_6_24.04.2019.pdf. Dostęp: 30.09.2022.

Skala Barthel

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Opara J. Are short forms of Barthel Index equally useful in the assessment of ADL? Medical Rehabilitation (Med Rehabil) 2018; 22 (2): 40-44. 2. Opara J., Kucio C., Kurek J., Małecka E. Is the Barthel scale still useful 50 years after its first publication? Medical Rehabilitation (Med Rehabil) 2015; 19 (1): 34-37 3. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Załącznik nr 6: Analiza dowodów naukowych potwierdzających zasadność stosowania wybranych skal do oceny pacjenta w ramach świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Dodatkowe opracowanie analityczne AOTMiT Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018. Data ukończenia: 24.04.2019 r. Dostępny w Internecie: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/zalacznik_6_24.04.2019.pdf. Dostęp: 30.09.2022. 4. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-65. 5. Granger C.V., Hamilton B.B., Gresham G.E. The stroke rehabilitation outcome study: part II. Relative merits of the total Barthel index and a 4-item subscore in predicting patient outcomes. Arch Phys Med Rehabil 1989; 70: 100-103 6. Ellul J., Watkins C., Barer D. Estimating total Barthel scores from just three items: the European Stroke Database 'minimum dataset' for assessing functional status at discharge from hospital. Age Ageing 1998; 27: 115-122 7. Hobart C., Thompson A.J. The five item Barthel index. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 71(2): 225-230. 8. Hsueh I.P., Lin J.H., Jeng J.S., Hsieh C.L. Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 73(2): 188-190 9. Bohannon R.W. Re: estimating total Barthel scores from just three items. Age Ageing 2004; 33: 321-322. 10. Cho H.J., Kim Y.J. Efficacy and safety of oral citicoline in acute ischemic stroke: drug surveillance study in 4,191 cases. Methods Find Exp Clin Pharmacol 2009; 31: 171-176. 11. Lekamwasam S., Karunatilake K., Kankanamge S.K., Lekamwasam V. Physical dependency of elderly and physically disabled; measurement concordance between 10- item Barthel index and 5-item shorter version. Ceylon Med J 2011; 56: 114-118. 12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1147) 13. Wysokiński M., Fidecki W., Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M., Karajewska-Kuś E. (red.), Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2016:30-45. 14. Wójcik G., Piskorz J., Bulikowski W., Klinimetryczne metody oceny chorych po udarach mózgu w planowaniu rehabilitacji w populacji osób dorosłych. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 54-58. 15. Quinn T. et al., Barthel Index for Stroke Trials Development, Properties, and Application. Stroke 2011;42:1146-1151. 16. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42(8): 703-709 17. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2022 poz.965)

	18. Kędziora-Kornatowska K, Mitura K. Analiza sprawności pacjentów według skali Barthel na przykładzie osób starszych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2018; 2(3): 28-39. 19. Kuźmich I, Brzostek T, Górkiewicz M. Kwestionariusz Barthel jako narzędzie pomiaru zakresu samodzielności fizycznej osób w podeszłym wieku. Stud Med 2008; 12: 17-21. 20. Haor B., Rybka M., Antczak A., Kwasiborska A. Uwarunkowania sprawności funkcjonalnej pacjentów po przebytych incydencie udaru krwotocznego mózgu. Pielęg Neurol Neurochir. 2015;4(2):62–68.
--	--

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.A.2. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego [1,2,3] MINIMENTAL -Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) [4]	
Nazwa skali w języku angielskim	Mini-Mental State Examination [1,2,3]	
Skrót	MMSE	
Wersja skali	Właściwa; dostępne są także wersje zmodyfikowane [1]	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Marshall F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh
	Rok publikacji	1975
	Źródło	Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Skala została wystandaryzowana i znormalizowana przez Pracownię Testów Psychologicznych [1,6].
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Stańczak J. MINIMENTAL (MMSE) – normalizacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2013.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Za pomocą MMSE można dokonać ogólnej oceny pięciu obszarów aktywności poznawczej tj: orientacji w czasie i otoczeniu, pamięci operacyjnej, koncentracji uwagi i liczenia, zdolności werbalnych (nazywanie, rozumienie poleceń, czytanie i pisanie) oraz praktyki konstrukcyjnej [1,2,3,7,8,9,10].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Należy mieć na uwadze to, że zgodnie z zaleceniami Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznania i Leczenia Otępień (IGERO) wynik testu MMSE może zostać skorygowany zależnie od wieku i wykształcenia pacjenta [1,8,11]. Wynik testu zależy m.in. od wieku, wykształcenia, pochodzenia kulturowego, środowiska, stanu emocjonalnego i sprawności zmysłów (wzroku, słuchu) osoby badanej [12,13]. Jego wykonanie w znaczącej części zależy od sprawności funkcji językowych. Osoby z afazją i niedosłuchem mogą uzyskać wyniki znacząco obniżone [3]. Niekiedy jednak pacjenci uzyskują wyższe wyniki, niż sugerowałyby to dane zebrane od pacjenta i opiekuna. Przydatna bywa zatem jakościowa ocena wykonania badania [1]. Przed wykonaniem testu należy zweryfikować, czy osoba badana słyszy i widzi w takim zakresie, aby mogła uczestniczyć w badaniu lub zapewnić. Polecenia wynikające z instrukcji

		testu należy przedstawić krótkimi, wolno i wyraźnie wypowiedzianymi zdaniami. W przypadku wątpliwości, czy badany usłyszał/zrozumiał polecenie można 3-krotnie powtórzyć pytanie/polecenie. Nie należy jednak zachęcać do ponownej odpowiedzi, gdy pierwsza odpowiedź była błędna. Wskazane jest, aby w trakcie badania osobie badanej nie towarzyszyły inne osoby.
	Struktura skali	Skala składa się z 30 pytań i poleceń pogrupowanych w 11 kategorii umożliwiających ocenę takich funkcji jak: orientacja w czasie, orientacja w miejscu, zapamiętywanie (3 wyrazów), uwaga i liczenie, przypominanie, nazywanie (2 przedmiotów), powtarzanie, rozumienie, czytanie, pisanie i rysowanie (2 przecinających się pięciokątów). Za każdą prawidłową odpowiedź i wykonane zadanie przydziela się 1 pkt. [1,4,8,12,14,15].
	Orientacyjny czas badania	5-10 min. [7,16]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala MMSE została stworzona w celu wykrywania wczesnych objawów choroby Alzheimera, najczęściej występującej choroby otępiennej [5]. Służy zarówno do oceny wstępnej pacjenta, śledzenia dynamiki zmian w czasie oraz oceny potencjalnych efektów terapii [12,16]. Z uwagi na niską czułość nie powinna być jednak stosowana u pacjentów z podejrzeniem innej choroby neurozwyrodnieniowej (z otępieniem czołowo- -skroniowym, chorobą Parkinsona). Wykazano także niską użyteczność MMSE w diagnostyce przesiewowej w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych, z ryzykiem progresu deficytów do otępienia [3,17,18].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	osoby dorosłe z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku otępienia; osoby po 65 roku życia; pacjenci ze schorzeniami, które wpływają na funkcje poznawcze (np. cukrzyca, choroby tarczycy, serca, płuc, wątroby); osoby, które zgłaszają skargi na pogorszenie sprawności poznawczej [1,23,24,25,26].
	Miejsce badanych	oddziały szpitalne, w tym geriatryczne, specjalistyczne, podstawowa opieka zdrowotna, domy pomocy społecznej, placówki opieki długoterminowej [10,12,14,18,19,20,21]
	Stan badanych	Osoby dorosłe, szczególnie w podeszłym wieku z podejrzeniem zaburzeń funkcji poznawczych, opartych na obserwacjach klinicznych lub na skargach zgłaszanych przez samych pacjentów czy też ich rodzinę, opiekunów bądź przyjaciół. Osoby z grupy ryzyka zachorowania na otępienie [16]
	Sytuacje	MMSE to najpopularniejsze i najczęściej stosowane narzędzie do przesiewowej oceny funkcji poznawczych. [1,2,3,7,8,9,10].

	Inne	MMSE jest testem rekomendowanym ze względu na liczne opracowania dotyczące rzetelności, łatwość przeprowadzania, dostępność oraz możliwość wstępnej oceny głębokości otępienia. Nie powinien być stosowany sam jako jedyne narzędzie diagnostyczne do identyfikacji demencji. W praktyce klinicznej nie zaleca się stosowania MMSE jako jedynej metody w przesiewowej diagnostyce różnicowej demencji [1,3,11,13]. Wskazuje się niewystarczającą czułość tej metody w różnicowaniu innych form neurodegeneracji niż w chorobie Alzheimera, w tym otępienia podkorowego czy wczesnych faz otępienia [1,22]. Zaleca się również uzupełnienie badania testem rysowania zegara lub testami MoCA (Montrealaska skala oceny funkcji poznawczych, Montreal Cognitive Assessment) i STMS (krótki test stanu psychicznego, Short Test of Mental Status), w przypadku podejrzenia otępienia innego niż w przebiegu choroby Alzheimera [23].
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: psychologowie, lekarze, personel medyczny W Polsce zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego testy przesiewowe powinny być wykonywane przez lekarzy wszystkich specjalności, psychologów, pielęgniarki oraz pracowników socjalnych po wcześniejszym przeszkoleniu nt. zasad przeprowadzania oraz interpretacji wyników określonego narzędzia [1,23].	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	W Polsce korzystanie z testu jest płatne [18]. Licencję wraz z podręcznikiem użytkownika i przewodnikiem klinicznym wykupić można na stronie Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego https://www.practest.com.pl/ [4].	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Maksymalny wynik wynosi 30 punktów. Niemniej jednak interpretacja kliniczna powinna zostać skorygowana w odniesieniu do wieku i wykształcenia osoby badanej, przy zastosowaniu rekomendowanej formuły opracowanej przez Mungasa [1,11]. Zdobyta suma punktów pozwala na określenie głębokości deficytów poznawczych. Interpretacja wyniku: 30-27 pkt. - brak dysfunkcji poznawczych, 26-24 pkt. - łagodne zaburzenia poznawcze; 23-19 pkt. - otępienie lekkiego stopnia; 18-11 pkt. - otępienie średniego stopnia; ≤10 pkt. - otępienie głębokie. W codziennej praktyce przyjęto 24 pkt. jako próg odcięcia, wskazujący na konieczność podjęcia dodatkowych badań diagnostycznych [7,18,15]. W codziennej praktyce przyjęło się uważać wartość 24 pkt za granicę „prawidłowego” testu MMSE, co wskazuje na konieczność podjęcia dalszych badań diagnostycznych [4, 8,15].	
Formularz skali/ kwestionariusz Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego https://www.practest.com.pl/		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Kaczmarek BA. Zastosowanie Krótkiej skali oceny stanu psychicznego w przesiewowej ocenie funkcjonowania poznawczego osób starszych. Ograniczenia tzw. korekty Mungasa w ocenie deficytów. Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2021; 16, 3–4: 176–183

	2. Bujnowska-Fedak M, Baran M, Sapilak B. Porównanie czułości diagnostycznej testów przesiewowych MoCA i MMSE oraz trzech metod oceny Testu Rysowania Zegara: metody Sunderlanda, metody 7/7 i metody Shulmana w ocenie zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych. <i>Family Medicine & Primary Care Review</i> 2014; 16, 2: 79–81 3. Tomaszewska M, Chibowska P, Sitek E. Wybrane metody przesiewowej oceny funkcji poznawczych w różnych kontekstach klinicznych. <i>Psychiatr Psychol Klin</i> 2021; 21 (4): 257–267 4. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: MINIMENTAL -Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE). Dostępny w Internecie: https://www.practest.com.pl/minimental-krotka-skala-oceny-stanu-umyslowego-mmse Dostęp: 02.10.2022 5. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>J Psychiatr Res</i> 1975; 12: 189-198. 6. Stańczak J. MINIMENTAL (MMSE) – normalizacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2013. 7. Ciesielska N., Sokołowski R., Kędziora-Kornatowska K., Podhorecka M., Kozakiewicz M., Jurczak W., Salwa G., Żukow W. Skriningowe skal klinimetryczne stosowane w diagnostyce zaburzeń funkcji poznawczych w otępieniu. Przegląd systematyczny. <i>Journal of Health Sciences</i>. 2013;3(11):393-410. 8. Wilmańska J., Gułaj E. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych — próba porównania poszczególnych metod przesiewowych. <i>Gerontol. Pol.</i> 2008; 16(2): 111– 118 9. Biercewicz M. Wybrane skale punktowe stosowane w geriatrycznej ocenie stanu chorego. <i>Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej</i> 2019; 4(1):59-65. 10. Sokołowska N., Sokołowski R., Polak-Szabela A., Mazur E., Podhorecka M., Kędziora-Kornatowska K.. Porównanie skuteczności Montreal Cognitive Assessment 7.2 z Mini-Mental State Examination w wykrywaniu łagodnych zaburzeń neuro-poznawczych u osób po 60. roku życia. <i>Doniesienie wstępne. Psychiatr. Pol.</i> 2018; 52(5): 843–857. 11. Mungas D., Marshall S.C., Weldon M., Haan M., Reed B.R.: Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish-speaking elderly. <i>Neurology</i> 1996; 46: 700–706 12. Hausz-Piskorz B., Buczkowski K. Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimer'a w warunkach praktyki lekarza rodzinnego. <i>Forum Medycyny Rodzinnej</i> 2013; 7,4: 198–207. 13. Mosiołek A. Metody badań funkcji poznawczych. <i>Psychiatria</i> 2014; 11, 4: 215–221 14. Bojkowski Ł., Chlebosz K., Urbaniak A. związek między nadużywaniem alkoholu a wynikiem w skali MMSE u osób starszych (mieszkańców domu pomocy społecznej). <i>Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu</i> 2015; 4 (45):229-234. 15. Talarowska M., Florkowski, A., Zboralski K., Gałęcki P. Skala MOCA oraz MMSE w diagnozie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych. <i>Psychiatria i Psychoterapia</i> 2011;7,1:13-20. 16. Kerwin D.R. How to prevent a delayed Alzheimer's diagnosis. <i>The Journal of Family Practice</i> 2009;58(1):9-15 17. Pagonabarraga J, Kulisevsky J, Llebaria G et al.: Parkinson's DiseaseCognitive Rating Scale: a new cognitive scale specific for Parkinson's disease. <i>Mov Disord</i> 2008; 23: 998–1005. 18. Kaczmarek B. Zastosowanie testu Mini-ACE jako alternatywy wobec MMSE i MoCA w przesiewowej ocenie funkcji poznawczych. <i>Geriatra</i> 2020;14:21-26. 19. Kafonek S., Ettinger WH., Roca R., Kittner S., Taylor N., German PS.Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. <i>JAm Geriatr Soc.</i> 1989 Jan;37(1):29-34
--	--

	20. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: A review of the use, efficacy and quality of measures. <i>Int. Psychogeriatr.</i> 2008; 20(5): 911–926. 21. Iracleous P, Nie JX, Tracy CS, Moineddin R, Ismail Z, Shulman KI i wsp. Primary care physicians' attitudes towards cognitive screening: Findings from a national postal survey. <i>Int. J. Geriatr. Psychiatry</i> 2010; 25(1): 23–29. 22. Barczak A. Wczesne rozpoznawanie choroby Alzheimer. <i>Pediatrics i Med Rodz</i> 2018; 14: 157-166. 23. Barczak A, Gorzkowska A, Klimkowicz-Mrowiec A. Ocena zaburzeń funkcjonowania poznawczego. W: Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Otwock 2012; 11-29. 24. Lorentz W.J., Scanlan J.M., Borson S. Brief Screening Tests for Dementia. <i>Can J Psychiatry.</i> 2002; 47: 723–733. 25. Sheehan B. Assessment scales in dementia. <i>Therapeutic Advances in Neurological Disorders.</i> 2012; 5(6): 349-358. 26. Ismail Z., Rajji T.K., Shulman K.I. Brief cognitive screening instruments: an update. <i>Int J Geriatr Psychiatry.</i> 2010; 25: 111–120.
--	---

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.A.3. Skrócony Test Sprawności Umysłowej	
Nazwa skali w języku angielskim	Abbreviated Mental Test Score	
Skrót	AMTS	
Wersja skali	Pierwowzorem AMTS był dłuższy, składający się z 26 pozycji testowych, Test Sprawności Umysłowej (Mental Test Score, MTS)[2]. Powstały liczne wersje testu AMTS modyfikowane przez kolejnych badaczy, które są stosowane w populacjach anglojęzycznych [1,3,4,5]. Dokonywano także walidacji wersji językowych w różnych populacjach np. włoskiej, chińskiej, hiszpańskiej, niemieckiej, irańskiej [1,6,7,8,9,10]. Pomimo wielu wersji testu nie ustalono jednoznacznie, czy ich wartość przesiewowa jest porównywalna [11].	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Hodkinson Henry Malcolm
	Rok publikacji	1972
	Źródło	Hodkinson H. M.Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. <i>Age Ageing</i> 1972; 1, 4: 233-238
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Polskie wersje AMTS różnią się między sobą liczbą poleceń, ich treścią oraz punktacją. Nie ma jednej oficjalnej, polskojęzycznej adaptacji testu [1,12,13]. Najczęściej spotykana to wersja Anny Skalskiej [1,14,15,16].
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): <i>Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.</i> Via Medica, Gdańsk 2006: 68–75
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie przeznaczone do oceny funkcji poznawczych u seniora, takich jak pamięć epizodyczna, semantyczna i operacyjna. Umożliwia stwierdzenie istnienia zaburzeń funkcji poznawczych oraz stopnia ich nasilenia [1].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak doniesień

	Struktura skali	Test zbudowany jest z 10 pytań, a za każdą prawidłową odpowiedź badany otrzymuje 1 punkt. Brak odpowiedzi lub odpowiedź błędna skutkuje brakiem punktacji [17]. Wynik niezadowolający skłania do pogłębionej diagnostyki w ramach specjalistycznej opieki geriatrycznej bądź psychiatrycznej [1].
	Orientacyjny czas badania	Kilka minut [1]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Wersje anglojęzyczne są wykorzystywane jako narzędzie do identyfikacji otępienia, delirium w populacji pacjentów w starszym wieku oraz w różnych sytuacjach klinicznych np. do oceny zdolności podejmowania decyzji w czasie przedoperacyjnej oceny pacjentów geriatrycznych [1,5,18]. Polskie wersje kwestionariusza AMTS dostępne są w podręcznikach, materiałach szkoleniowych dotyczących seniorów oraz badaniach prowadzonych wśród seniorów [1,13,14,19]. Stanowią element oceny pielęgniarstwa osób starszych [1,19,20], lekarskie narzędzie przesiewowe w kierunku występowania zaburzeń poznawczych [1,15]. AMTS jest wykorzystywany dla potrzeb orzecznictwa o niepełnosprawności i zapotrzebowania na opiekę [1,21]. Skala jest wykorzystywana do prowadzenia badań naukowych [1,22,23,24].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	seniorzy
	Miejsce badanych	oddziały szpitalne, w tym geriatryczne, specjalistyczne, podstawowa opieka zdrowotna, domy pomocy społecznej, placówki opieki długoterminowej
	Stan badanych	osoby w starszym wieku z podejrzeniem zaburzeń funkcji poznawczych
	Sytuacje	W Polsce test zaproponowany jest jako element całościowej oceny geriatrycznej, w standardach postępowania w opiece geriatrycznej [1].
	Inne	brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: personel medyczny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Test ma cechy testu „przyłóżkowego”. Wymaga jedynie kontaktu werbalnego pomiędzy prowadzącym badanie a badanym. Test łatwy do przeprowadzenia, nie wymaga profesjonalnej wiedzy oraz specjalistycznego sprzętu, oprogramowania. Jest dostępny bezpłatnie [1].
Klucz do skali/interpretacja wyników	Liczba możliwych do uzyskania punktów wynosi 0-10. Zsumowanie punktów pozwala sugerować wstępną diagnozę w kierunku demencji (konieczna dalsza diagnostyka). Na podstawie uzyskanego wyniku ocenia się sprawność funkcji poznawczych badanego. Interpretacja: wynik w zakresie 7–10 punktów - stan prawidłowy; 4–6 punktów – zaburzenia w stopniu umiarkowanym; 0–3 punktów – poważne zaburzenia sprawności funkcji poznawczych. Osoby, które uzyskały wynik poniżej 7 punktów, powinny zostać poddane pogłębionej ocenie zaburzeń funkcji poznawczych [1,13]. Punkty graniczne w zależności od wersji językowej różnią się [1] np. w jednej z wersji anglojęzycznych zaburzenie funkcji poznawczych rozpoznaje się u osób, z wynikiem poniżej 8 pkt. [3], w wersji chińskiej [7] i włoskiej [6] granica to 6 punktów.	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Via Medica, Gdańsk 2006: 68–75.		

AMTS- Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodkinsona (Abbreviated Mental Test Score)

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Romanik W., Łazarewicz M. Wersja polska Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) – problemy metodologiczne. <i>Psychiatr Psychol Klin</i> 2017, 17 (3):203–207 2. Hodkinson H. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. <i>Age Ageing</i> 1972; 1, 4: 233-238 3. Jitapunkul S., Pillay I., Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. <i>Age Ageing</i> 1991 Sep;20(5):332-6 4. Abbreviated Mental Test Score (AMTS). <i>Occas Pap R Coll Gen Pract</i> 1993; (59): 28. 5. Abbreviated Mental Test Score (AMTS) (2015). Dostępny w Internecie: https://oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/amts/ Dostęp: 02.10.2022 6. Rocca WA, Bonaiuto S, Lippi A et al. Validation of the Hodkinson abbreviated mental test as a screening instrument for dementia in an Italian population. <i>Neuroepidemiology</i> 1992; 11: 288–295. 7. Chu LW, Pei CKW, Ho MH et al. Validation of the Abbreviated Mental Test (Hong Kong version) in the elderly medical patient. <i>HKMJ</i> 1995; 1: 207–211. 8. Sarasqueta C, Bergareche A, Arce A et al. The validity of Hodkinson's Abbreviated Mental Test for dementia screening in Guipuzcoa, Spain. <i>Eur J Neurol</i> 2001; 8: 435–440. 9. Linstedt U, Berkau A, Meyer O et al.: [The abbreviated mental test in a German version for detection of postoperative delirium]. <i>Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther</i> 2002; 37: 205–208. 10. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z et al.: Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. <i>Psychogeriatrics</i> 2017. DOI: 10.1111/psyg.12276 11. Piotrowicz K., Romanik W., Skalska A., Gryglewska B., Szczerbińska K., Derejczyk J., Krzyżewski R.M., Grodzicki T., Gąsowski J. The comparison of the 1972 Hodkinson's Abbreviated Mental Test Score (AMTS) and its variants in screening for cognitive impairment. <i>Aging Clin Exp Res</i>. 2019 Apr;31(4):561-566. 12. Kocemba J., Grodzicki T. Geriatryczne Skale Oceny. <i>Zarys Gerontologii Klinicznej</i>. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000: 142–151. 13. Cytowicz-Karpilowska W, Kazimierska B, Cytowicz A. Postępowanie usprawniające w geriatric. Podstawy, wskazania, przeciwwskazania. <i>ALMAMER Wyższa Szkoła Ekonomiczna</i>, Warszawa 2009. 14. Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): <i>Geriatra z elementami gerontologii ogólnej</i>. Podręcznik dla lekarzy i studentów. <i>Via Medica</i>, Gdańsk 2006: 68–75 15. Bień B, Błędowski P, Broczek K i wsp. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. <i>Gerontol Pol</i> 2013; 21: 33–47. 16. Bień B, Broczek K (red.) Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012. Dostępny w Internecie: https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorów_programów.pdf Dostęp: 02.10.2022 17. Biercewicz M. Wybrane skale punktowe stosowane w geriatrycznej ocenie stanu chorego. <i>Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej</i> 2019; 4(1):59-65.

	18. Griffiths R, Beech F, Brown A et al. Peri-operative care of the elderly 2014: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. <i>Anaesthesia</i> 2014; 69 Suppl 1: 81–98. 19. Doroszkiewicz H, Sierakowska M, Lewko J. i wsp. Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarstwa. <i>Probl Pielęg</i> 2014; 22: 258–264. 20. Płaszewska-Żywko L, Brzuzan P, Malinowska-Lipień i wsp. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. <i>Probl Hig Epidemiol</i> 2008; 89: 62–66. 21. Dziechciaż M, Guty E, Wojtowicz A i wsp. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. <i>Nowiny Lek</i> 2012; 81: 26–30 22. Śliwiński Z, Matłok M, Starczyńska M. i wsp. Mental and physical performance of dementia patients in long-term residential care. <i>Studia Medyczne</i> 2013; 29: 230–233. 23. Głowacka M., Mitura K., Kornatowski T., Haor B., Zabielska P., Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K., Karakiewicz B. Sprawność umysłowa seniorów wg skali AMTS na przykładzie pacjentów zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. <i>Gerontol Pol</i> 2017; 25: 223–228 24. Ślusarska B, Nowicki GJ, Bartoszek A i wsp. Health problems of the elderly aged 65–75 years supervised by a community nurse. <i>Gerontol Pol</i> 2016; 24: 17–25
--	---

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.A.4. Test Rysowania Zegara	
Nazwa skali w języku angielskim	Clock Drawing Test	
Skrót	CDT	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Shulman Kenneth, Shedletsky Ralph, Silver Ivan
	Rok publikacji	1986
	Źródło	Shulman K., Shedletsky R., Silver I. The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. 1986 <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> ;1: 135-140.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Służy do badań przesiewowych pod kątem objawów zaburzeń neurologicznych takich jak demencja.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Mini-Mental (Mini Mental State Examination – MMSE)
	Struktura skali	Zadanie badanego polega na narysowaniu koła i wpisaniu w niego poprawnych godzin, a następnie na zaznaczeniu położenia wskazówek zegara typowego dla godziny trzeciej.
	Orientacyjny czas badania	5-10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Test przesiewowy służący do oceny procesów analizy i syntezy wzrokowo-przestrzennej, planowania, myślenia abstrakcyjnego (posługiwanie się pojęciem czasu jest zdolnością osobniczą), a związanych z funkcjonowaniem płata czołowego i kory skroniowo-ciemieniowej.

Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby w wieku podeszłym
	Miejsce badanych	Kliniki/Oddziały szpitalne, podstawowa opieka zdrowotna, opieka długoterminowa itp.
	Stan badanych	Pozwala na diagnostykę osób starszych, których pogarszająca się orientacja wzrokowoprzestrzenna przyczynia się do deficytu konstrukcyjnego ale nie musi pociągać problemów z pojmowaniem czasu, co jest wskaźnikiem stanów otępienia.
	Sytuacje	Pacjenci u których podejrzewa się deficyty poznawcze.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, psycholog itp.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak doniesień
Klucz do skali/interpretacja wyników	Według jednego sposobu interpretacji błędy w teście rysowania zegara można podzielić na: • Poziom I. Błędy wzrokowo-przestrzenne np. niewielkie trudności w rozmieszczaniu godzin, oznaczanie godzin po zewnętrznej stronie koła, wpisywanie niektórych godzin do góry nogami wskutek obracania kartki podczas rysowania, rysowanie linii pomocniczych, aby zachować orientację przestrzenną. • Poziom II. Błędy w oznaczaniu godziny trzeciej np. na rysunku brakuje wskazówki minutowej, pacjent rysuje pojedynczą linię łączącą cyfrę 12 z cyfrą 3, pacjent pisze słowami “godzina trzecia”, pacjent ponownie wpisuje cyfrę 3, podkreśla lub otacza kółkiem cyfrę 3 lub nie jest w stanie wskazać godziny trzeciej. • Poziom III. Poważniejsze błędy wzrokowo-przestrzenne np. pacjent ma trudności w rozmieszczeniu godzin na tarczy zegara, co również uniemożliwia mu dokładne oznaczenie godziny trzeciej, pacjent opuszcza cyfry lub wpisuje je w przeciwną stronę, odwrotnie do ruchu wskazówek zegara, pacjent nie jest w stanie poprawnie napisać cyfr, ponownie rysuje koło, wpisuje po 12 kolejnych godzin, np. 13, 14, 15 itd. • Poziom IV. Pacjent miesza pojęcia czasu: wpisuje minuty, pory dnia, pory roku lub miesiące, rysuje ludzką twarz w tarczy zegara lub pisze słowo „zegar”. • Poziom V. Pacjent nie jest w stanie podjąć jakiejkolwiek sensownej próby wykonania tego zadania.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Pacjent jest proszony o: (1) narysowanie dużego koła, (2) zrobienie z niego tarczy zegara (czyli wpisanie wszystkich godzin), (3) ustawienia wskazówek, aby pokazywały godzinę, np. dziesięć po piętej lub dziesięć po czwartej.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Broniarczyk-Czarniak M.J., Sowińska K., Białas J., Talarowska M. Ciężka depresja z nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych czy otępienie? Psychiatria 2019;16(4):218-226. Dostępny w Internecie: Ciężka depresja z nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych czy otępienie? Broniarczyk-Czarniak Psychiatria (viamedica.pl) Dostęp: 28.08.2022. 2. Jodzio K. Przydatność przesiewowej diagnostyki stanu psychicznego osób z izolowanymi uszkodzeniami mózgu. Aktualn Neurol 2020;20 (1): 3–8. Dostępny w Internecie: Przydatnosc-przesiewowej-diagnostyki-stanu-psychicznego-osob-z-izolowanymi-uszkodzeniami-mozdgu.pdf (researchgate.net) Dostęp: 28.08.2022.

3. Barczak A., Gabryelewicz T. Rozpoznawanie otępienia i postępowanie z pacjentami – rekomendacje. Aktualn Neurol 2021;21 (2): 65–75. Dostępny w Internecie: [artykul.php \(archive.org\)](http://artykul.php (archive.org) Dostęp: 28.08.2022) Dostęp: 28.08.2022.
4. Bednorz A., Kawa J., Stępień P., Fiejdasz B., Bugdol M., Derejczyk J., Torbus A. astosowanie tabletovej wersji Testu Rysowania Zegara do rozpoznawania łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI) u osób starszych, jako próba telediagnostyki w geriatрії. Geriatria 2017; 11: 5-14. Dostępny w Internecie: [Bednorz.indd \(akademiamedycyny.pl\)](http://Bednorz.indd (akademiamedycyny.pl) Dostęp: 28.08.2022) Dostęp: 28.08.2022.
5. Kurzawa J., Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B. Ocena występowania zaburzeń funkcji poznawczych u chorych na cukrzycę. Diabetologia Praktyczna 2004;5(5): 255-260. Dostępny w Internecie: [7374 \(viamedica.pl\)](http://7374 (viamedica.pl) Dostęp: 28.08.2022) Dostęp: 28.08.2022.
6. Talwar N.A., Churchill N.W., Hird M.A., Pshonyak I., Tam F., Fischer C.E., Graham S.J., Schweizer T.A. The Neural Correlates of the Clock-Drawing Test in Healthy Aging Front Hum Neurosci. 2019 Feb 5;13:25. Dostępny w Internecie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30804769> Dostęp: 28.08.2022.
7. Tripathi R.K., Verma Y., Srivastava A., Shukla T.S., Usman K., Ali W., Tiwari S.C. Usefulness of clock-drawing test in Indian older adults with diabetes mellitus Indian J Psychiatry. 2020 Jan-Feb;62(1):59-65. Dostępny w Internecie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32001932> Dostęp: 28.08.2022.
8. Yuan J, Libon DJ, Karjadi C, Ang AFA, Devine S, Auerbach SH, Au R, Lin H. **Association** Between the Digital Clock Drawing Test and Neuropsychological Test Performance: Large Community-Based Prospective Cohort (Framingham Heart Study) J Med Internet Res. 2021 Jun 8;23(6):e27407. Dostępny w Internecie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34100766> Dostęp: 28.08.2022.
9. Cova I., Mele F., Zerini F., Maggiore L., Rosa S., Cucumo V., Brambilla M., Nicotra A., Maestri G., Bertora P., Pomati S., Pantoni L. The Clock Drawing Test as a predictor of cognitive decline in non-demented stroke patients. J Neurol 2022 Jan;269(1):342-349. Dostępny w Internecie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34095964> Dostęp: 28.08.2022.
10. Amini S., Zhang L., Hao B., Gupta A., Song M., Karjadi C., Lin H., Kolachalama V.B., Au R., Paschalidis I.C. An Artificial Intelligence-Assisted Method for Dementia Detection Using Images from the Clock Drawing Test. J Alzheimers Dis. 2021;83(2):581-589. Dostępny w Internecie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334396> Dostęp: 28.08.2022.

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.A.5. Tinetti - Skala oceny równowagi i chodu	
Nazwa skali w języku angielskim	TINETTI Performance Oriented Mobility Assessment	
Skrót	POMA	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Tinetti Mary
	Rok publikacji	1986
	Źródło	Tinetti M. 1986. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc.1986;34: 119-126.

Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Służy do oceny równowagi statycznej i dynamicznej
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak doniesień
	Struktura skali	Badanie składa się z dwóch części: protokołu oceniającego równowagę pacjenta oraz protokołu oceniającego chód.
	Orientacyjny czas badania	10 minut
Rekomendacje zastosowania skali	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala testuje zbiorczo funkcje układu nerwowego i kostno-stawowego. Dzięki niej dokonywana jest ocena zdolności pacjenta do przyjęcia pozycji stojącej, nieruchomego stania, zdolność przejścia krótkiego dystansu, wykonania obrotu o 180 stopni oraz przyjęcia pozycji siedzącej.
	Wiek badanych	Osoby w podeszłym wieku
	Miejsce badanych	Kliniki/Oddziały szpitalne, podstawowa opieka zdrowotna, opieka długoterminowa itp.
	Stan badanych	Pacjenci, którzy w wywiadzie podają zaburzenia równowagi lub chodu.
	Sytuacje	Badanie chodu i równowagi należy przeprowadzić u każdego starszego pacjenta, który w wywiadzie zgłasza występowanie co najmniej jednego upadku w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Inne	Skuteczna interwencja zapobiegająca upadkom jest możliwa dzięki diagnostyce, czyli odpowiedniej identyfikacji czynników ryzyka, które mogą zwiększyć ryzyko upadków.
	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta itp.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak doniesień
Klucz do skali/interpretacja wyników	Pacjent może uzyskać w części dotyczącej równowagi maksymalnie 16 punktów, a w części dotyczącej chodu – 12 punktów. Łącznie daje to sumę 28 punktów. Wynik poniżej 26 punktów oznacza istnienie problemu. Natomiast uzyskanie mniej niż 19 punktów oznacza, że pacjent ma 5-krotnie wyższe ryzyko upadku niż osoba, która uzyskała 28 punktów. Ponadto uzyskanie przynajmniej jednego „0” lub dwóch „1” (gdzie nie jest to najwyższa liczba punktów do zdobycia) stanowi wskazanie do konsultacji z fizjoterapeutą.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Równowaga

Badając równowagę pacjenta musi on siedzieć na twardym krześle bez poręczy. Test składa się z 9 podpunktów, a pacjent otrzymuje kolejno przypisane punkty, w zależności od tego ile jest w stanie samodzielnie zrobić.

Równowaga podczas siedzenia:

- 0 – pochyla się lub ześlizguje z krzesła;
- 1 – zachowuje równowagę, jest zabezpieczony.

Wstawanie z miejsca:

- 0 – niezdolny do samodzielnego wstawania;
- 1 – wstaje, ale sam pomaga sobie rękami;
- 2 – wstaje bez pomocy rąk.

Próby wstawania z miejsca:

- 0 – niezdolny do wstania bez pomocy;
- 1 – wstaje, ale potrzebuje kilku prób;
- 2 – wstaje przy pierwszej próbie.

Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 sekund):

- 0 – stoi nie pewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem);
- 1 – stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty;
- 2 – stoi pewnie bez żadnego podpierania.

Równowaga podczas stania:

- 0 – stoi nie pewnie;
- 1 – stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości większej niż 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.;
- 2 – stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia.

Próba trącania (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, a badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka):

- 0 – zaczyna się przewracać;
- 1 – zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję;
- 2 – stoi pewnie.

Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego:

- 0 – stoi nie pewnie;
- 1 – stoi pewnie.

Obracanie się o 360 stopni:

- 0 – ruch przerywany;
- 1 – ruch nie pewny (zataczanie się, chwytanie przedmiotów);
- 2 – ruch ciągły.

Siadanie:

- 0 – nie pewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło);
- 1 – pomaga sobie rękoma. Ponadto ruch nie jest płynny;
- 2 – pewny, płynny ruch.

Chód

Podczas testowania chodu badany stoi obok badającego i przemieszcza się wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a następnie krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, tj. korzystając z laski lub chodzika.

Zapoczątkowanie chodu:

- 0 – jakiegokolwiek niezdecydowanie lub kilkakrotnie próby;
- 1 – start bez wahania.

Długość i wysokość kroku. Zakres ruchu stopy prawej przy wyroku:

- 0 – nie przekracza miejsca stania lewej stopy;
- 1 – przekracza położenie lewej stopy;
- 0 – prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża;
- 1 – prawa stopa unosi się całkowicie nad podłożem.

Długość i wysokość kroku. Zakres ruchu stopy lewej przy wyroku:

- 0 – nie przekracza miejsca stania prawej stopy;
- 1 – przekracza położenie prawej stopy;
- 0 – lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża;
- 1 – lewa stopa unosi się całkowicie nad podłożem.

Symetria kroku:

- 0 – długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa;
- 1 – długość kroku obu stóp wydaje się być równa.

Ciągłość chodu:

- 0 – zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu;
- 1 – chód wydaje się ciągły.

Ścieżka chodu (oceniana na odcinku około 3 metrów, należy odnotować odchylenie rzędu 30 cm):

- 0 – wyraźne odchylenie od toru;
- 1 – niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych;
- 2 – prosta ścieżka bez korzystania z pomocy.

Tułów:

- 0 – wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych;
- 1 – nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona;
- 2 – pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych.

Pozycja podczas chodzenia:

- 0 – pięty rozstawione;
- 1 – pięty prawie stykają się podczas chodzenia.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Kieliszek A., Maciąg D., Cichońska M., Borek M. Wydolność funkcjonalna i poznawcza pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Polish Journal of Health and Fitness 2019;1(1-14): 1-14. Dostępny w Internecie: http://pjh.f.wsbip.edu.pl/images/artykuly/2019/1_2019.pdf Dostęp: 28.08.2022. - Krajewski K., Rosiak O., Szczepanik M., Walak J., Woszczak M., Gawrońska A., Józefowicz-Korczyńska M.: Rehabilitation in elderly patients with dizziness and balance unsteadiness; Otolaryngol Pol 2018; 72 (1): 5-10. Dostępny w Internecie: file:///C:/Users/48668/Downloads/Rehabilitacja_chorych_w_wieku_podes.pdf Dostęp: 28.08.2022. - Szeliga M. Analysis of risk factors for falls based on the example of patients staying in welfare and nursing homes. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing. 2016;1(3). Dostępny w Internecie: http://lten.eu/Analiza-czynnikow-ryzyka-upadkow-na-przykladzie-pacjentow-przebywajacych-w-zakladzie-pielagnacyjno-opiekunczym,150,39186,1,0.html Dostęp: 28.08.2022. - Pawluk A. Analiza poziomu niezależności seniora po udarze niedokrwiennym mózgu. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2020;9(1-4): 13-17. Dostępny w Internecie: file:///C:/Users/48668/Downloads/O%20-%20Pawluk%20-%20Analiza%20poziomu%20(1).pdf Dostęp: 28.08.2022. - Bosacka M., Józwiak A., Wiczerowska-Tobis K. Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych w oddziale dziennym psychogeriatrycznym. GERIATRIA 2010; 4: 81-85. Dostępny w Internecie: https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2017/02/201002_geriatria_Wplyw-przebytych-upadkow-Bosacka.pdf Dostęp: 28.08.2022. - Cenik F., Keilani M., Hasenöhl T., Huber D., Stuhlpfarrer B., Pataria A., Crevenna R. Relevant parameters for recommendations of physical activity in patients suffering from multiple myeloma: A pilot study. Wien Klin Wochenschr. 2020 Mar;132(5-6):124-131. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31784826 Dostęp: 28.08.2022. - Batko-Szwaczka A., Dudzińska-Griszek J., Hornik B., Janusz-Jenczeń M., Włodarczyk I., Wnuk B., Szołtysek J., Durmała J., Wilczyński K., Cogił A., Dulawa J., Szewieczek J. Frailty Phenotype: Evidence of Both Physical and Mental Health Components in Community-Dwelling Early-Old Adults. Clin Interv Aging. 2020 Feb 5;15:141-150. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32103915 Dostęp: 28.08.2022. - Abu Bakar A.A., Abdul Kadir A., Idris N.S., Mohd Nawi S.N. Older Adults with Hypertension: Prevalence of Falls and Their Associated Factors. Int J Environ Res Public Health. 2021 Aug 4;18(16):8257. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444005 Dostęp: 28.08.2022. - Bevilacqua R., Maranesi E., Di Rosa M., Luzi R., Casoni E., Rinaldi N., Baldoni R., Lattanzio F., Di Donna V., Pelliccioni G., Riccardi G.R. Rehabilitation of older people with Parkinson's disease: an innovative protocol for RCT study to evaluate the potential of robotic-based Technologies. BMC Neurol. 2020 May 13;20(1):186. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404132 Dostęp: 28.08.2022. - Galizia G., Balestrieri G., De Maria B., Lastoria C., Monelli M., Salvaderi S., Romanelli G., Dalla Vecchia L.A. Role of rehabilitation in the elderly after an acute event: insights from a real-life prospective study in the subacute care setting. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Dec;54(6):934-938. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898588 Dostęp: 28.08.2022.

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.A.6. Kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia – wersja skrócona	
Nazwa skali w języku angielskim	The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) - BREF	
Skrót	WHOQOL-BREF	
Wersja skali	Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	The WHOQOL Group
	Rok publikacji	1996
	Źródło	The WHOQOL Group. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996; 17 (4): 354-356.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Wołowicka Laura, Jaracz Krystyna
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Jaracz K, Kalfoss M., Górna K. i wsp. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQL - Bref. Scand J. Caring Sci. 2006;20(3):251-260.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Dotyczy następujących dziedzin jakości życia: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak doniesień
	Struktura skali	Powstał przez Światową Organizację Zdrowia na podstawie WHOQL-100. Kwestionariusz WHOQL-Bref w porównaniu do WHOQL-100 jest krótszy, dzięki czemu zachowana jest praktyczność narzędzia badawczego. WHOQL-Bref zawiera 26 pytań. Aby zapewnić szeroką i wszechstronną ocenę, do każdego z 24 aspektów zawartych w WHOQL-100 włączono po jednej pozycji z czterech dziedzin życia: psychologicznej, społecznej, fizycznej i środowiskowej. Zawarte są również dwa pytania dotyczące subiektywnej oceny jakości życia.
	Orientacyjny czas badania	10-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz WHOQOL-BREF służy do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno w celach poznawczych, jak i klinicznych.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Kliniki/Oddziały szpitalne, podstawowa opieka zdrowotna, opieka długoterminowa itp.
	Stan badanych	Służy do oceny jakości życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych w praktyce klinicznej
	Sytuacje	Indywidualnej ocenie pacjenta podlegają: - w dziedzinie fizycznej (domena I — DOM1): czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy;

		- w dziedzinie psychologicznej (domena 2 — DOM2): wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja; - w dziedzinie relacji społecznych (domena 3 — DOM3): związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna; - w środowisku funkcjonowania (domena 4 — DOM4): zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna (dostępność i jakość), środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny, klimat), transport. Ponadto skala zawiera również pozycje analizowane odrębnie: - pytanie 1 (WHO1): indywidualna ogólna percepcja jakości życia; - pytanie 2 (WHO2): indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, psycholog itp.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak doniesień	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Odpowiedzi są ujęte w 5-stopniowej skali (zakres punktacji 1–5). W każdej z dziedzin można uzyskać maksymalnie 20 punktów. Wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny (im większa liczba punktów, tym wyższa jakość życia).	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Zapytam Pana(nią) o sprawę życia z ostatnich dwóch tygodni.

		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony, ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z jakości swojego życia?	1	2	3	4	5
2	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) ze swojego zdrowia?	1	2	3	4	5

Następne pytanie dotyczą nasilenia stanów, których Pan(i) doznawał(a) w ciągu 2 tygodni.

		Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
3	Jak bardzo ból fizyczny ogranicza Pana(nią) robić to, na co Pan(i) ma ochotę?	1	2	3	4	5

Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

4	W jakim stopniu potrzebuje Pani Pan(i) leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania?	1	2	3	4	5
5	Ile ma Pan(i) radości w życiu?	1	2	3	4	5
6	W jakim stopniu ocenia Pan(i), że Pana(i) życie ma sens?	1	2	3	4	5
		Wcale	Trochę	Dość łatwo	Bardzo łatwo	Niezwykle łatwo
7	Czy dobrze koncentruje Pan(i) uwagę?	1	2	3	4	5
		Wcale	Trochę	Średnio	Bardzo bezpieczny	Niezwykle bezpieczny
8	Jak bezpiecznie czuje się Pan(i) w swoim codziennym życiu?	1	2	3	4	5
		Wcale	Trochę zdrowa	Średnio zdrowa	Bardzo zdrowa	Niezwykle zdrowa
9	W jakim stopniu Pańskie otoczenie sprzyja zdrowiu?	1	2	3	4	5

Poniższe pytania dotyczą tego jak Pan(i) czuje się i jak się Panu(i) wiodło w ciągu ostatnich 2 tygodni.

		Wcale	Trochę	Średnio	Prawie wystarczająco	Całkowicie wystarczająco
10	Czy ma Pan(i) wystarczająco energii w codziennym życiu?	1	2	3	4	5
		Wcale	Trochę	Średnio	W większości	Całkowicie
11	Czy jest Pan(i) w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)?	1	2	3	4	5
		Wcale	Trochę	Średnio	Prawie wystarczająco	Całkowicie wystarczająco
12	Czy ma Pan(i) wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	1	2	3	4	5
		Wcale	Trochę	Średnio	W większości	Całkowicie
13	Na ile dostępne są informacje, których może Pan(i) potrzebować w codziennym życiu?	1	2	3	4	5

		Wcale	Niewielkim	Średnim	Prawie wystarczającym	Całkowicie
14	W jakim stopniu ma Pan(i) możliwość takiego spędzania wolnego czasu jak by Pan(i) chciał?	1	2	3	4	5
		Bardzo źle	Źle	Ani źle ani dobrze	Dobrze	Bardzo dobrze
15	W jakim stopniu Pan(i) może się poruszać?	1	2	3	4	5

		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony, ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
16	Czy zadowolony(a) jest Pan(i) ze swojego snu?	1	2	3	4	5
17	W jakim stopniu jest Pan(i) Zadowolony(a) ze swojej wydolności w życiu codziennym?	1	2	3	4	5
18	W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(a) ze swojej zdolności do pracy (zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu)?	1	2	3	4	5
19	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z samego(ej) siebie ?	1	2	3	4	5
20	Czy jest Pan(i) zadowolony/-a ze swoich osobistych relacji z ludźmi ?	1	2	3	4	5
21	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) ze swojego życia seksualnego?	1	2	3	4	5
22	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z oparcia, wsparcia, jakie dostaje Pan(i) od swoich przyjaciół?	1	2	3	4	5
23	Jak bardzo jest Pan(i) zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych?	1	2	3	4	5
24	Jak bardzo jest Pan(i) zadowolony(a) z dostępności do opieki medycznej?	1	2	3	4	5
25	Czy jest Pan(i) ze swoich możliwości przemieszczania się ?	1	2	3	4	5

Poniższe pytanie odnosi się do częstotliwości doznań, jakich Pan doświadczał w okresie ostatnich 4 tygodni.

		Nigdy	Rzadko	Dość często	Bardzo często	Zawsze
26	Jak często doświadczał(a) Pan(i) negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja?	5	4	3	2	1

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Kuś J., Grochowska A., Kołpa M., Łabuzek M., Kubik B. Porównanie jakości życia pacjentów geriatrycznych przebywających w Zakładach Opiekuńczo – Leczniczych z osobami starszymi mieszkającymi z rodziną lub samotnie. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej 2020;5(2)87-103. Dostępny w Internecie: file:///C:/Users/48668/Downloads/PWOD_Art_41398-10.pdf Dostęp: 28.08.2022. - Kisvetrová H.Martincová L., Vévodová Š, Vévoda J. Ocena jakości życia osób korzystających z opieki domowej na podstawie domen ankiety WHOQOL-BREF w wybranych regionach Czech. Piel Zdr Publ. 2017;7(3):169–175. Dostępny w Internecie: https://pzp.umw.edu.pl/pdf/2017/7/3/issue.pdf Dostęp: 28.08.2022. - Pacian Anna, Kulik Teresa B., Chruściel Paweł, Mazurek-Sitarz Martyna, Sitarz Karol, Derewiecki Tomasz (2014). Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych. Hygeia Public Health. 49(4), 820-824. Dostępny w Internecie: https://www.researchgate.net/profile/Tomasz-Derewiecki/publication/301801931_Quality_of_life_and_risk_of_depression_among_elderly_people/links/5728dce208ae2efbfdb7e965/Quality-of-life-and-risk-of-depression-among-elderly-people.pdf Dostęp: 28.08.2022. - Pacian A., Kulik T.B., Chruściel P., Mazurek-Sitarz M., Sitarz K., Derewiecki T. Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych. Hygeia Public Health 2014;49(4): 820-824. Dostępny w Internecie: http://www.h-ph.pl/hyg.php?opc=A-R&lng=pl&art=439 Dostęp: 28.08.2022. - Piprek P., Młynarska A. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2018;7(4): 89-92. Dostępny w Internecie: http://wspolczesnepielęgniarstwo.pl/assets/streszczenia/04_2018.pdf Dostęp: 28.08.2022. - Thewjitharoen Y., Yenseung N., Malidaeng A., Butadej S., Chotwanvirat P., Krittiyawong S., Thammawiwat C., Himathongkam T. Effectiveness of Insulin Degludec in Thai Patients with Diabetes Mellitus: Real-World Evidence From a Specialized Diabetes Center. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2021 Sep;129(9):666-673. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31597169 Dostęp: 28.08.2022. - Zwolińska J., Weres A., Wyszynska J. One-Year Follow-Up of Spa Treatment in Older Patients with Osteoarthritis: A Prospective, Single Group Study. Biomed Res Int. 2018 Jul 2;2018:7492106. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30065943 Dostęp: 28.08.2022. - Lin S.C., Lin K.H., Lee Y.C., Peng H.Y., Chiu E.C. Test-retest reliability of the Mini Nutritional Assessment and its relationship with quality of life in patients with stroke. PLoS One. 2019 Jun 20;14(6):e0218749. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31220156 Dostęp: 28.08.2022. - Gartland N., Long H., Skevington S.M. Undiagnosed cancer symptoms in the community: does poor quality of life influence the decision to seek help? Qual Life Res. 2019 May;28(5):1327-1335. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30671707 Dostęp: 28.08.2022.

	10. Goes M., Lopes M., Marôco J., Oliveira H., Fonseca C. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF(PT) in a sample of elderly citizens. Health Qual Life Outcomes. 2021 May 17;19(1):146. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34001152 Dostęp: 28.08.2022.
--	--

II.5.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.B.1. Skala Oceny Psychogeriatrycznej
Nazwa skali w języku angielskim	Psychogeriatric Assessment Scales
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Anthony Francis Jorm
Państwo	Australia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	PAS jest wystandaryzowanym wywiadem, który za pomocą zestawu pytań ocenia zmiany obserwowane w demencji i depresji. Istnieją trzy składowe skali opierające się na wywiadzie z pacjentem (zaburzenia funkcji poznawczych, depresja, udar) i trzy z wywiadu z opiekunem pacjenta (pogorszenie funkcji poznawczych, zmiana zachowania, udar).
Źródło bibliograficzne	Jorm A.F., MacKinnon A.J., Christiansen H. et al. (1997) The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS) furtherdata on psychometric properties and validity from a longitudinal study of the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry 12: 93-100.
Źródło on-line	
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.B.2. Ocena potrzeb osób starszych według Camberwell
Nazwa skali w języku angielskim	Camberwell Assessment of Need for the Elderly
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Martin Orrell
Państwo	Anglia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	To międzynarodowe narzędzie do oceny potrzeb osób starszych. Potrzeby oceniane są w dwudziestu czterech obszarach życia i obejmują szeroki zakres domen zdrowotnych, społecznych i psychologicznych. Uwzględniono również dwie pozycje, które mierzą potrzeby osób opiekujących się osobą starszą. CANE nadaje się do stosowania w badaniach naukowych, praktyce klinicznej oraz do oceny usług zdrowotnych i socjalnych świadczonych na rzecz osób starszych. CANE służy do oceny szeroko rozumianych potrzeb w 22 obszarach, z jednoczesną oceną ich zaspokojenia. Jeśli udzielana jest pomoc, formalna bądź nieformalna, umożliwia ocenę poziomu tej pomocy. Badania porównujące ocenę potrzeb dokonaną przez personel i pacjentów wskazują, że obie grupy podają podobną liczbę potrzeb, ale w innych obszarach; zgadzają się w większości co do potrzeb zaspokojonych, znacznie rzadziej natomiast w kontekście potrzeb niezaspokojonych.

Źródło bibliograficzne	Orrell M., Hancock G. (2003) Needs Assessment In Older People: the Camberwell Assessment of Need for the Elderly. London: Gaskell.
Źródło on-line	K, Mangen SP, et al. Principles and practice of measuring needs in the longterm mentally ill: The MRC Leeds for care assessment. Psychol Med 1987; 17: 971-981

II.5.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.C.1. DOS
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Delirium Observation Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brak doniesień
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	DOSS (The Delirium Observation Screening Scale) opiera się na kryteriach delirium DSM-IV i składa się z 25-iteń. Czas przeprowadzania przesiewowego badania pacjenta z użyciem tej skali wynosi 5-10 min. Została ona zaprojektowana do stosowania przez pielęgniarki podczas rutynowej opieki nad pacjentem w celu wykrycia wczesnych objawów majaczenia. Następnie została zredukowana do 13-iteń i jest obecnie znana jako DOS (Delirium Observation Scale). Jest to pielęgniarska skala do przesiewowej oceny neuropsychiatrycznej, służąca do wykrycia objawów klinicznych majaczenia u chorych znajdujących się w grupie ryzyka (ostre zachorowanie, zaburzenia funkcji poznawczych). Czas badania wynosi poniżej 5 min. Uzyskanie 3 lub więcej punktów w tej skali wymaga wdrożenia interwencji nefarmakologicznych i farmakologicznych, mających na celu zapobieganie występowaniu delirium oraz leczenie.
Źródło bibliograficzne	Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. Res Theory Nurs Pract. 2003;17:31–50. Schuurmans MJ, Donders RT, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. Delirium case finding: pilot testing of a new screening scale for nurses. J Am Geriatr Soc. 2002;50:S3.
Źródło on-line	Bień B, Broczek K (red.) Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012. Dostępny w Internecie: https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorów_programów.pdf Dostęp: 02.10.2022
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.C.2. skala Katza (Activities of Daily Living, ADL)
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Katz ADL (Activities of Daily Living)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Sidney Katz S., Amasa B. Ford, Roland W. Moskowitz, Beverly A. Jackson, Marjorie W. Jaffe

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala stosowana jest do oceny wydolności funkcjonalnej badanego w zakresie sześciu podstawowych, samoobsługowych czynności życia codziennego. Umożliwia ocenę możliwości chorego w zakresie przemieszczania się, spożywania posiłków, kontrolowania czynności fizjologicznych oraz utrzymania higieny ciała. Czas trwania badania to 2-4 min. Wynik oceny oscyluje w granicach od 0 do 6 punktów. Skala pozwala na wyodrębnienie trzech grup sprawności badanych (5–6 punktów – pełna sprawność, 3–4 punkty – umiarkowana niesprawność, 0–2 punkty – ciężka niesprawność). Niezdolność do zaspokojenia potrzeb oznacza znaczną niesprawność badanego. Wymaga on wówczas stałej opieki, niekiedy opieki instytucjonalnej oraz konieczności dokonania analizy jego sytuacji społecznej. Popularna skala, szeroko stosowana w ocenie sprawności funkcjonalnej pacjentów, w całościowej ocenie geriatrycznej.
Źródło bibliograficzne	Katz S., Ford A.B, Moskowitz R.W, Jackson B.A., Jaffe M.W. Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American medical Association 1963, 185,914-919. Wysokiński M., Fidecki W., Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M., Karajewska-Kuła E. (red.), Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2016:30-45.
Źródło on-line	https://www.mp.pl/geriatria/skale/131454,skala-adl-wedlug-katza
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.C.3. skala Lawtona (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Lawton scale (IADL, Instrumental Activities of Daily Living)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	M. Powell Lawton, Brody E.M.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Badanie jest wykonywane wówczas, gdy pacjent w badaniu ADL osiąga wysoki wynik punktowy, co oznacza, że zaspokaja swoje potrzeby podstawowe. Skala IADL służy do oceny sprawności badanego w złożonych czynnościach życia codziennego takich jak: sprzątanie, gotowanie, pranie, bieżące naprawy, możliwość robienia zakupów, umiejętność gospodarowania pieniędzmi, korzystania z telefonu, przygotowywania i przyjmowania leków. Punktacja jaką otrzymuje badany w ocenie poszczególnych czynności zawiera się w przedziałach: 3 pkt. – bez pomocy, 2 pkt. - z pomocą, 1 punktu – zupełnie nie radzi sobie w danym zakresie. Przy pełnej niezależności pacjent otrzymuje 24 punkty. Bezwzględna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Spadek liczby punktów w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego badanego. Czas trwania badania to 3-5 min. Popularna skala, szeroko stosowana w ocenie sprawności funkcjonalnej pacjentów, w całościowej ocenie geriatrycznej.
Źródło bibliograficzne	Lawton M.P., Brody E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969,9,179-186. Wysokiński M., Fidecki W., Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M., Karajewska-Kuła E. (red.), Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2016:30-45.
Źródło on-line	https://www.mp.pl/geriatria/skale/131457,skala-i-adl-wedlug-lawtona

Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.5.C.4. Krótki przesiewowy test funkcji poznawczych
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Test Mini-Cog
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brak doniesień
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie jest przeznaczone do weryfikacji obecności otępienia u osób starszych. Mini-Cog to mało czasochłonna metoda, na którą składają się kolejno: zapamiętywanie trzech słów, narysowanie tarczy zegara, odtworzenie uprzednio zapamiętanych wyrazów. Mini-Cog pozwala na wstępną ocenę zdolności zapamiętywania i odtwarzania oraz funkcji wykonawczych i wzrokowo-przestrzennych. Brak powodzenia w przypominaniu słów po odroczeniu nasuwa podejrzenie otępienia. Przypomnienie wszystkich słów wskazuje na brak zaburzeń. Kiedy pacjent poda tylko jedno lub dwa słowa, decydująca jest poprawność rysunku tarczy zegara. Jeśli zegar został narysowany nieprawidłowo, prawdopodobnie mamy do czynienia z procesem otępiennym. Pomimo swojej prostoty Mini-Cog jest narzędziem, które ocenia zarówno pamięć bezpośrednią, jak i odroczoną, a także wybrane aspekty językowe (rozumienie i wykonywanie poleceń, powtarzanie) oraz funkcje wzrokowo-przestrzenne i wykonawcze.
Źródło bibliograficzne	Borson S, Scanlan JM, Chen P et al.: The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1451–1454.
Źródło on-line	Universal Mini-Cog™ Instrument (2016). Available from: Mini-Cog© – Quick Screening for Early Dementia Detection

II.6. Opieka paliatywna

Kwiatkowska Magdalena, Dynowska Agnieszka

II.6.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II.6.A.1. Skala RSCL
- II.6.A.2. Skala STAS
- II.6.A.3. Skala ESAS
- II.6.A.4. Skala HADS - M
- II.6.A.5. MMRC
- II.6.A.6. DOLOPLUS - 2
- II.6.A.7. SKALA KARNOFSKY'EGO
- II.6.A.8. NRS
- II.6.A.9. Skala Likerta
- II.6.A.10. Skala Barthel

II.6.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II.6.B.1. The Cancer Dyspnea Skale

II.6.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II.6.C.1. Kwestionariusz Melzacka
- II.6.C.2. Wizualna skala analogowa
- II.6.C.3. Skala ECOG

II.6.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal		OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.1. RSCL Rotterdamska Lista Objawów		
Nazwa skali w języku angielskim	The Rotterdam Symptom Checklist		
Skrót	RSCL		
Wersja skali	Właściwa: RSCL Rotterdamska Lista Objawów Skrócona: RSCL Rotterdamska Lista Objawów (wersja przystosowana do badań pacjentów w stanie terminalnym)		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	de Haes J.C.M., Olschewski M., Fajers P., Visser M.R.M., Cull A., Hopwood P., Sanderman R.	
	Rok publikacji	1996 r.	
	Źródło	de Haes J.C.M., Olschewski M., Fajers P., Visser M.R.M., Cull A., Hopwood P., Sanderman R., Measuring the quality of life of cancer patients with the Rotterdam Syndrom Checklist (RSCL), Northern Centre for Health Care Research (NCH), University of Groningen. The Netherlands.1996[1]	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Majkowicz M, de Walden – Gałuszko K.	
	Rok publikacji	2000 r.	
	Źródło	De Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, Podręcznik dla lekarzy POZ oraz zespołów paliatywno – hospicyjnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000.[2]	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	RSCL jest narzędziem do pomiaru jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową [1]	
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Pacjenci z chorobą nowotworową. W przypadku gdy pacjent w badaniu przedmiotowym prezentuje cechy zespołu otępiennego, przed zastosowaniem skali RSCL, należy ocenić stan poznawczy pacjenta za pomocą testu MMSE („mini mental”)	
	Struktura skali	Skala RSCL wersja przystosowana do badań pacjentów w stanie terminalnym, obejmuje 4 obszary życia: skalę objawów fizycznych, skalę objawów psychicznych, poziom aktywności oraz ogólną jakość życia. Pytania dotyczące objawów psychicznych umieszczane są pomiędzy pytaniami dotyczącymi objawów z innych obszarów, po to, aby nie budzić u badanych skojarzeń, że podejrzewa się u nich zaburzenia psychiczne [2]. Analiza częstości odpowiedzi, oraz reakcje pacjentów na treść pytań, była podstawą do usunięcia objawów z wersji oryginalnej RSCL: objawu 16 – tego: „spadek zainteresowania seksem” oraz objawu 27 – mego: „utrata włosów” [3, 4]	
	Orientacyjny czas badania	Ok 10 minut	

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Szacowania rzetelności Rotterdamskiej Listy Objawów dokonano za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha. Oryginalne badania walidacyjne RSCL prowadzone na próbie duńskiej pacjentów z chorobą nowotworową, wskazują na wysoką rzetelność tego narzędzia. [?] Stwierdzono również wysokie wskaźniki dla skal objawów fizycznych i psychicznych w krajach Europy, Australii i Ameryki[5,6,7,8]. W Polsce do grupy badawczej włączono pacjentów objętych opieką paliatywną na terenie Trójmiasta w okresie od czerwca 1999 roku do czerwca 2000 roku [3] Skale RSCL w swej zmodyfikowanej wersji są czułe na stopień zaawansowania choroby.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci dorośli
	Miejsce badanych	Badani to pacjenci objęci ambulatoryjną opieką paliatywną lub przebywający w placówce stacjonarnej[9]
	Stan badanych	Pacjenci w stanie terminalnym choroby nowotworowej, będący w stanie dokonać samoopisu stanu [10].
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści – przeszkolony członek zespołu opieki paliatywnej.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Obliczanie wyników i ich analiza Pozycje skali dla obszaru fizycznego i poziomu aktywności wyrażone są w postaci czterostopniowej skali typu Likerta. Natomiast ogólną ocenę życia szacuje się na podstawie siedmiopunktowej skali Likerta. Objawy ze strony obszaru fizycznego: 1,3, 5, 7,8, 10, 12,13,14, 15, 18, 20, 21,22, 23, 24, 25,26,28, 29,30. Objawy z obszaru psychicznego: 2,4,6,9,11,17, 19. Wyniki surowe oblicza się w sposób: – przy każdym z prezentowanych objawów obszaru fizycznego i psychicznego, są 4 kolumny przeznaczone do oceny ich nasilenia; – od pierwszej lewej kolumny do czwartej przypisuje się im następujące wartości: 1 punkt – wcale, 2 punkty – raczej nie, 3 punkty – raczej tak, 4 punkty – bardzo znacznie; – poziom aktywności oznaczony jest podobnie z tą różnicą, że niskim wartościom odpowiada wyższe nasilenie zaburzenia danej funkcji, wysokim zaś mniejsze lub brak zaburzeń: 1 punkt nie zdolny, 2 punkty – zdolny z pomocą, 3 punkty – zdolny bez pomocy, 4 punkty – samowystarczalny; – skala ogólnej jakości życia obejmuje zakres, gdzie 1 punkt oznacza doskonałą jakość życia, a liczbą 7 – wyjątkowo złą jakość życia Standaryzacja wyników Aby ułatwić przeprowadzenie analiz porównawczych indywidualnych, jak i porównania badanych grup, można wykonać standaryzację wyników surowych. Autorzy skali zaproponowali, aby standaryzację dokonywać poprzez transformację wyników surowych na skalę 100 - stopniową o zakresie 0 – 100 punktów [3]. Zastosowano wzór: $WT = \frac{WS - MinWSk}{MaxWSk - MinWSk} \times 100$	

	Gdzie: WT – wynik transformowany; WS – uzyskany wynik surowy dla każdej badanej osoby (suma punktów w skali); MinWSk – minimalny wynik w skali (możliwy do uzyskania) Max WSk – maksymalny wynik w skali (możliwy do uzyskania). Objaśnienia Wartości średnie dla „obszaru fizycznego” oraz „obszaru psychicznego” wyrażone są w postaci po transformacji na skalę 100-tu stopniową i po zmianie „kierunku” wyników surowych. Wyższe wartości odpowiadają wyższej jakości życia w danym obszarze. W skali dotyczącej aktywności, wyższe wartości odpowiadają gorszej aktywności [2]
--	--

RSCL**Rotterdamska Lista Objawów****(wersja przystosowana do badań pacjentów w stanie terminalnym)**

(adaptacja do polskich warunków: K. de Walden – Gałuszko, M. Majkowicz)

Inicjały Data badania.....

PROSZĘ POSTAWIĆ KRZYŻYK W KRATCE ZAZNACZAJĄC ODPOWIEDŹ, KTÓRA NAJLEPIEJ ILUSTRUJE STAN PANA(I) ZDROWIA W OSTATNIM TYGODNIU

	wcale	raczej nie	raczej tak	bardzo znac- nie
brak apetytu (1)				
drażliwość, irytacja (2)				
zmęczenie, znużenie (3)				
martwienie się (4)				
ból mięśni (5)				
depresyjny nastrój (6)				
brak energii (osłabienie) (7)				
bóle krzyża, pleców (8)				
nerwowość (9)				
nudności (10)				
poczucie beznadziejności (11)				
trudności ze snem (12)				
bóle głowy (13)				
wymioty (14)				

	wcale	raczej nie	raczej tak	bardzo znac- nie
zawroty głowy (15)				
napięcie (17)				
bóle brzucha (18)				
lęk (19)				
zaparcia (20)				
biegunka (21)				
zgaga, odbijanie (22)				
drżenie (23)				
mrowienie rąk i nóg (24)				
trudność koncentracji (25)				

zmiany w jamie ustnej, bóle przełykania (26)				
pieczenie/ ból oczu (28)				
duszność/ krótki oddech (29)				
suchość w ustach (30)				

Aktywność

PONIŻEJ PODANO SZEREG FORM AKTYWNOŚCI, NIE JEST DLA NAS WAŻNE, KTÓRE Z TYCH CZYNNOŚCI PAN(I) WYKONUJE, LECZ KTÓRĄ JEST PAN(I) W STANIE ZROBIĆ W CHWILI WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA. PROSZĘ WSKAZAĆ TĘ CZYNNOŚĆ, KTÓRĄ MÓGL (MOĞŁA) PAN(I) WYKONAĆ W OSTATNIM TYGODNIU

	niezdolny	zdolny z pomocą	zdolny bez pomocy, ale z trudem	samowystarczalny
samoobsługa (mycie się)				
chodzenie po domu				
zajmowanie się pracami domowymi				
wchodzenie po schodach				
dorywca praca				
wychodzenie z domu				

BIORĄC POD UWAGĘ POWYŻSZE ELEMENTY, PROSZĘ WSKAZAĆ SVOJĄ JAKOŚĆ ŻYCIA W OSTATNIM TYGODNIU

bardzo dobra	
dobra	
raczej dobra	
przeciętna (ani dobra ani zła)	
raczej zła	
zła	
bardzo zła	

Kwestionariusz RSCL [2]

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- de Haes J.C.M., Olschewski M., Fajers P., Visser M.R.M., Cull A., Hopwood P., Sanderman R., Measuring the quality of life of cancer patients with the Rotterdam Syndrom Checklist (RSCL), Northern Centre for Health Care Research (NCH), University of Groningen. The Netherlands.1996 - De Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, Podręcznik dla lekarzy POZ oraz zespołów paliatywno – hospicyjnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. - de Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.(red), Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. - Majkowicz M., de Walden – Gałuszko K., Adaptacja skali RSCL do badania jakości życia pacjentów w terminalnym okresie choroby w warunkach polskich, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000.

	5. Ravaoli A., Buda P., Fava C., Paci E., Tononi A., Riva N., Zanotti M., Assessment of the RSCL quality of life instrument during chemotherapy in an Italian setting. Qual Life Res. 1996 Oct;5(5):491-495. 6. Smyth E.N., Shen W., Bowman L., Peterson P., John W., Melemed A., Liepa A.M., Patient-reported pain and other quality of life domains as prognostic factors for survival in a phase III clinical trial of patients with advanced breast cancer, Health Qual Life Outcomes. 2016 Mar 25;14-52. 7. Stein K.D., Denniston M., Baker F., Dent M., Hann D.M., Bushhouse S., West M.J., Pain Symptom Manage. 2003 Nov;26(5):975-989. 8. Delgado-Sanz M.C., García-Mendizábal M.J., Pollán M., Forjaz M.J., López-Abente G., Aragonés N., Pérez-Gómez B., Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2011 Jan 14;9-13 9. Ciałkowska – Rysz A., Dzierżanowski T.(red), Medycyna Paliatywna. Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019. 10. De Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001.
--	---

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.2. STAS	
Nazwa skali w języku angielskim	STAS The Support Team Assessment Schedule	
Skrót	STAS	
Wersja skali	Właściwa: STAS The Support Team Assessment Schedule Skrócona: STAS (wersja skrócona dla potrzeb badania pacjentów w stanie terminalnym)	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Higginson I.
	Rok publikacji	1993 r.
	Źródło	Higginson I., Audit Methods: Validation and In-patient Use [w] Higginson I(red), Clinical Audit in Palliative Care. Radcliffe Medical Pres, Oxford and New York, 1993[1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	K. de Walden – Gałuszka, M. Majkowicz
	Rok publikacji	2000 r.
	Źródło	De Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, Podręcznik dla lekarzy POZ oraz zespołów paliatywno – hospicyjnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000[2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	STAS wersja zmodyfikowana jest narzędziem do pomiaru jakości życia pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej [3]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Pacjenci z chorobą nowotworową w jej terminalnym stadium.
	Struktura skali	W oryginalnej wersji skala STAS składa się z 17 pozycji. Dziesięć z nich dotyczy pacjentów i ich rodzin, kolejnych siedem odnosi się do systemu opieki i członków zespołu.

		wspomniane pozycje można podzielić na grupy: – objawy fizyczne (2 pozycje – kontrola bólu i innych objawów); – objawy emocjonalne (2pozycje – lęk pacjenta i jego wiedza o prognozie); – duchowość i kryzys wiary (1 – pozycja duchowość); – rodzina i bliscy opiekunowie (2 pozycje – lęk rodziny i ich wiedza o prognozie); – komunikacja – porozumiewanie się (3pozycje – komunikacja pomiędzy pacjentem a rodzina, komunikacja pomiędzy członkami zespołu a rodziną, komunikacja pomiędzy członkami zespołu); – planowanie dla umierającego (2pozycje – planowanie i przewidywanie); – aspekt socjalny i obsługa (3 pozycje – marnowanie czasu, praktyczna pomoc i finanse); – doradcza rola zespołu (2 pozycje – lęk zespołu, udzielanie rad przez specjalistów). W ocenie pacjenta w każdym obszarze stosuje się 5-cio punktową skalę (0,1,2,3,4). „0” wpisuje się gdy opisywany problem w ogóle nie istnieje, a „4”, kiedy problem jest nasilony w znacznym stopniu. Modyfikacja skali STAS na potrzeby opieki nad pacjentami w stanie terminalnym wymagała radykalnego jej skrócenia. Uznano, że na użytek oceny efektywności opieki w warunkach domowych przydatna jest 1 – szą część metody, to jest pozycje od 1 – 9. Brano pod uwagę fakt, że najczęściej ambulatoryjna opieka domowa sprawowana jest przez jedną osobę, więc pozycja 9 w skali STAS „komunikacja pomiędzy członkami zespołu” nie jest przydatna. Na miejsce 9 może być wstawiony inny objaw, uznany za ważny przez badacza i oceniany w kolejnych badaniach. Nie może on być jednak włączany do sumy punktów w analizach statystycznych[4].
	Orientacyjny czas badania	Ok 5 minut, jednak w miarę czasu trwania opieki i dokonywania systematycznych ocen, czas ten znacznie się skraca i zajmuje 1-2 minut na pacjenta[3]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W badaniach dotyczących poprawy jakości opieki u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej skala STAS była stosowana jako rutynowe narzędzie przez zespoły specjalistyczne Rzetelność STAS była szacowana poprzez powtarzanie badań, w krótkim czasie po sobie (test - retest), oraz za pomocą zgodności wewnętrznej. Całość wyników badań dotyczących rzetelności, wskazuje na to że jest to narzędzie rzetelne [3] Narzędzie to spełnia warunki psychometryczne [1] Skala STAS jest narzędziem często wykorzystywanym i walidowanym do swoich warunków, przez badaczy z wielu ośrodków na świecie [5,6,7,8,9,10]. Kwestionariusz STAS był prekursorem narzędzia Palliative Care Outcome Scale[11]

Opieka paliatywna

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci dorośli
	Miejsce badanych	Badani to pacjenci objęci ambulatoryjną opieką paliatywną
	Stan badanych	Pacjenci w stanie terminalnym choroby nowotworowej.
	Sytuacje	Skala STAS obejmuje szeroki kontekst sytuacyjny pacjenta poczynając od kontroli objawów poprzez aspekty socjalne i duchowe, aż do oceny jakości komunikowania się personelu z pacjentem i pacjenta z rodziną [12].
	Inne	Jedną z usterek STAS jest to, że ocena opiera się głównie na profesjonalistach, którzy świadomie bądź nieświadomie mogą wykazywać pewną stronniczość. Z tego między innymi powodu podejmuje się próby modyfikacji tego narzędzia. Jedną z nich podjął Edmonds ze współpracownikami [9]. Zmodyfikowana wersja STAS o nazwie E – STAS jest według niego narzędziem bardziej trafnym, gdyż umożliwia samemu pacjentowi wypełnienie kwestionariusza.
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści – przeszkolony członek zespołu opieki paliatywnej[2]	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Sposoby oceny skali STAS Tłumaczenie: Krystyna de Walden – Gałuszko, Mikołaj Majkowicz, Jolanta Cerebież – Terebicka	
	Ogólne zasady punktowania – Problemy i potrzeby pacjentów oceniane są w 5 – punktowej skali (0-4) podczas pierwszego kontaktu z chorym i potem co tydzień aż do śmierci; – wysoki wynik odpowiada dużemu nasileniu objawów lub poczuciu dyskomfortu pacjenta, a niski łączy się z małym nasileniem ocenianych objawów czy problemów; – rodzina, czy najbliżsi opiekunowie pacjenta (rodzice, przyjaciele, partnerzy) mogą zmieniać się podczas całego okresu opieki; – inni profesjonalści to inne osoby profesjonalnie zajmujące się opieką włączając lekarzy rejonowych/rodzinnych, pielęgniarki rejonowe/środowiskowe, pracowników socjalnych oraz personel szpitala; – zapisujemy liczbę „9” jeżeli nie możemy ocenić stanu pacjenta; – zapisujemy liczbę „8” jeśli ocena nie była możliwa do wykonania (np. ocena lęku rodziny przy braku rodziny); – zapisujemy liczbę „7” we wszystkich pozycjach skali gdy w ciągu tygodnia nie było kontaktu z pacjentem lub jego rodziną. Zapis i sposób obliczania wyników – Nie można obliczać ogólnego wyniku, jeśli mamy brakujące pozycje (np. kody „7” lub „9”). Jeśli zachodzi taka potrzeba, należy przeprowadzić ekstrapolację na podstawie znanych wcześniej (występujących) zapisów. NP. nie znamy pozycji „niepokój rodziny” w pierwszym tygodniu, a znamy w drugim tygodniu i oznaczamy ten stan jako „2”, to możemy w pierwszym tygodniu zapisać jako „2”; – Jeżeli mamy zapis „8”, tzn w danym tygodniu ocena nie była możliwa, np. z powodu braku rodziny, to możemy tę pozycję ocenić jako „0” zakładając brak rodziny przez cały okres opieki.	

	Podstawowe 9 pozycji. Do oceny wszystkich pacjentów Kontrola bólu 0 – brak 1 - sporadyczny, ćmiący pojedynczy objaw. Uwolnienie się od bólu nie stanowi dla pacjenta problemu 2 - umiarkowany distres, sporadycznie złe dni, ból ogranicza aktywność możliwą do wykonania w aktualnym stanie choroby 3 – silny ból często obecny. Aktywność i koncentracja znacznie ograniczona przez ból 4 – silny, ciągły przytłaczający ból. Niezdolność do myślenia o innych sprawach Kontrola innych objawów Ocena wpływu na pacjenta (bez włączania w to bólu) 0 – brak 1 – sporadyczny, ćmiący pojedynczy objaw. Pacjent zachowuje zwykłą aktywność i uwolnienie się od bólu nie stanowi dla pacjenta problemu 2 - umiarkowany distres, sporadycznie złe dni, oceniany objaw ogranicza aktywność możliwą do wykonania w aktualnym stanie choroby 3 – silnie wyrażony objaw(y), często obecny. Aktywność i koncentracja znacznie ograniczona przez ten objaw 4 – silny, ciągły przytłaczający objaw. Niezdolność do myślenia o czymś innym Lęk pacjenta Oddziaływanie lęku na pacjenta: 0 - brak 1 – niepokój o ewentualne zmiany. Brak fizycznych lub behawioralnych objawów lęku. Koncentracja nie zaburzona 2 – oczekiwanie na zmiany lub problemy: drażliwość. Sporadycznie występują fizyczne lub behawioralne objawy lęku 3 – często występujący lęk i fizyczne/behawioralne objawy. Znacznie zaburzona koncentracja 4 – ciągły i całkowicie absorbujący lęk. Niemożliwość myślenia o innych sprawach Lęk rodziny Oddziaływanie lęku na rodzinę pacjenta: Rodzina – najbliżsi opiekunowie pacjenta. Proszę zaznaczyć w miejscu przeznaczonym na komentarze, kto to jest np. rodzice, partner, przyjaciel. NB to może ulegać zmianie. Proszę te zmiany odnotować w komentarzu: 0 – brak 1 – niepokój o ewentualne zmiany. Brak fizycznych lub behawioralnych objawów lęku. Koncentracja nie zaburzona 2 - oczekiwanie na zmiany lub problemy: drażliwość. Sporadycznie występują fizyczne lub behawioralne objawy lęku 3 - często występujący lęk i fizyczne/behawioralne objawy. Znacznie zaburzona koncentracja 4 – ciągły i całkowicie absorbujący lęk. Niemożliwość myślenia o innych sprawach Wiedza pacjenta o prognozie (wgląd pacjenta) Pacjenta znajomość prognozy 0 – pełna świadomość pacjenta 1 – prognoza zbyt optymistyczna, powyżej 200% rzeczywistego stanu. Np. pacjent myśli o prognozie przeżycia około 6 miesięcy, gdy w rzeczywistości prognoza ta wynosi 2 do 3 miesięcy
--	--

	2 – niepewność co do perspektywy poprawy lub długiego okresu przeżycia. Np. pacjent mówi „niektórzy ludzie na to umierają, mnie też to może spotkać” 3 – nierealistyczna ocena. Np. oczekuje powrotu do normalnej aktywności lub pracy w ciągu roku podczas, gdy prognoza przeżycia wynosi tylko 3 miesiące 4 – oczekuje pełnego wyzdrowienia Rodziny wiedza o prognozie (wgląd rodziny) Świadomość rodziny o prognozie 0 – pełna znajomość prognozy 1 - prognoza zbyt optymistyczna, powyżej 200% rzeczywistego stanu. Np. rodzina myśli o prognozie przeżycia około 6 miesięcy, gdy w rzeczywistości prognoza ta wynosi 2 do 3 miesięcy 2 - niepewność co do perspektywy poprawy lub długiego okresu przeżycia. Np. opiekun mówi „niektórzy ludzie na to umierają, jego/ją też to może spotkać” 3 – nierealistyczna ocena. Np. oczekuje powrotu pacjenta do normalnej aktywności lub pracy w ciągu roku podczas, gdy prognoza przeżycia wynosi tylko 3 miesiące 4 – oczekuje pełnego wyleczenia pacjenta Komunikacja między pacjentem a rodziną Głęboka i otwarta komunikacja pomiędzy pacjentem a rodziną: 0 – otwarta i szczerza komunikacja. Zarówno werbalna, jak i niewerbalna 1 – komunikacja otwarta czasami z niektórymi członkami rodziny, czasami z partnerem lub innymi członkami rodziny 2 – uznaje stan, ale dyskusja nie zadawała ani pacjenta ani rodziny, którzy czują, że pełne konsekwencje wynikające z choroby nie są omawiane, lub omawiane są tylko z partnerem a nie z rodziną 3 – nieuporządkowana, niesystematyczna ostrożna dyskusja 4 – udawanie, nieszczerze porozumiewanie się. Zupełny brak komunikacji Komunikacja pomiędzy członkami zespołu Szybkość, dokładność i głębokość informacji wymienianych między różnymi profesjonalistami. Informacje w pełni odzwierciedlają wszelkie trudności pacjenta i rodziny. Należy podać jakich profesjonalistów to dotyczy. 0 – szczegółowe prawidłowe informacje przekazywane dla wszystkich zaangażowanych tego samego dnia 1 – szczegółowe, prawidłowe informacje między kluczowymi osobami, a mniej dokładne i opóźnione między innymi członkami zespołu 2 – drobne zmiany w postępowaniu z chorym nie są w ogóle przekazywane. Duże, istotne zmiany są przekazywane z opóźnieniem ponad jednodniowym. Konsultacja odbywa się tylko pomiędzy kluczowymi osobami zespołu 3 – opóźnienie od kilku dni do tygodnia przed zawiadomieniem o istotniejszych zmianach w opiece nad pacjentem, np. o przeniesieniu go ze szpitala do lekarza rejonowego 4 – przedłużające się opóźnienie albo brak komunikacji. Profesjoniści nie wiedzą dokładnie, jacy specjaliści przychodzą i kiedy Przekaz informacji od członków zespołu do pacjentów i ich rodzin Dokładność informacji przekazywanych pacjentowi i jego rodzinie wtedy, kiedy tego oczekują od profesjonalistów 0 – pełna informacja. Pacjent i rodzina mogą swobodnie pytać personel o wszystko 1 – informacja jest przekazywana, ale brak wyjaśnienia (nie jest w pełni zrozumiana przez pacjenta lub rodzinę) 2 – fakty są przekazywane tylko na żądanie. Pacjent i rodzina mogliby chcieć więcej informacji
--	---

	3 – unikanie „wykręcanie się” od przedstawienia rzeczywistego stanu pacjenta i unikanie odpowiedzi na niektóre pytania 4 – unikanie odpowiedzi na pytania (lub unikanie spotkań z pacjentem lub jego rodziną) względnie podawanie nieprawdziwych informacji, które stresują pacjenta i rodzinę [2]
--	---

Skala STAS**(wersja skrócona dla potrzeb badania pacjentów w stanie terminalnym)****(The Support Team Assessment Schedule)**

(adaptacja do polskich warunków: K.de Walden – Gałuszko -M. Majkowicz)

Inicjały:.....

Nazwisko i imię:.....

	Data				
	Kolejny tydzień opieki	0	1	2	3
1	Kontrola bólu				
2	Kontrola innych objawów				
3	Lęk pacjenta				
4	Lęk rodziny				
5	Wiedza o prognozie – pacjent				
6	Wiedza o prognozie – rodzina				
7	Komunikacja pomiędzy pacjentem a rodziną				
8	Komunikacja pomiędzy członkami zespołu a rodziną i pacjentem				
9					
10					
	Razem 1 - 8				

Kwestionariusz STAS [2]

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Higginson I., Audit Methods: Validation and In-patient Use [w] Higginson I(red), Clinical Audit in Palliative Care. Radcliffe Medical Pres, Oxford and New York, 1993 2. De Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, Podręcznik dla lekarzy POZ oraz zespołów paliatywno – hospicyjnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. 3. de Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.(red), Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. 4. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001 5. Collins E.S., Witt J, Bausewein C., Daveson B.A., Higginson I.J., Murtagh F.E., A Systematic Review of the Use of the Palliative Care Outcome Scale and the Support Team Assessment Schedule in Palliative Care, Pain Symptom Manage. 2015 Dec;50(6):842-853

	6. Miyashita M., Matoba K., Sasahara T., Kizawa Y., Maruguchi M., Abe M., Kawa M., Shima Y., Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J), Palliative Support Care. 2004 Dec;2(4):379-85. 7. Nakajima N, Hata Y, Onishi H, Ishida M., The evaluation of the relationship between the level of disclosure of cancer in terminally ill patients with cancer and the quality of terminal care in these patients and their families using the Support Team Assessment Schedule. Am J Hosp Palliative Care. 2013 Jun;30(4):370-376. 8. Lagabriele D., Guyot F., Jasso G, Couturier P., Poussin G., Frossard M., Szabo P., Franco A., A French tool for evaluation of home palliative care: adaptation of the Support Team Assessment Schedule. Sante Publique. 2001 Sep;13(3):263-76. 9. Edmonds P.M., Stuttaford J. M., Penny J., Lynch A.M., Chamberlain J., Do hospital palliative care team improve symptom control? Use of modified STAS as an evolution tool., Palliative Medicine, 1998, 12, 345-351 10. Higginson J, Mc Carty M., A comparison of two measures of quality of life; their sensitivity and validity for patients with advanced cancer. Palliative Medicine 1994,8, 282-290. 11. Polański J., Chudiak A.K., Rosińczuk J., Kwestionariusze stosowane w ocenie wybranych objawów raka płuca, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3, 89–97 12. Ciałkowska – Rysz A., Dzierżanowski T.(red), Medycyna Paliatywna. Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019
--	---

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.3. ESAS	
Nazwa skali w języku angielskim	ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)	
Skrót	ESAS	
Wersja skali	Właściwa: ESAS Edmonton Symptom Assessment System Zmodyfikowana: ESAS-revised version (ESAS -r)	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Bruera E.
	Rok publikacji	1991
	Źródło	Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care. 1991; 7(2): 6–9, indexed in Pubmed: 1714502.[1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Majkiewicz M, Czuszyńska Z, Leppert W, Maszkowska-Kopij J
	Rok publikacji	1998 r.
	Źródło	Majkiewicz M, Czuszyńska Z, Leppert W, Maszkowska-Kopij J. Praktyczne wykorzystanie skali ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) w opiece paliatywnej. Nowotwory 1998; 48: 847-857[2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie stosowane w ocenie jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Ocena jakości życia i kontroli objawów u osób sprawnych umysłowo. Jeżeli w badaniu przedmiotowym pacjent prezentuje objawy zespołu otępiennego, przed zastosowaniem skali ESAS, należy ocenić stan poznawczy pacjenta za pomocą testu MMSE („mini mental”) [3]

	Struktura skali	Skala ESAS składa się z 10 wizualno – analogowych podskal zawierających 2 przeciwstawne bieguny – po lewej stronie najmniejsze natężenie objawu, natomiast po prawej stronie największe natężenie objawu. Na skali chory, w miejscu, które uzna za najbardziej właściwe, zaznacza natężenie bólu, zmęczenia, nudności, depresji, lęku, senności, apetytu, samopoczucia, duszności i jednego dodatkowego objawu wymienionego przez pacjenta. W polskiej wersji dodano dwa objawy: zaparcia stolca i wymioty[3,4]
	Orientacyjny czas badania	Badanie trwa kilka minut, w warunkach stacjonarnych wykonuje się je 2 razy dziennie.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W badaniach dotyczących poprawy jakości opieki u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej skala ESAS była stosowana jako rutynowe narzędzie przez zespoły specjalistyczne [4] Zastosowanie ESAS-r może mieć praktyczne przełożenie i stanowić cenną wskazówkę do kierunków pracy zespołu hospicyjnego z pacjentem w objętym opieką paliatywną. Modyfikowaną wersję skali ESAS porównano Z RSCL oraz BPI (Brief Pain Inventory). Autorzy stwierdzili, że zmodyfikowana skala ESAS jest trafnym i rzetelnym narzędziem oceny nasilenia objawów u pacjentów objętych opieką paliatywną, w różnych jej formach [5] Zespół badaczy zajmujących się praktycznym zastosowaniem skali ESAS wykazał, że omawiana skala może być także przydatnym narzędziem do porównań efektywności leczenia w różnych ośrodkach opieki paliatywnej [2, 6,7] Wersja oryginalna skali ESAS została walidowana w wielu krajach, między innymi Francji[8], Włoszech[9] i Wielkiej Brytanii [10]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci dorośli
	Miejsce badanych	Badani to pacjenci objęci ambulatoryjną lub stacjonarną opieką paliatywną, a także przebywający w szpitalu [3,9]
	Stan badanych	Pacjenci w stanie terminalnym choroby nowotworowej.
	Sytuacje	Skala ESAS stosuje się u pacjentów w celu kontroli objawów i ich dynamiki
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści – przeszkolony członek zespołu opieki paliatywnej.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik badania ustalany jest poprzez pomiar odległości od lewego końca linii do miejsca zaznaczonego przez chorego i wyrażany w milimetrach. Poniżej ostatniej linii z objawami znajduje się dodatkowa linia tej samej długości, na której chory może dokonać oceny dokuczliwego objawu dodatkowego. Wyniki uzyskane poprzez w/w pomiary są następnie przedstawiane w formie graficznej w sposób podobny do wykresu temperatury na karcie gorączkowej. Umożliwia to w prosty sposób uwidocznienie zmian w natężeniu poszczególnych objawów, w czasie prowadzenia badań. Pacjentom, którzy mają trudności ze zrozumieniem i wykonaniem polecenia można zaproponować skalę cyfrową od 1 do 10 punktów. [3,11]	

Opieka paliatywna

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS – r) Proszę zakreślić liczbę, która najlepiej opisuje Pani/Pana samopoczucie w chwili obecnej															
Brak bólu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo silny ból			
Brak zmęczenia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo silne zmęczenie			
Brak nudności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilone nudności			
Brak wymiotów	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilone wymioty			
Brak zaparcia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilone zaparcia			
Bardzo dobry apetyt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Całkowity brak apetytu			
Bardzo dobre samopoczucie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo złe samopoczucie			
Brak duszności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilona duszność			
Brak przygnębienia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo duże przygnębienie			
Lęk nie występuje	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilony lęk			
Brak senności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo duża senność			
Inny objaw															
Brak.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilony			

Imię i nazwisko pacjenta:.....
 Data:.....
 Godzina:.....

Kwestionariusz Edmonton Symptom Assessment System [4]

Przegląd donie- sień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliative Care. 1991; 7(2): 6–9. 2. Majkowicz M, Czużyńska Z, Leppert W, Maszkowska-Kopij J. Praktyczne wykorzystanie skali ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) w opiece paliatywnej. Nowotwory 1998; 48: 847-857 3. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki palia-tywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001 4. de Walden – Gałuszko K., Ciałkowska – Rysz A.,(red), Forycka M, Leppert W., Medycyna Paliatywna, Ocena jakości życia i jakości opieki paliatywnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015

	5. Philip J., Smith W.B., Craft P., Lickis N., Konkurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the Brief Pain Inventory. Support Care Cancer 1998, 6, 539-541. 6. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, Podręcznik dla lekarzy POZ oraz zespołów paliatywno – hospicyjnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. 7. de Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.(red), Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. 8. Tricou C, Ruer M, Nikolaichuk C, et al. Transcultural Validation of the French Version of the Modified Edmonton Symptom Assessment Scale: The ESAS12-F. J Palliative Medicine. 2019; 22(12). 9. Moro C, Brunelli C, Miccinesi G, et al. Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings. Support Care Cancer. 2006; 14(1): 30–37. 10. Rees E., Hardy J., Ling J., Broadley K., A'Hern R., The use of the Edmonton Assessment Scale (ESAS) within a palliative care unit in UK. Palliative Medicine, 1998, 12, 75-82. 11. Majkowicz M, Czuszyńska Z, Leppert W, et al. Praktyczne wykorzystanie skali ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) w opiece paliatywnej. Nowotwory J Oncol. 1998; 48: 2164–2171.
--	--

Grupa skal		OPIEKA PALIATYWNA
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.4. HADS	
Nazwa skali w języku angielskim	HADS (Hospital Anxiety Depression Scale)	
Skrót	HADS	
Wersja skali	Właściwa: HADS Hospital Anxiety Depression Scale Zmodyfikowana: HADS - M	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Zigmond A. S., Snaith R. P
	Rok publikacji	1983
	Źródło	Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression (HAD) scale. Acta Psychiatr Scand. 1983. 67, 361-370[1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Majkowicz M, de Walden – Gałuszko K., Chojnacka – Szawłowska
	Rok publikacji	1999 r
	Źródło	.de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001[2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie dostosowane do pacjentów cierpiących na różne schorzenia somatyczne, której celem jest ocena ich negatywnych emocji w populacji chorych niepsychiatrycznych[1]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Pacjenci ze schorzeniami niepsychiatrycznymi[3]

Opieka paliatywna

	Struktura skali	Skala w wersji oryginalnej składa się z siedmiu pozycji badających lęk, i siedmiu pozycji odnoszących się do stanów depresyjnych. W wersji zmodyfikowanej dodano 2 pozycje badające rozdrażnienie, agresję.
	Orientacyjny czas badania	Badanie trwa ok 5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Autorzy wersji oryginalnej HADS Zigmont i Snaith, przeprowadzili badania 50 pacjentów i po uzyskaniu wyników wyciągnęli wnioski, że metoda badań jest rzetelna i trafna. Bardziej jest jednak przydatna do oceny zmian zachodzących podczas leczenia niż do stwierdzenia, czy są obecne zaburzenia lękowe lub depresyjne, czy nie[1] Autorzy polskiej wersji skali dokonali pełnej adaptacji testu do polskich warunków, oraz sprawdzili jej przydatność u chorych leczonych z powodu nowotworów[3] Przeprowadzono także szereg badań w Polsce i na Świecie z zastosowaniem tego narzędzia [4,5,6, 7,8,9]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci, którzy są w stanie dokonać samoopisu stanu[10].
	Miejsce badanych	Badani to pacjenci objęci stacjonarną opieką paliatywną, a także przebywający w szpitalu [3]
	Stan badanych	Pacjenci z chorobą nowotworową.
	Sytuacje	Skalę HADS -M stosuje się u pacjentów w celu oceny zmian zachodzących podczas leczenia.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści – przeszkolony członek zespołu leczącego.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	„Klucz” do obliczania kwestionariusza HADS – M	
	nr pytania treść odpowiedzi liczba punktów kategoria	
	1. - większość czasu 3 A - sporo czasu 2 - od czasu do czasu 1 - wcale 0	
	2. - zdecydowanie tak samo 0 D - niezupełnie tak samo 1 - tylko trochę 2 - zupełnie nie 3	
	3. - tak bardzo wyraźnie A i coś bardzo złego 3 - wyraźnie, ale nie tak bardzo złego 2 - trochę, ale nie martwiło mnie to wcale 1 - czegoś takiego nie odczuwałem(am) 0	

	4. - tak samo jak kiedyś 0 D - teraz nie tak bardzo jak kiedyś 1 - znacznie mniej niż kiedyś 2 - w ogóle nie 3 5. - większą część czasu 3 A - sporo czasu 2 - od czasu do czasu ale niezbyt często 1 - przypadkowo, nieregularnie 0 6. – wcale nie 3 D - nie często 2 - czasem 1 - większość czasu 0 7. – zdecydowanie tak 0 A - zwykle 1 - często 2 - wcale nie 3 8. – przez cały czas 3 D - bardzo często 2 - od czasu do czasu 1 - wcale nie 0 9. – wcale nie 0 A - od czasu do czasu 1 - dość często 2 - bardzo często 3 10. - całkowicie przestałem D się interesować 3 - nie dbam o siebie tak jak powinienem 2 - nie jestem w stanie dbać o siebie tak jak kiedyś 1 - dbam o siebie tak jak zawsze 0 11. - w bardzo znacznym A stopniu 3 - w znacznym stopniu 2 - rzadko 1 - mogę siedzieć 0 12. - tak bardzo jak kiedyś 0 D - mniej niż zwykle 1 - zdecydowanie mniej niż zwykle 2 - wcale nie 3
--	--

	13. - bardzo często 3 A - dość często 2 - niezbyt często 1 - wcale 0 14. - często 0 D - czasami 1 - niezbyt często 2 - bardzo rzadko 3 15. - często 3 R - czasami 2 -rzadko 1 - wcale 0 16. - często 3 R - czasami 2 - rzadko 1 - wcale 0 Oznaczenie kategorii: A – lęk D – depresja R – rozdrażnienie (agresja) Wynikiem testu jest suma punktów w danej kategorii. Wyniki należy pogrupować w kategorie, w poszczególnych skalach, i wyodrębnić kategorie oddzielnie dla lęku, depresji i rozdrażnienia. Wynik oznacza: 0 – 7 pkt – brak zaburzeń, 8 – 10 pkt – stany graniczne, 11 – 21 pkt – stwierdza się zaburzenia [3]													
HADS – M ZMODYFIKOWANA SKALA HADS Autorzy wersji oryginalnej: A. S. Zigmont, R. P. Snaith (Opracowanie wersji polskiej: M. Majkowicz, K. de Walden – Gałuszko, G. Chojnacka – Szawłowska) Lekarze są przekonani, że emocje odgrywają rolę w wielu chorobach. Jeśli Pana(-i) lekarz pozna lepiej Pana (-i) uczucia – będzie mógł lepiej Panu (-i) pomóc. Kwestionariusz ten jest przeznaczony do pomocy lekarzowi celem poznania Pana (-i) samopoczucia. Proszę przeczytać każde zdanie i zakreślić każdą kratkę z odpowiedzią, która jest najbliższa temu, jak się Pan (-i) czuł podczas ostatniego tygodnia. Proszę nie zastanawiać się zbyt długo nad odpowiedzią – Pan (-i) natychmiastowa odpowiedź na każdy z punktów będzie prawdopodobnie bardziej trafna niż odpowiedź udzielona po dłuższym zastanowieniu. 1. Czułem (-am) się napięty(-a) lub poddenerwowany (-a) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>większość czasu</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>sporo czasu</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>od czasu do czasu</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>wcale</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			większość czasu			sporo czasu			od czasu do czasu			wcale		
większość czasu														
sporo czasu														
od czasu do czasu														
wcale														

2. Wciąż cieszą mnie rzeczy, które zwykle sprawiały mi radość

zdecydowanie tak samo		
niezupełnie tak samo		
tylko trochę		
zupełnie nie		

3. Odczuwałem (-am)przerażające uczucie, jakby się miało zdarzyć coś okropnego

tak, bardzo wyraźnie coś bardzo złego		
wyraźnie, ale nie tak bardzo złego		
trochę, ale nie martwiło mnie to		
wcale czegoś takiego nie odczuwałem (-am)		

4. Potrafię się śmiać i dostrzegać zabawną stronę zdarzeń

tak samo jaki kiedyś		
teraz nie tak bardzo jak kiedyś		
znacznie mniej niż kiedyś		
w ogóle nie		

5. Nachodzą mnie smutne myśli

większą część czasu		
sporo czasu		
od czasu do czasu ale niezbyt często		
przypadkowo, nieregularnie		

6. Czuję się wesoły (-a) i pogodny (-a)

wcale nie		
nie często		
czasem		
większość czasu		

7. Mogę siedzieć spokojny (-a) i czuć się zrelaksowany (-a)

zdecydowanie tak		
zwykle		
często		
wcale nie		

8. Czuję się jakbym był (-a) w „psychicznym” dołku

przez cały czas		
bardzo często		
od czasu do czasu		
wcale nie		

9. Mam zatrważające uczucie, jakby mi się coś trzęsło

w środku

wcale nie		
od czasu do czasu		
dość często		
bardzo często		

10. Przestałem (-am) się interesować swoim wyglądem zewnętrznym

całkowicie przestałem (-am) się interesować		
nie dbam o siebie tak jak powinienem (-nam)		
nie jestem w stanie dbać o siebie tak jak kiedyś		
dbam o siebie tak jak zawsze		

Opieka paliatywna

11. Nie mogę spokojnie usiedzieć na miejscu wewnątrznie		
w bardzo znacznym stopniu		
w znacznym stopniu		
rzadko		
mogę siedzieć		
12. Oczekuję z radością na różne sprawy		
tak bardzo jak kiedyś		
mniej niż kiedyś		
zdecydowanie mniej niż zwykle		
wcale nie		
13. Miewam nagle uczucie panicznego lęku		
bardzo często		
dość często		
niezbyt często		
wcale		
14. Mogę cieszyć się dobrą książką, programem RTV		
często		
czasami		
niezbyt często		
bardzo rzadko		
15. Zdarzało się, że w ciągu ostatniego tygodnia wybuchalem (-am) gniewem		
często		
czasami		
rzadko		
wcale		
16. Zdarzało się, że denerwowałem (-am) się i złościłem (-am)		
często		
czasami		
rzadko		
wcale		
Kwestionariusz HADS – M [3]		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Zigmund A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression (HAD) scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. 67, 361-370 2. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001 3. de Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.(red), Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000 4. Łuczyk Marta, Pietraszek Agata, Łuczyk Robert, Stanisławek Andrzej, Szadowska-Szlachetka Zdzisława, Charzyńska-Gula Marianna. Występowanie i nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych u kobiet z rakiem piersi przygotowywanych do leczenia chirurgicznego Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(5):52-66.

	5. Michalca A.M., Pilecka W., Struktura czynnikowa oraz walidacja polskiej wersji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) dla młodzieży, <i>Psychiatria Polska</i>, 2015; 49(5): 1071–1088 6. Mitchell A.J., Meader N., Symonds P., Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis, <i>Journal of Affective Disorders</i> Volume 126, Issue 3, November 2010, 335-348. 7. Montazeri A., Vahdaninia M., Ebrahimi M., Jarvandi S., The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version, <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> volume 1, Article number: 14, 2003 8. Spinhoven Ph., Ormel J., Sloekers P.P.A., Kempen G. I. J. M., Speckens A. E.M., Van Hemert A.M., A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects, Published online by Cambridge University Press: 01 March 1997 9. Barth J., Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients, <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> 3(1):15, February 2005 10. de Walden – Gafusko K., Ciałkowska – Rysz A., (red), <i>Medycyna Paliatywna</i>, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015
--	--

Grupa skal		OPIEKA PALIATYWNA
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.5. MRC	
Nazwa skali w języku angielskim	MRC (Medical Research Council)	
Skrót	MRC	
Wersja skali	Właściwa: MRC (Medical Research Council) Zmodyfikowana: MMRC – zmodyfikowana skala MRC	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Mahler D.A, Wienber D.H, Wells C.K. i współpracownicy
	Rok publikacji	1984
	Źródło	Mahler D.A., Wienber D.H., Wells C.K. i wsp. The measurement of dyspnoea: contents, interobserver agreement and physiologic correlates of two new clinical index. 1984; 85: 751–758 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Szczeklik A.
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005: 523[2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Najczęściej stosowana w medycynie skala do określania stopnia nasilenia duszności. Podstawą oceny stopnia zaawansowania duszności za pomocą skali MRC jest zdolność do podejmowania wysiłku fizycznego[3].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Narzędzie stosowane u pacjentów z zaawansowaną chorobą płuc.
	Struktura skali	Skala złożona jest z 5 pytań. Punktacja mieści się w zakresie od 0 — duszność wyłącznie podczas znacznego wysiłku — do 4 — duszność spoczynkowa uniemożliwiająca samodzielne wykonanie czynności dnia codziennego lub opuszczenie domu[4]

	Orientacyjny czas badania	Badanie przy użyciu skali trwa kilka minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W ocenie jakości życia istotne znaczenie ma jednoznaczne opisanie duszności. Najpowszechniej wykorzystuje się do tego celu skalę opracowaną przez Mahlera i współpracowników [1]. W 2004 roku, międzynarodowy zespół badaczy opracował skalę BODE, która jest wartościowym czynnikiem rokowniczym w POCHP. Wskaźnik BODE wykorzystuje między innymi parametrami duszność, której nasilenie mierzone jest za pomocą skali MRC [5] Przeprowadzono szereg badań w Polsce i na Świecie, z zastosowaniem tego narzędzia [6,7,8,9]. W zaleceniach Globalnej Strategii Diagnostowania, Postępowania i Profilaktyki POCHP rekomenduje się wykorzystanie Skali MCR[10]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci dorośli.
	Miejsce badanych	Badani to pacjenci objęci stacjonarną opieką bądź leczenia ambulatoryjnie[1]
	Stan badanych	Pacjenci z zaawansowaną chorobą płuc.
	Sytuacje	Skalę MCR stosuje się u pacjentów w celu określania stopnia nasilenia duszności. Podstawą oceny stopnia zaawansowania duszności za pomocą skali MRC jest zdolność do podejmowania wysiłku fizycznego[3].
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści – przeszkolony członek zespołu leczącego.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Punktacja mieści się w zakresie od 0 — duszność wyłącznie podczas znacznego wysiłku — do 4 — duszność spoczynkowa uniemożliwiająca samodzielne wykonanie czynności dnia codziennego lub opuszczenie domu. Uzyskanie 0-1 punktu w tej skali pozwala sklasyfikować badanego jako osobę o stosunkowo niewielkim nasileniu duszności. Liczba punktów od 2 do 4 wskazuje na duże natężenie duszności i małą rezerwę, jeśli chodzi o wydolność wysiłkową[2].	
Zmodyfikowana skala MRC (Medical Research Council)		
Stopień	Objawy	
0	duszność występuje jedynie podczas dużego wysiłku fizycznego	
1	duszność występuje podczas szybkiego marszu po płaskim terenie lub wchodzenia na niewielkie wzniesienie	
2	z powodu duszności chory chodzi wolniej niż rówieśnicy lub idąc we własnym tempie po płaskim terenie, musi się zatrzymywać dla nabrania tchu	
3	po przejściu około 100 metrów lub po kilku minutach marszu po płaskim terenie chory musi się zatrzymać dla nabrania tchu	
4	duszność uniemożliwia choremu opuszczanie domu lub występuje przy ubieraniu się lub rozbieraniu	

skala MMRC[11]

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Mahler D.A., Wienber D.H., Wells C.K. i wsp. The measurement of dyspnoea: contents, interobserver agreement and physiologic correlates of two new clinical index. 1984; 85: 751–758 2. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005: 523 3. Jassem E. Skale wydolności układu oddechowego. W: Kuziemski K., Jassem E. red. Ocena czynności układu oddechowego w codziennej praktyce lekarskiej. Via Medica, Gdańsk 2005: 103–112 4. Polański J., Chudiak A.K., Rosińczuk J., Kwestionariusze stosowane w ocenie wybranych objawów raka płuca, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3, 89–97. 5. Brożek B, Damps-Konstańska I., Schiller M., Krajnik M., Czynniki wpływające na prognozowanie w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP), Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 1: 39–45 6. Bestall J.C., Paul E.A., Garrod R. i wsp. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1999; 54: 581–58. 7. zajkowska – Malinowska M., Połtyn B., Ciesielska A., Kruza K., Jesionka P., Porównanie wyników domowego leczenia tlenem u chorych leczonych sekwencyjnie za pomocą stacjonarnego i przenośnego źródła tlenu., Pneumonologia i Alergologia Polska 2012; 80, 4: 308–316 8. Higginson I. J., Vivat B., Silber E., Saleem T., Burman R., Hart S., Edmonds P., Study protocol: delayed intervention randomised controlled trial within the Medical Research Council (MRC) Framework to assess the effectiveness of a new palliative care service, BMC Palliative Care 2006 5:7. 9. Manali E., Lyberopoulos P., Triantafyllidou C., Kolilekas L.F., Sotiropoulou C., Milic-Emili J., Roussos C., Papiris S.A., MRC chronic Dyspnea Scale: Relationships with cardiopulmonary exercise testing and 6-minute walk test in idiopathic pulmonary fibrosis patients: a prospective study. BMC Pulmonary Medicine 2010 10:32 10. Singh D. i wsp., Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. The European Respiratory Journal. 2019 May 18;53(5) 11. Ciałkowska – Rysz A., Dzierżanowski T.(red), Medycyna Paliatywna. Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.6. Behawioralna Ocena Bólu	
Nazwa skali w języku angielskim	Doloplus-2	
Skrót	Doloplus	
Wersja skali	Właściwa- Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Wary Bernard
	Rok publikacji	1992
	Źródło	Wary B., Collectif Doloplus. Doloplus-2, une echelle pour evaluer la douleur.Soins Gerontologie, numero 19-aout/septembre/octobre 1999.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	Polska wersja skali

Opieka paliatywna

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena natężenia bólu u osób w wieku podeszłym, z zaburzeniami funkcji poznawczych lub zespołem otępiennym. [1] Skala jest narzędziem mierzącym zmiany w zachowaniu pacjenta zachodzące wskutek odczuwania bólu.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Ocena funkcji poznawczych przed włączeniem do badania w jednej ze skal: CAS (Skala Oceny Poznawczej- Cognitive Assessment Scale). MMSE (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego -Mini-Mental State Examination).
	Struktura skali	Skala składa się z 10 części obrazujących somatyczne, psychomotoryczne i psychospołeczne elementy bólu. Każda z 10 części ma przypisane 4 poziomy zmieniającego się natężenia bólu oceniane od 0 do 3 punktów.[2]
	Orientacyjny czas badania	60 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W piśmiennictwie skala oceniana jest jako dobre narzędzie do oceny natężenia bólu i monitorowania leczenia p/bólowego. Przydatność tej skali, dobra czułość i zbieżność z oceną w skali VAS (Visual Analogue Scale) była już potwierdzona w kilku badaniach przeprowadzonych w placówkach opieki paliatywnej i zakładach geriatrycznych na świecie.[2]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby w wieku podeszłym i młodsze z zaburzeniami funkcji poznawczych
	Miejsce badanych	Miejsce pobytu pacjenta: dom, oddział stacjonarny
	Stan badanych	Stan somatyczny, który umożliwiałby przeprowadzenie badania biorąc pod uwagę długość jego wykonywania.
	Sytuacje	Badanie wykonywane w sytuacji kiedy pacjent sygnalizuje ból lub jego zachowanie może wskazywać na występowanie dolegliwości bólowych.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto?...lekarz, pielęgniarka, inny przeszkolony pracownik medyczny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Maksymalna wartość punktowa to 30- ból najsilniejszy.	
	Wartość graniczna >równa 5. Wyniki wątpliwe- graniczne należy interpretować na korzyść pacjenta i włączyć optymalne leczenie p/bólowe.[2]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Kwestionariusz do Behawioralnej Oceny Bólu skala Doloplus										
Imię i nazwisko.....		Choroba nowotworowa		Data badania						
Wiek	Płeć M ☐ K ☐	TAK ☐	NIE ☐							
Reakcje somatyczne	1. Dolegliwości somatyczne									
	• Bez dolegliwości			0	0	0	0	0	0	0
	• Skargi wyrażane wyłącznie w przypadku zapytania			1	1	1	1	1	1	1
	• Sporadyczne mimowolne skargi			2	2	2	2	2	2	2
	• Ciągłe mimowolne skargi			3	3	3	3	3	3	3
	2. Pozycja obronna									
	• Nie przyjmuje pozycji obronnej			0	0	0	0	0	0	0
	• Sporadycznie unika pewnych pozycji			1	1	1	1	1	1	1
	• Pozycja obronna przybierana ciągle i efektywnie			2	2	2	2	2	2	2
	• Pozycja obronna ciągle poszukiwana, bez powodzenia			3	3	3	3	3	3	3
	3. Ochrona bolesnych miejsc									
	• Nie chroni			0	0	0	0	0	0	0
	• Reakcje ochronne podjęte, ale niezakłócające badania i czynności pielęgnacyjnych			1	1	1	1	1	1	1
	• Reakcje ochronne w czasie badania i pielęgnacji			2	2	2	2	2	2	2
	• Reakcje ochronne w spoczynku, bez wykonywania jakichkolwiek czynności przy chorym			3	3	3	3	3	3	3
Reakcje psychomotoryczne	4. Wyraz twarzy									
	• Zwykły wyraz twarzy			0	0	0	0	0	0	0
	• Wyrażający ból przy podejściu do chorego			1	1	1	1	1	1	1
	• Wyrażający ból nawet bez zbliżania się			2	2	2	2	2	2	2
	• Twarz ciągle bez wyrazu (nie mówi, wzrok utkwiony bez wyrazu)			3	3	3	3	3	3	3
	5. Sen									
	• Normalny sen			0	0	0	0	0	0	0
	• Trudności z zasypianiem			1	1	1	1	1	1	1
	• Częste przebudzenia (niepokój)			2	2	2	2	2	2	2
	• Bezsenność wpływająca na budzenie			3	3	3	3	3	3	3
	6. Aktywność życia codziennego									
	• Aktywność niezmieniona			0	0	0	0	0	0	0
	• Aktywność nieznacznie zmieniona (ostrożnie, ale dokładnie)			1	1	1	1	1	1	1
	• Aktywność znacznie upośledzona, mycie i/lub ubieranie jest pracochłonne i niekompletne			2	2	2	2	2	2	2
	• Mycie i ubieranie wydaje się niemożliwe, gdyż pacjent sprzeciwia się jakimkolwiek próbom			3	3	3	3	3	3	3
Reakcje psychospołeczne	7. Zdolność poruszania się									
	• Niezmieniona			0	0	0	0	0	0	0
	• Zwykła aktywność zredukowana (pacjent unika pewnych ruchów)			1	1	1	1	1	1	1
	• Zwykła aktywność i zdolność poruszania zredukowana (nawet mimo pomocy pacjent ogranicza ruchy)			2	2	2	2	2	2	2
	• Jakiegokolwiek poruszanie się jest niemożliwe mimo perswazji			3	3	3	3	3	3	3
	8. Komunikacja									
	• Niezmieniona			0	0	0	0	0	0	0
	• Wzmątna (pacjent żąda zainteresowania w niekonwencjonalny sposób)			1	1	1	1	1	1	1
	• Obniżona (pacjent odcina się od otoczenia)			2	2	2	2	2	2	2
	• Brak lub odmowa jakiejkolwiek formy komunikacji			3	3	3	3	3	3	3
	9. Życie społeczne									
	• Normalny, pełny udział (posiłki, przedsięwzięcia, terapia)			0	0	0	0	0	0	0
	• Bierze udział tylko, jeśli jest do tego zachęcany			1	1	1	1	1	1	1
	• Czasami odmawia udziału			2	2	2	2	2	2	2
	• Całkowicie odmawia uczestniczenia w czymkolwiek			3	3	3	3	3	3	3
Reakcje psychospołeczne	10. Problemy zachowania									
	• Normalne zachowanie			0	0	0	0	0	0	0
	• Reakcja na monotonne i powtarzalne bodźce			1	1	1	1	1	1	1
	• Reakcja na każdy bodziec			2	2	2	2	2	2	2
	• Ciągłe zaburzenia zachowania bez bodźca zewnętrznego			3	3	3	3	3	3	3
Suma										

za: Behawioralna ocena bólu u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową objętych stacjonarną opieką paliatywną

Behavioural pain assessment in advanced stage oncology patients with cancer disease treated in the In-Patient Palliative Care Unit

Marcin Janecki, Joanna Janecka, Medycyna Paliatywna 2009; 1: 27-32

Przegląd do- niesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Dobrogowski J., Kołłątaj M. Ocena kliniczna chorego z bólem.[w:]Wordliczek J., Dobrogowski J.(red). Leczenie bólu. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011 2. Janecki M., Janecka J. Behawioralna ocena bólu u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową objętych stacjonarną opieką paliatywną. Medycyna Paliatywna 2009; 1: 27-32. 3. Polański J., Chudiak A.K., Rosińczuk J. Kwestionariusze stosowane w ocenie wybranych objawów raka płuc. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10,3: 89-97. 4. Przeklasa-Muszyńska A., Dobrogowski J., Kocot- Kępska M. Kliniczna ocena chorego z bólem. [w:] Dobrogowski J., Wordliczek J., Kocot-Kępska A.(red).Ból. Wiedza w kieszeni.Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2020 5. Stypuła-Ciuba B., Dzierżanowski T. Diagnostyka bólu.[w:] Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (red). Medycyna Paliatywna. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2019 6. Schmitz K., H., Campbell A., M., Stuiver M., M, et al.Exercise is medicine in oncology.Engaging clinicians to help patients move through cancer. CA Cancer J Clin 2019; 69(6):468-84. 7. Strubel D., Hoffet-Guillo F. The end of life of patients with dementia.Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2004;2(3): 197-202. 8. Wary B., Villard J-F. Specificity of pain assessment in the aged.Psychol Neuropsychiatr Vieil.2006; 4(3): 171-8. 9. Widenka M. Zastosowanie fentanylu drogą przełykową i w postaci tabletek podjęzykowych w leczeniu bólu u chorej w podeszłym wieku z zespołem otępiennym. Palliative Medicine in Practice 2020; 14 supl 1:34-38. 10. Zwakhalen Sandra M.G., Hamers Jan P.H., Berger Martijn P.F. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. Pain 2006; 126(1-3):210-20.

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.7. Skala sprawności Karnofsky’ego	
Nazwa skali w języku angielskim	Karnofsky score	
Skrót	Skala Karnofsky’ego	
Wersja skali	Właściwa- właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Karnofsky David A., Burchenal Joseph H
	Rok publikacji	1949
	Źródło	Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer: W:Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ.Press, 196 (1949).
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	polska wersja językowa
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala jest narzędziem do oceny stanu ogólnego, sprawności i jakości życia pacjenta z chorobą nowotworową kwalifikowanego do chemioterapii lub radioterapii. [1] [6]

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	Skala ma rozpiętość punktów od 100 do 0. 100 stan prawidłowy- bez objawów choroby; 0- zgon pacjenta
	Orientacyjny czas badania	Kilka minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Stan sprawności chorego jest istotnym elementem oceny wpływu choroby na jakość życia. Sprawność jest również postrzegana jako ważny czynnik rokowniczy w chorobach nowotworowych a jej poprawa świadczy o skuteczności prowadzonego leczenia.Skala sprawności Karnofsky’ego jest przydatna do oceny stanu ogólnego. Wykorzystywana w codziennej praktyce i badaniach naukowych prowadzonych głównie w ośrodkach onkologicznych.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Poradnia
	Stan badanych	Opisywany jest w skali.
	Sytuacje	Kwalifikacja do leczenia onkologicznego. Monitorowanie skuteczności leczenia.Analiza retrospektywna skuteczności leczenia w zależności od stanu klinicznego. [6] [9]
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto?.....lekarz, pielęgniarka, inny przeszkolony pracownik medyczny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Prosty klucz. Określonej liczbie odpowiada opis stanu klinicznego chorego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Stopień sprawności	Opis ^[2]
100	Stan prawidłowy, brak dolegliwości i objawów choroby
90	Stan prawidłowej aktywności, niewielkie dolegliwości i objawy choroby
80	Stan niemal pełnej aktywności (wymaga pewnego wysiłku); niewielkie dolegliwości i objawy choroby
70	Stan niemożności wykonywania pracy lub prawidłowej aktywności, przy zachowanej zdolności do samoobsługi
60	Stan wymagający okresowej opieki, przy zachowanej zdolności do samodzielnego spełniania większości codziennych potrzeb
50	Stan wymagający częstej opieki i częstych interwencji medycznych
40	Stan niewydolności i konieczność szczególnej opieki
30	Stan poważnej niewydolności, wskazania do hospitalizacji
20	Stan poważnej choroby, bezwzględna konieczność hospitalizacji i prowadzenia leczenia wspomagającego
10	Stan gwałtownego narastania zagrożenia życia
0	Zgon

za: wikipedia.pl

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Clancey J.K. Karnofsky performance scale. J Neurosci Nurs. 1995; 27(4):220. 2. Jakubowicz E., Walasek T., Reinfuss M., Jakubowicz J., Blecharz P., Charewicz-Szyska B. Prognostic factors in patients with brain metastases from malignant melanoma. Oncology and Radiotherapy 2015; 28-31: 15-21. 3. Katuchova J., Bober J., Radonak J. Perioperative and follow-up results in chronic pancreatitis patients after pancreatic resection. Wiener klinische Wochenschrift. 2011; 123: 359-363. 4. Królikowska A., Jabłońska R., Ślusarz R. The usage of scale in grading of patients with brain tumors in neurological nurse practice- preliminary report. Family Medicine & Primary Care Review 2013; 15,4: 544-548. 5. Leppert W. Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płucobjętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. Medycyna Paliatywna 2010; 1:25-34. 6. Niwińska A., Rudnicka H., Pieńkowski T. Algorytm postępowania z chorymi na raka piersi z przerzutami do mózgu. Rekomendacje Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii- Instytutu w Warszawie. Nowotwory journal of Oncology 2009; 59(6): 471-474. 7. Ślusarz R. Early Assessment of Functional Capacity in Patients After Brain Neoplasm Surgery. Adv Clin Exp Med 2007; 16 (5): 663-667.

	8. Trawińska- Czastkiewicz D., Hans-Wytrychowska A., Hoffman K. Pacjent-senior z chorobą nowotworową-punkt widzenia onkologa. Hygeia Public Health 2020; 55(3): 107-114.
	9. Suh J.H. Radiochirurgia stereotaktyczna w leczeniu chorych z przerzutami do mózgu. The New England Journal of Medicine 2010; 362: 1119-1127.
	10. Witteler J., Schild S.E., Rades D. Clinical Prognostic Factors for Local Control and Survival After Irradiation of Grade Gliomas. In Vivo 2020; 34(6): 3719-3722.

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.8. Skala numeryczna	
Nazwa skali w języku angielskim	Numerical rating scale	
Skrót	NRS	
Wersja skali	Właściwa- właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Downie W.W.
	Rok publikacji	1978
	Źródło	Downie W.W., Letham V.M., Rhind M., Wright V., Branco J.A., Anderson J.A.. Annals of the Rheumatic Diseases 1978; 37: 378-381
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	Polska wersja językowa
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Badanie natężenia bólu
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	Skala jednowymiarowa, 11 punktowa: od 0 do 10. „0”- brak bólu, „10”- największy ból jaki można sobie wyobrazić.
	Orientacyjny czas badania	Kilka minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala ma zrozumiałą formułę, jest powszechnie wykorzystywana w opiece paliatywnej. Jej zaletą jest krótki czas badania. Skala jest też dobrym narzędziem do monitorowania efektów prowadzonego leczenia p/bólowego.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie zaleca się stosowania skali u dzieci poniżej 9 roku życia.
	Miejsce badanych	Miejsce pobytu chorego: dom, poradnia, oddział szpitalny.
	Stan badanych	Pacjent przytomny, bez zaburzeń rozumienia mowy.
	Sytuacje	Pacjent odczuwający ból.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto?.....lekarz, pielęgniarka, inny przeszkolony pracownik medyczny.....	
	Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	np. zgoda autora	
	zgoda PTP	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Ból słaby: NRS 1-3 Ból umiarkowany: NRS 4-6 Ból silny: NRS 7-8 Ból bardzo silny: NRS 9-10 [9]
Formularz skali/ kwestionariusz	



Za: gov.pl

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Cruccu G. i wsp. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. European Journal of Neurology 2010; 17:1010-1018. 2. Delgado-Guay M.O., Bruera E. Management of pain in the older person with cancer. Part 1: Pathophysiology, pharmacokinetics and Assessment Oncology (Williston Park) 2008; 22(1): 56-61. 3. Dunham M., Allmark P., Collins K. Older people's experiences of cancer pain: A qualitative study. Nurs Older People 2017; 29:28-32. 4. Janecki M. Przegląd narzędzi służących do oceny bólu neuropatycznego. Palliative Medicine in Practice 2014; 8(2):74-77. 5. Pabis E. Metody oceny natężenia bólu poperacyjnego u dzieci. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19(1): 122-129. 6. Schmitz K.H., Campbell A.M., Stuiver M.M. et al. Exercise is medicine in oncology: Engaging clinicians to help patients move through cancer. CA Cancer J Clin 2019;69(6): 468-84. 7. Tylka J., Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36- wersja polska. Kardiologia 2009; 67: 1166-1169. 8. Wróbel K., Wróbel A. Ból -analiza zagadnienia, przegląd piśmiennictwa. Edukacja Biologiczna i Środowiskowa 2015; 2: 20-26. 9. Wypyszewska J., Kopanski Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kieczka-Radzikowska K., Liniarski M. Kliniczna ocena bólu. Journal of Clinical Healthcare 2018; 2: 6-11. 10. Ziółkowski J. Postępowanie w bólu pooperacyjnym u dzieci. Ból 2005; 2: 9-18.

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.9. Skala Słowna. Skala Likerta	
Nazwa skali w języku angielskim	Verbal Rating Scale. Likert scale	
Skrót	VRS	
Wersja skali	Właściwa- skala słowna wykorzystuje skalę Likerta. Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Likert Rensis
	Rok publikacji	1932

	Źródło	“A Technique for the Measurement of Attitudes” (“Archive of Psychology”, no 140, New York, 1932)
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	Polska wersja językowa.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Opisowa ocena natężenia bólu.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	Skala 5 stopniowa słownie opisująca natężenie bólu. [4]
	Orientacyjny czas badania	kilka minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala przydatna w praktyce klinicznej, uniwersalna i prosta do wykonania. W badaniach naukowych rzadko wykorzystywana ze względu na tendencję chorych do unikania wartości skrajnych.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie stosuje się u dzieci poniżej 3 roku życia.
	Miejsce badanych	Miejsce pobytu pacjenta: dom, poradni, oddział szpitalny.
	Stan badanych	Zachowana zdolność rozumienia mowy.
	Sytuacje	Wykonywana w sytuacji, kiedy pacjent zgłasza ból.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto?.....lekarz, pielęgniarka, inny przeszkolony pracownik medyczny Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala opisowa: - brak bólu - ból słaby - ból umiarkowany - ból silny - ból bardzo silny [6]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Brak, skala opisowa

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Chodkiewicz J. Psychological pain- conceptualization and measurement tools. Psychiatria. Via Medica 2013; 10 (3-4):109-115. - Derrick B., White P. Comparing Two Samples from an Individual Likert Question. International Journal of Mathematics and Statistics 2017; 18 (3): 1-13. - Jamieson S. “Likert Scales: How to (Ab)use Them” Medical Education 2004; 38(12):1217-1218. - Leppert W., Wordliczek J. et al. Recommendations for assessment and management of pain in cancer patients. Oncol Clin pract 2018; 14:1-14. - Norman G. Likert Scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. Advances in Health Science Education 2010; 15(5): 625-632. - Polański J., Chudiak A.K., Rosińczuk J. Kwestionariusze stosowane w ocenie wybranych objawów raka płuc. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10 (3): 89-97.

	7. Traylor M. „Ordinal and interval scaling”. Journal of the Market Research Society 1983; 25 (4): 297-303.
	8. Wróbel K., Wróbel A. Ból-analiza zagadnienia. Edukacja biologiczna i środowiskowa 2015; 2:20-26.
	9. Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa- Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kieczka- Radzikowska K., Liniarski M. Kliniczna ocena bólu. Journal of Clinical Healthcare 2018; 2:6-11.
	10. Zięba M., Baranowski A., Mierzewska-Schmidt M. Skuteczność leczenia bólu pooperacyjnego u dzieci w opinii rodziców -czy niedostateczna analgezja może być nieskuteczna. Ból 2019; 20 (1):31-38.

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.A.10. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel.	
Nazwa skali w języku angielskim	Barthel Index	
Skrót	Skala Barthel	
Wersja skali	Właściwa- właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Mahoney Florence I, Barthel Dorothy W.
	Rok publikacji	1965
	Źródło	Mahoney F. I., Barthel D.W. Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14:61-65.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Polska wersja językowa.
	Rok publikacji	
	Źródło	Polska wersja językowa. Ostatnia modyfikacja- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala ocenia sprawność ruchową i samodzielność w zakresie wykonywania podstawowych czynności życiowych.[2]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	Skala ocenia 10 czynności, w każdej z nich można uzyskać: 0 pkt- nie wykonuje czynności; 5 pkt- wymaga pomocy w jej wykonaniu; 10 pkt- samodzielny w zakresie wykonywanej czynności. Badane czynności: 1. spożywanie posiłków 2. przemieszczanie się z /łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/ 3. utrzymywanie higieny osobistej 4. korzystanie z toalety /WC/ 5. mycie, kąpiel całego ciała 6. poruszanie się po powierzchniach płaskich 7. wchodzenie i schodzenie po schodach 8. ubieranie się i rozbieranie 9. kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu 10. kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego
	Orientacyjny czas badania	10 minut.

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala jest powszechnie stosowanym narzędziem służącym do oceny sprawności chorego w codziennej praktyce klinicznej jak i kwalifikacji do opieki długoterminowej w placówkach finansowanych przez NFZ. Świadczenie w ramach NFZ otrzymuje chory który uzyskuje nie więcej niż 40 punktów.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoba dorosła.
	Miejsce badanych	Miejsce pobytu pacjenta /dom, oddział szpitalny/.
	Stan badanych	Pacjent wymagający pomocy
	Sytuacje	Konieczność zapewnienia opieki i ustalenie jej zakresu.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto?.....lekarz, pielęgniarka, inny przeszkolony pracownik medyczny	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Maksymalna liczba punktów jaką można uzyskać w skali Barthel to 100. Najczęściej stosuje się następujące przedziały punktowe. Punkty: 0-20- stan pacjenta bardzo ciężki, niesamodzielny, wymaga całkowitej pomocy osób innych w zaspakajaniu podstawowych potrzeb. Punkty: 21-80 (niekiedy spotyka się punktację 21-85)- stan pacjenta średnio- ciężki, nie jest całkowicie zależny od osób innych, jednakże wymaga pomocy. Duża rozpiętość przedziału daje szerokie pole do ustalenia zakresu pomocy. Punkty:81-100 (86-100)- stan pacjenta lekki, jest samodzielny w zakresie samoobsługi i nie wymaga pomocy. [8]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

WZÓR
KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY
KIEROWANEGO DO OBJĘCIA /OBJĘTEGO¹⁾ PIELEGNIARSKĄ OPIEKĄ
DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel		
Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0-nie porusza się lub < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	

9.	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje moczu	
Wynik kwalifikacji⁵⁾		

.....

 data, podpis i pieczętka pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

.....

 data, podpis i pieczętka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel." Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

³⁾ W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

Za: gov.pl

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Catz A. MD, PhD; Itzkovich M, MA, OT. Spinal Cord Independence Measure: Comprehensive ability rating scale for the spinal cord lesion patient. Journal of Rehabilitation Research & Development 2007; 44(1): 65-68. 2. Jachimowicz V., Kostka T. Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. Gerontologia Polska 2005; 17(1): 23-31. 3. Jones J., Rikli R. Measuring functional fitness of older adults. Journal on Active Aging 2002; 03/04: 24-30. 4. Miyamoto S., Kondo T., Suzukamo Y., Michimata A., Izumi S-I. Reliability and validity of the manual function test in patients with stroke. Am J Phys Med Rehabil 2009; 88: 247-255.

	5. Mojsa W. Analiza porównawcza funkcjonowania pacjentów przyjmowanych i wypisywanych z opieki długoterminowej domowej w województwie podlaskim w latach 2014-2016. <i>Gerontologia Polska</i> 2018; 26: 196-200.
	6. Paplaczek M., Gawor A., Ciura G. Ocena jakości życia pacjentów z bólem przewlekłym w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2015; 3: 135-140.
	7. Rockwod K., Song X., MacKnight Ch. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. <i>Canadian Medical Association Journal</i> 2005; 173: 489-495.
	8. Sapilak B.J., Kałwak- Pokorna D., Ślimak-Roemer R. Narzędzia geriatryczne w praktyce lekarza POZ-skala Barthel. <i>Lekarz POZ</i> 2017; 2:134-137.
	9. Wade D.T., Collin C. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? <i>International Disability Studies</i> 1988; 10(2): 64-67.
	10. Żak M. Rehabilitacja u osób po 80 roku życia z zaburzeniami życia codziennego. <i>Gerontologia Polska</i> 2005; 13(3): 200-205.

II.6.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.B.1. Skala Cancer Dyspnea Scale
Nazwa skali w języku angielskim	The Cancer Dyspnea Scale.
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Keiko Tanaka, Tatsuo Akechi, Toru Okuyama, Yutaka Nishiwaki.
Państwo	Skala walidowana w Japonii, Wielkiej Brytanii, Szwecji i Indiach.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	CDS jest wielowymiarowym narzędziem do oceny odczuwanej przez pacjenta duszności. CDS jest odmianą skali Likerta . Kwestionariusz zawiera 12 pytań na które odpowiada chory a które obejmują trzy odczucia związane z dusznością tj. wysiłek oddechowy, niepokój i dyskomfort. Odpowiedzi są odpowiednio punktowane. Wynik całkowity zawiera się w przedziale od 0 do 48, gdzie 0-oznacza brak duszności a coraz wyższe wartości punktowe oznaczają narastanie objawów. Skala najczęściej jest wykorzystywana do oceny duszności u pacjentów z zawałsowanym rakiem płuc.
Źródło bibliograficzne	Tanaka K., Akechi T., Okuyama T., Nishiwaki Y. Development and validation of the Cancer Dyspnea Scale: a multidimensional, brief, self-rating scale. <i>British Journal of Cancer</i> 2000; 82 (4): 800-805.
Źródło on-line	DOI: 10.1054/bjoc.1999.1002.

II.6.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.C.1. Kwestionariusz Melzacka. Arkusz doznań bólowych/ tłumaczenie wersji oryginalnej Kazimierz Sedlak/
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	MPQ-McGill pain questionnaire

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Melzack Ronald
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala wielowymiarowa, która pozwala ocenić dolegliwości bólowe zarówno ilościowo jak i jakościowo uwzględniając społeczno-psychologiczne czynniki warunkujące odczuwanie bólu. Kwestionariusz składa się z 74 przymiotników, podzielonych na kategorie, opisujące czuciowe komponenty bólu, emocjonalne jego odczuwanie i doznania, zwykle przykre, jakie mu towarzyszą. W kwestionariuszu zawarta jest 6-stopniowa skala określająca natężenie bólu, objawy autonomiczne towarzyszące bólowi oraz jego wpływ na codzienną aktywność. Arkusz zawiera schemat ludzkiego ciała do zaznaczenia lokalizacji bólu. Kwestionariusz jest długi, wymaga cierpliwości ze strony badanego. Szybka męczliwość procesów myślowych pacjenta jest wskazaniem do przeprowadzenia badania skróconą 15-przymiotnikową wersją skali tj.Short-Form McGill pain questionnaire.
Źródło bibliograficzne	Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975 Sep; 1(3): 277-299.
Źródło on-line	DOI: 10.1016/0304-3959 (75) 90044-5
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.C.2. Wizualna skala analogowa
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Visual Analogue Scale- VAS
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Hayes M.H.S., Patterson D.G.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala jednowymiarowa, ocenia natężenie bólu, ma charakter graficzny. Pacjent zaznacza odczuwany ból na odcinku 0-10 cm, wynik podawany jest w milimetrach i centymetrach. „0” oznacza brak bólu, „10” oznacza ból nie do zniesienia. Skala ma zastosowanie u dzieci powyżej 5 roku życia i dorosłych. Zaburzenia widzenia są wskazaniem do zastosowania innej skali np.słownej. Skala powszechnie stosowana w opiece paliatywnej, umieszczana w dokumentacji medycznej u chorych w opiece ambulatoryjnej, domowej i stacjonarnej.
Źródło bibliograficzne	Hayes M.H.S., Patterson D.G. (1921) Experimental development of the graphic rating method. Psychological Bulletin, 18, 98-99.
Źródło on-line	DOI:10.3389/fnhum.2019.00086.
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.6.C.3. Skala ECOG (skala sprawności ECOG, skal sprawności według Eastern Cooperative Oncology Group). Według mianownictwa WHO-skala Zubroda lub skala Zubroda- ECOG-WHO
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	ECOG Score
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Oken M.M. i wsp.

Opieka paliatywna

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala 6-stopniowa określa stan ogólny i sprawność pacjenta z chorobą nowotworową. Stopień 0- bez objawów choroby, w pełni sprawny zdolny do wykonywania codziennych czynności. Stopień 1- obecne objawy choroby ale ma możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy. Stopień 2- zdolność do wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, spędza w łóżku około połowy dnia. Stopień 3-ograniczona zdolność do wykonywania czynności osobistych, spędza w łóżku ponad połowę dnia. Stopień 4- konieczność opieki osoby drugiej, spędza w łóżku cały dzień. Skala wykorzystywana w onkologii i opiece paliatywnej, prosta w wykonaniu, nie jest czasochłonna.
Źródło bibliograficzne	Oken M.M., Creech R.H., Tormey D.C., Horton J., Carbone P.P. I wsp. Toksyczność i kryteria odpowiedzi w Eastern Cooperative Oncology Group, Am J Clin Oncol, vol 5 no 6, 1982 s.649-55.
Źródło on-line	DOI: 10.1097/00000421-198212000-00014

II.7. Urologia / nefrologia

Marzena A. Humańska, Agnieszka Pluta

Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu

7. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

II. 7. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 7. A. 1. Ocena nasilenia nietrzymania moczu - zmodyfikowany 1-godziny test podpaskowy
- II. 7. A. 2. Ocena występowania i nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu - kwestionariusz Gaudenza
- II. 7. A. 3. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (CKD-EPI)
- II. 7. A. 4. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (MDRD)
- II. 7. A. 5. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Cockcrofta-Gaulta
- II. 7. A. 6. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Schwartza
- II. 7. A. 7. Ocena adekwatności hemodializy
- II. 7. A. 8. Ocena adekwatności dializy otrzewnowej
- II. 7. A. 9. Ocena ujścia zewnętrznego według Twardowskiego i wsp.
- II. 7. A. 10. Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaefera i wsp

II.7.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.1. Ocena nasilenia nietrzymania moczu - zmodyfikowany 1-godzinny test podpaskowy [1]	
Nazwa skali w języku angielskim	Pad test	
Skrót	Pad test	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Abrams P., Blaivas J.G., Stanton S.L., Andersen J.T
	Rok publikacji	1988
	Źródło	Abrams P., Blaivas J.G., Stanton S.L., Andersen J.T.The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. Scand J Urol Nephrol 1988; 114: 5-19.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Purc Dorota, Rasała Agnieszka
	Rok publikacji	2015
	Źródło	Purc D, Rasała A. Metody leczenia nietrzymania moczu. European Journal of Medical Technologies 2015; 3(8): 29-38 [2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	W wywiadzie- objawy nietrzymania moczu
	Struktura skali	Ocenie podlega zważenie wkładki (podpaski) po 1 h jej noszenia [2,3,4]
	Orientacyjny czas badania	1 h
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Test podpaskowy służy do diagnostyki ilości gubionego przez pacjentkę moczu, jak również do oceny efektów leczenia. Polega on na ważeniu zamoczonej podpaski po wykonaniu ćwiczeń fizycznych [1,2,5,6]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Bez ograniczeń
	Miejsce badanych	Szpital, poradnia, opieka domowa
	Stan badanych	Świadomy, logiczny, poruszający się
	Sytuacje	Wstępna diagnostyka nietrzymania moczu [1,2,7,8]
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? pielęgniarki, położne, lekarze, Osoby nieprofesjonalne, kto?-----	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Polega na ważeniu podpaski po 1 godzinie noszenia. W czasie tego czasu pacjentce poleca się wykonywanie podstawowych czynności ruchowych. Wzrost ciężaru o minimum 2 g świadczy o nietrzymaniu moczu [1,2,7,9]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Stopień nasilenia nietrzymania moczu w oparciu o wynik 1-godzinnego testu podpaskowego [1,2,9,10]

Kategoria nietrzymania moczu	Masa podpaski w gramach (g)
Podpaska sucha, nie stwierdza się nietrzymania moczu	< 2
Lekkie do umiarkowanego stopnia nietrzymanie moczu	2-10
ciężkie nietrzymanie moczu	10.50
bardzo ciężkie nietrzymanie moczu	> 50

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Abrams P, Blaivas J.G., Stanton S.L., Andersen J.T. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. Scand J Urol Nephrol 1988; 114: 5-19. 2. Purc D, Rasała A. Metody leczenia nietrzymania moczu. European Journal of Medical Technologies 2015; 3(8): 29-38 3. Henderson JW, Kane SM, Mangel JM, Kikano EG, Garibay JA, Pollard RR, Mahajan ST, Debanne SM, Hijaz AK. A Randomized Comparative Study Evaluating Various Cough Stress Tests and 24-Hour Pad Test with Urodynamics in the Diagnosis of Stress Urinary Incontinence. J Urol. 2018, 199(6): 1557-1564. 4. Wen-Yih Wu., Bor-Ching Sheu., Ho-Hsiung Lin. Comparison of 20-minute pad test versus 1-hour pad test in the women with stress urinary incontinence. Adult Urology 2006; 68 (4): 764-768. Dostępny w internecie: https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(06)00609-1/fulltext. Dostęp 27.09.2022 5. Włazlak E., Surkont G., Stetkiewicz T. i wsp.: Wpływ wybranych metod nieoperacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu na jakość życia pacjentek. Przegląd menopauzalny; 2005, 2: 53-60. 6. Jaekel A.K., Kirschner-Hermanns R., Knüpfe S.C. Diagnostik der weiblichen Harninkontinenz: Dos and Dont's. Aktuelle Urol 2021; 52(03): 237-244. Dostępny w internecie: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1492-5287 Dostęp: 27.09.2022 7. Kurimura Y., Haga N., Yanagida T. et al. The preoperative pad test as a predictor of urinary incontinence and quality of life after robot-assisted radical prostatectomy: a prospective, observational clinical study. Int Urol Nephrol. 2020;52(1): 67-76. Dostępny w internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31571159/. Dostęp 30.09.2022 8. Costantini E., Lazzeri M., Bini V. et al. Sensitivity and specificity of one-hour pad test as a predictive value for female urinary incontinence. Urologia Internationalis 2008; 81: 153-159. Dostępny w internecie: https://www.karger.com/Article/Abstract/144053. Dostęp 27.09.2022 9. Narojczyk-Świeściak E. Nietrzymanie moczu u kobiet w wieku podeszłym. Nowa Klin 2012; 5: 5067-5071. 10. Ptak M. Wpływ ćwiczeń mięśni dna miednicy z udziałem i bez udziału mięśni synergistycznych na jakość życia kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Pomeranian J Life Sci 2017;63(2):49-55

Grupa skal		UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.2. Ocena występowania i nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu - kwestionariusz Gaudenza		
Nazwa skali w języku angielskim	Gaudenz's questionnaire		
Skrót	Kwestionariusz Gaudenza		
Wersja skali	Właściwa Skrócona		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Gaudenz Robert	
	Rok publikacji	1979	
	Źródło	Gaudenz R. Der Inkontinenz-Fragebogen mit dem neuen Urge-Score und Stress-Score. Geburtsh u Frauenheilk 1979; 39: 784–792 [1,2]	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię		
	Rok publikacji		
	Źródło		
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą		
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	W wywiadzie- objawy nietrzymania moczu	
	Struktura skali	punktowa	
	Orientacyjny czas badania	10-15 min	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz wykorzystano do oceny nietrzymania moczu, porównano jakość życia, porównanie skuteczności operacyjnego leczenia [wysiłkowego nietrzymania moczu metodami slingowymi (TOT i TVT) na podstawie kwestionariusza Gaudenza [1,2,3,4]	
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	bez ograniczeń	
	Miejsce badanych	Szpital, poradnia, opieka domowa [1,4,6]	
	Stan badanych	świadomy, logiczny,	
	Sytuacje	Wstępna diagnostyka nietrzymania moczu oraz identyfikacji ogólnoustrojowych i położniczych czynników ryzyka [1,5,6,7,8,9,10]	
	Inne		
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? pielęgniarki, położne, lekarze [1,9,10]		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Pytania dotyczące WNM (wysiłkowe nietrzymanie moczu)są punktowane za pomocą skali od 0 do XXVI cyfr rzymskich, a pytania o NNM (nietrzymanie moczu z parcia, tzw naglące nietrzymanie moczu) są punktowane przez cyfry arabskie od 0 do 26 punktów.		
Formularz skali/ kwestionariusz			

Kwestionariusz do oceny nietrzymania moczu

Nazwisko: _____		Data: _____	
Imię: _____		Adres: _____	
Wiek: _____		Telefon: _____	

Czy bezwiednie gubi Pani czasem mocz? tak ☐ nie ☐ Jak często się to zdarza? rzadko, np. podczas przebiegnięcia ☐ sporadycznie ☐ codziennie, wielokrotnie ☐ praktycznie ciągle ☐ Jak duże ilości moczu gubi Pani? kilka kropli ☐ małe porcje ☐ moczenie okłosa ☐ Jak często zmienia Pani dziennie moką bieliznę? wcale (nie potrzeba) ☐ kilka razy dziennie ☐ Zakładam podpadkę lub kąpiel: przed wyjściem z domu ☐ także w domu ☐ także na noc ☐ Kiedy zmienia Pani bieliznę lub podpadkę, to czy jest ona: sucha ☐ wilgotna ☐ mokra ☐ mokra i kapiejąca ☐ Gubienie moczu jest dla Pani: właściwie żadnym problemem ☐ niekiedy przeszkadza ☐ przeszkadza mi bardzo ☐ utrudnia mi życie ☐ W jakich sytuacjach gubi Pani bezwiednie mocz? podczas kaszlu i kichania ☐ podczas śmiechu ☐ podczas chodzenia i wchodzenia na schody ☐ podczas schodzenia ze schodów ☐ podczas skakania, podskakiwania, gimnastyki ☐ podczas stania ☐ podczas siedzenia i leżania ☐ Po jakim wydarzeniu wystąpiło gubienie moczu? po porożeniu ☐ po operacji w obrębie podbrzusza ☐ po niepłodności ☐ po innym wydarzeniu ☐ Ile porożeń miała Pani? zadraga ☐ 1-3 ☐ ponad 4 ☐ Liczba noworodków z wagą ponad 4000 g? 0 ☐ 1 ☐ ponad 2 ☐ Czy ma Pani jeszcze niemowlę? tak ☐ nie ☐ Czy miała Pani operację w podbrzuszu? tak, jakie? proszę wymienić ☐ nie ☐	Czy oddawaniu moczu towarzyszy ból? tak, podczas oddawania moczu ☐ tak, po oddaniu moczu ☐ nie ☐ Jak często w ciągu dnia chodzi Pani odpuszczać mocz? co 3-6 godzin ☐ co 1-2 godziny ☐ co pół godziny lub częściej ☐ ze zmieniającą częstotliwością ☐ Czy budzi się Pani w nocy z uczuciem parcia? Jak często musi Pani w nocy oddawać mocz? nie ☐ raz, nieregularnie ☐ 2-4 razy ☐ 5 lub więcej ☐ Czy moczy się Pani podczas snu? nie ☐ niekiedy, rzadko ☐ często, regularnie ☐ Czy może Pani opłoniąć uczucie parcia? może przetrzymać ☐ muszy oddać mocz w ciągu 10-15 minut ☐ muszy natychmiast oddać mocz, w ciągu 1-5 minut ☐ Czy zdarza się, że podczas parcia nie zdąży Pani dojść do toalety i po drodze popuści Pani mocz? nie ☐ rzadko, np. po przebiegnięciu ☐ niekiedy ☐ często, regularnie ☐ Czy zdarza się, że odczuwa Pani silne parcie i zaszła niekontrolowane oddanie Pani moczu nie mogąc tego opłonić? nie ☐ rzadko ☐ często ☐ Czy może Pani piznować oddawanie moczu dowolnie? tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐ Czy ma Pani uczucie, że po oddaniu moczu pęcherz jest pusty? tak ☐ nie ☐ nie zawsze ☐ nie wiem ☐ Czy jest trudne do opłonięcia parcia na mocz jest dla mnie: właściwie żadnym problemem ☐ niekiedy jest kłopotliwe ☐ jest kłopotliwe ☐ bardzo kłopotliwe ☐ Ile Pani waży? do 50 kg ☐ 51-60 ☐ 61-70 ☐ 71-80 ☐ 81 i więcej ☐ Odczuwa Pani uderzenia gorąca? tak ☐ nie ☐ Czy przyjmuje Pani hormony w tabletkach lub iniekcjach? tak ☐ nie ☐
---	--

Proszę nie wypełniać	Punktacja nietrzymania z parcia ☐	Punktacja nietrzymania przy wysiłku ☐	Pora diagnostyki ☐
----------------------	--	--	---

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Gaudenz R. Der Inkontinenz-Fragebogen mit dem neuen Urge-Score und Stress-Score. Geburtsh u Frauenheilk 1979; 39: 784–792. - Petros PP, Ulmsten U. Acta Obstet Gynecol Scand 1992 Jensen et al. Obstet Gynecol 1994 - Angelo PH, de Queiroz NA, Leitão ACR, Marini G, Micussi MT. Validation of the international consultation on incontinence modular questionnaire – female lower urinary tract symptoms (ICIQ-FLUTS) into brazilian portuguese. Int Braz J Urol. 2020, 46(1): 53-59. - Kieres P, Rokita W, Stanisławska M, Rechberger T, Gałęzia M. Wartość diagnostyczna wybranych kwestionariuszy (UDI 6SF, Gaudenza, MESA, ICIQ-SF, oraz King's Health Questionnaire) w rozpoznawaniu różnych postaci klinicznych nietrzymania moczu u kobiet. Ginekol Pol. 2008, 79: 338-341 - Nawrocka-Rutkowska J., Cieciewicz S., Cieciewicz M. et al: Porównanie skuteczności operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu metodami slingowymi (TOT i TVT) na podstawie kwestionariusza Gaudenza, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2011, 4, 4, 206-212. - Zenon Płachta Z, Mazur P., Walaszek P. et al. The prevalence and risk factors for urinary incontinence among gynaecological patients. Przegląd Menopauzalny 2002;1:28-32 - Stadnicka G., Janik M., Łepecka-Klusek C. Pilewska-Kozak A. Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014;20, (2): 136–140 - Shamliyan T., Wyman J., , Bliss D.Z., et al. Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. <i>Evidence Reports/Technology Assessments [serial online]</i>. 2007 Dec; 161; 1–379. Dostępny w internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18457475/; 26.09.2022 - Właźlak E., Surkont G., Stetkiewicz T. i wsp.: Wpływ wybranych metod nieoperacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu na jakość życia pacjentek. Przegląd menopauzalny; 2005, 2: 53-60. - Wójtowicz U.A., Płazewska-Żywko L., Kołacz E. Inkontynencja – cichy problem. Analiza czynników ryzyka. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 3: 92–97.

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.3. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (eGFR, estimated glomerular filtration rate) według Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI)[1]	
Nazwa skali w języku angielskim	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI).	
Skrót	CKD-EPI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona CKD-EPI	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H. i wsp. A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann. Intern. Med. 2009; 150: 604–612
	Rok publikacji	2009
	Źródło	Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H. i wsp. A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann. Intern. Med. 2009; 150: 604–612

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Szacowanie wielkości przesączania kłębuszkowego (eGFR)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wzór CKD-EPI jest bardziej dokładny zwłaszcza w przypadku wyższych wartości GFR > 60 ml/min/1,73 m ² [1,2,3]
	Struktura skali	Wzór CKD-EPI uwzględnia stężenie kreatyniny w surowicy krwi, wiek, płeć oraz rasę pacjenta [1].
	Orientacyjny czas badania	Do obliczenia eGFR z wykorzystaniem wzoru CKD-EPI można przygotować w programie Microsoft Excel formułę do obliczeń.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Upowszechnienie wzorów do oszacowania przesączania kłębuszkowego w ostatnich latach pozwoliło na bardziej adekwatną ocenę funkcji nerek badanych. Obecnie najczęściej stosowany jest wzór CKD-EPI, z którego pielęgniarka/klinicysta otrzyma informację o wartości GFR w przedziale 60–90 ml/min/1,73 m ² [4]. Powinno to przełożyć się na lepszą opiekę nad pacjentem oraz umożliwić wcześniejszą odpowiedź prewencyjną na zmniejszającą się filtrację kłębuszkową. Zmniejszenie GFR <60 ml/min/1,73 m ² świadczy o zaburzeniu funkcji nerek i ich niewydolności [1,5,6,7,8]. Zastosowanie równania CKD-EPI do oszacowania współczynnika filtracji kłębuszkowej (GFR) zamiast równania Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) zmniejsza częstość diagnozy PChN [9]. Badanie przeprowadzone w grupie 10610 pacjentów we Francji wykazało, że dla oszacowania eGFR u dzieci i młodzieży oraz u dorosłych z łagodną lub umiarkowaną niewydolnością nerek do 40 roku życia równanie Schwartza może być bardziej wiarygodne niż równanie CKD-EPI [10]. Podkreślić należy, iż laboratoria diagnostyczne mając podany pesel pacjenta, a z niego znając wiek przy oznaczeniu kreatyniny obliczają wartość eGFR.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent w każdym wieku
	Miejsce badanych	Każde środowisko pacjenta.
	Stan badanych	Każdy pacjent niezależnie od stanu zdrowia
	Sytuacje	Zaburzenia funkcji nerek
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Lekarz, pielęgniarka	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	np. zgoda autora zgoda PTP	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Wielkość przesączania kłębuszkowego nerek (GFR) (wraz z wielkością albuminurii) stanowi podstawowy wskaźnik oceny zaawansowania przewlekłej choroby nerek (PChN) [11].		
	Kategoria GFR	GFR [ml/min/1,73 m²]	Nazwa opisowa
	G1	≥ 90	Prawidłowe lub zwiększone eGFR
	G2	60-89	Niewielkie zmniejszenie eGFR
	G3 A	45-59	Zmniejszenie eGFR niewielkie do umiarkowanego
	G3 B	30-44	Zmniejszenie eGFR umiarkowane do ciężkiego
	G4	15-29	Ciężkie zmniejszenie eGFR
	G5	< 15	Schyłkowa niewydolność nerek
Formularz skali/ kwestionariusz			

$$\begin{aligned}
 \text{eGFR} &= 141 \times \min(S_{\text{kreat}/\kappa}, 1)^{\alpha} \times \text{maks.}(S_{\text{kreat}/\kappa}, 1)^{-1,209} \times 0,993^{\text{wiek}} \times 1,018 \\
 &\quad (\text{dla kobiet}) \\
 &\quad \times 1,159 (\text{dla rasy czarnej}) \\
 &\quad \text{dla kobiet: } \kappa = 0,7, \alpha = -0,329 \\
 &\quad \text{dla mężczyzn: } \kappa = 0,9, \alpha = -0,411
 \end{aligned}$$

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann. Intern. Med. 2009; 150: 604–612 2. Chrobak Ł, Dębska-Ślizień A, Rutkowski B. Epidemiologia przewlekłej choroby nerki przeszczepionej na podstawie różnych metod oznaczania wskaźnika filtracji kłębuszkowej. Forum Nefrologiczne 2014; 7, (2): 90–96. 3. Jalalonmuhali M, Lim SK, Md Shah MN, Ng KP. MDRD vs. CKD-EPI in comparison to ⁵¹Chromium EDTA: a cross sectional study of Malaysian CKD cohort. BMC Nephrol. 2017 Dec 13;18(1):363. 4. Zdrojewski Ł, Rutkowski B. MDRD or CKD-EPI equation — revolution or evolution? Forum Nefrologiczne 2014;7(1):38-44. 5. KDIGO Board. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2013; 3: 5–14. 6. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2021; 99: 1–87 7. Clinical and Prognostic Implications of Estimating Glomerular Filtration Rate by Three Different Creatinine-Based Equations in Older Nursing Home Residents. Front. Med., 2022 Sec. Geriatric Medicinefile:///C:/Users/agnie/Downloads/fmed-09-870835%20(1).pdf. dostęp 30.09.2022 8. Taal MW. Chronic kidney disease: towards a risk-based approach Clinical Medicine. 2016;16 (6): 117-120

	9. Nakazone MA, Machado MN, Otaviano AP, Rodrigues AMS, Cardinali-Neto A, Bestetti RB. Prognostic Significance of Chronic Kidney Disease (CKD-EPI Equation) and Anemia in Patients with Chronic Heart Failure Secondary to Chagas Cardiomyopathy. <i>Cardiol Res Pract.</i> 2020 Jul 6;2020:6417874. doi: 10.1155/2020/6417874. PMID: 32695504; PMCID: PMC7361888. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361888/Dostęp 30.09.2022 10. Selistre L, Rabilloud M, Cochat P, de Souza V, Iwaz J, Lemoine S, Beyerle F, Poli-de-Figueiredo CE, Dubourg L. Comparison of the Schwartz and CKD-EPI Equations for Estimating Glomerular Filtration Rate in Children, Adolescents, and Adults: A Retrospective Cross-Sectional Study. <i>PLoS Med.</i> 2016 Mar 29;13(3):e1001979. doi: 10.1371/journal.pmed.1001979. PMID: 27023756; PMCID: PMC4811544. 11. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. <i>Kidney Int.</i> 2021 Mar;99(3S):S1-S87. doi: 10.1016/j.kint.2020.11.003. PMID: 33637192.
--	--

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.4. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (eGFR, estimated glomerular filtration rate) według Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)[1]	
Nazwa skali w języku angielskim	Estimated glomerular filtration rate (eGFR) by Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)	
Skrót	MDRD	
Wersja skali	Właściwa Skrócona MDRD	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Levey A.S., Bosch J.P., Lewis J.B. i wsp.
	Rok publikacji	1999
	Źródło	Levey A.S., Bosch J.P., Lewis J.B. i wsp. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. <i>Ann. Intern. Med.</i> 1999; 130: 461–470
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (eGFR)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wzór MDRD opracowano w populacji liczącej 1628 osób z PChN (tj. z GFR < 60 ml/min/1,73 m ²). Dla takiej populacji ustalono zależność liniową między logarytmem GFR a logarytmem ze stężenia kreatyniny [1].
	Struktura skali	Wzór MDRD występuje w postaci klasycznej uwzględniającej stężenie kreatyniny, azotu mocznika i albuminy w surowicy krwi, wiek, płeć oraz rasę pacjenta (MDRD6) [2] oraz w wersji uproszczonej uwzględniającej jedynie wiek, płeć, rasę i stężenie kreatyniny (MDRD4) [3].
	Orientacyjny czas badania	Do obliczenia eGFR z wykorzystaniem wzoru MDRD można przygotować w programie Microsoft Excel formułę do obliczeń.

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania prowadzone w populacji pacjentów z PChN wykazały, że ta zależność między logarytmem GFR a logarytmem ze stężenia kreatyniny jest bardziej złożona, a wzór MDRD systematycznie zaniża wartość GFR w przedziale 60–120 ml/min/1,73 m ² . Wzór ten ma małą dokładność u osób zdrowych, gdyż został opracowany w populacji osób z PChN [4,5]. Wzór MDRD Wzór MDRD umożliwił prowadzenie badań nad epidemiologią PChN na całym świecie. Stało się to możliwe dzięki wprowadzonym modyfikacjom dotyczącym wzoru MDRD, które uwzględniły różnice rasowe. Na podstawie dużych badań populacyjnych stworzono modyfikację wzoru m.in. dla populacji chińskiej i japońskiej [6,7,8]. Do zastosowania wzoru MDRD potrzebna jest znajomość stężenia kreatyniny w surowicy, wieku, płci i rasy. W wielu laboratoriach na wyniku przy oznaczonym stężeniu kreatyniny w surowicy podawana jest jednocześnie automatycznie wielkość przesączania kłębuszkowego obliczona właśnie za pomocą wzoru MDRD, gdyż na skierowaniu podawane są wiek chorego lub PESEL oraz płeć [10]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Zgodnie z opinią Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego wzór MDRD jest powszechnie stosowany w odniesieniu do osób dorosłych [9].
	Miejsce badanych	Każde środowisko pacjenta.
	Stan badanych	Każdy pacjent niezależnie od stanu zdrowia
	Sytuacje	Zaburzenia funkcji nerek
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wielkość przesączania kłębuszkowego nerek (GFR) (wraz z wielkością albuminurii) stanowi podstawowy wskaźnik oceny zaawansowania przewlekłej choroby nerek (PChN).	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Wzór MDRD postać klasyczna

$$eGFR = 170 \times \text{stęż. kreatyniny}^{-0,999} \times \text{wiek}^{-0,176} \times \text{BUN}^{-0,17} \times \text{albumina}^{0,318} \times (0,762 \text{ u kobiet}) \times (1,18 \text{ u osób rasy czarnej}) [\text{ml/min/1,73 m}^2 \text{ powierzchni ciała}]$$

Wzór MDRD postać skrócona

$$eGFR = 186 \times \text{Scr} [\text{mg/dl}]^{-1,154} \times \text{wiek}^{-0,203} \times 0,742 (\text{jeśli kobieta}) \times 1,212 (\text{jeśli rasa czarna})$$

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Inker L.A., Levey A.S. Pro: Estimating GFR using the chronic kidney disease epidemiology collaboration (CKD-EPI) 2009 creatinine equation: the time for change is now. <i>Nephrol. Dial. Transplant.</i> 2013; 28: 1390–1396. 2. Levey A.S., Bosch J.P., Lewis J.B. i wsp. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. <i>Ann. Intern. Med.</i> 1999; 130: 461–470 3. Levey A.S., Coresh J., Greene T. i wsp. Using standardized serum creatinine values in the modification of diet in renal disease study equation for estimating glomerular filtration rate. <i>Ann. Intern. Med.</i> 2006; 145: 247–254. 4. Stevens L.A., Coresh J., Greene T., Levey A.S. Assessing kidney function — measured and estimated glomerular filtration rate. <i>N. Engl. J. Med.</i> 2006; 354: 2473–2483. 5. Renke M, Parszuto J, Rybacki M, et al. Chronic kidney disease – The relevant information for an occupational physician. <i>Medycyna Pracy.</i> 2018;69(1):67-75. doi:10.13075/mp.5893.00624. 6. Zhang L., Zuo L., Wang F. i wsp. Cardiovascular disease in early stages of chronic kidney disease in a Chinese population. <i>J. Am. Soc. Nephrol.</i> 2006; 17: 2617–2621 7. Zhang L., Zhao F., Yang Y. i wsp. Association between carotid artery intima-media thickness and early-stage CKD in a Chinese population. <i>Am. J. Kidney Dis.</i> 2007; 49: 786–792 8. Imai E., Horio M., Nitta K. i wsp. Estimation of glomerular filtration rate by the MDRD study equation modified for Japanese patients with chronic kidney disease. <i>Clin. Exp. Nephrol.</i> 2007; 11: 41–50 9. Błazucka U, Iwanowska M, Bobilewicz D. The influence of eGFR calculation method on patients classification to different CKD stage. <i>Diagn Lab.</i> 2019; 55(1): 29-34 10. Bilska M, Grześk G. Wartości eGFR i klirensu kreatyniny w niewydolności nerek – decyzje terapeutyczne. <i>Farmacja Polska</i> 2020, 76(10): 557-561

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.5. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Cockcrofta-Gaulta [1]	
Nazwa skali w języku angielskim	Estimation of glomerular filtration rate (eGFR) from the Cockcroft-Gault formula	
Skrót	Wzór Cockcrofta-Gaulta	
Wersja skali	Właściwa Skrócona Wzór C-G	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Cockcroft D.W., Gault M.H. P.
	Rok publikacji	1976
	Źródło	Cockcroft D.W., Gault M.H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. <i>Nephron</i> 1976; 16: 31–41
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wzór Cockcrofta-Gaulta pozwala oszacować eGFR w początkowych stadiach PChN, jeśli nie współistnieje hiperfiltracja.
	Struktura skali	Wzór Cockcrofta-Gaulta uwzględnia stężenie kreatyniny w surowicy krwi, wiek, płeć oraz masę ciała pacjenta [1].

	Orientacyjny czas badania	Do oszacowania eGFR z wykorzystaniem wzoru Cockcrofta-Gaulta można przygotować w programie Microsoft Excel formułę do obliczeń.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Wartość eGFR obliczana za pomocą wzoru Cockcrofta-Gaulta jest znamienne zawyżona u chorych z nadwagą i otyłych [2,3,4,5]. Zastosowanie tego wzoru u osób starszych powoduje niedoszacowanie wartości eGFR [6,7]. W badaniu w grupie 262 dzieci w wieku od 1 do 18 lat [8] autorzy stwierdzili, że wzór Cockcrofta-Gaulta nie powinien być stosowany u dzieci. Badacze przeprowadzający badanie w grupie 70 pacjentów z przewlekłą chorobą nerek stwierdzili, że równanie Cockcrofta-Gaulta zaniża eGFR w stadiach 1, 2 i 3 przewlekłej choroby nerek [9]. Ci sami autorzy [9] stwierdzili, że równanie Cockcrofta-Gaulta najlepiej koreluje z formułą MDRD na etapie 4 i 1 przewlekłej choroby nerek. Sadeghi i wsp. [10] wykazali, iż obniżony eGFR (< 60 ml/min wg wzoru Cockcrofta-Gaulta) wiąże się ze wzrostem śmiertelności, częstości krwawień i restenozy u pacjentów poddawanych pierwotnej przeszczepnej interwencji wieńcowej z powodu ostrego zawału serca w dalszej obserwacji.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent po 18 roku życia.
	Miejsce badanych	Każde środowisko pacjenta.
	Stan badanych	Każdy pacjent niezależnie od stanu zdrowia
	Sytuacje	Zaburzenia funkcji nerek
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz	
	Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wielkość przesączania kłębuszkowego nerek (GFR) (wraz z wielkością albuminurii) stanowi podstawowy wskaźnik oceny zaawansowania przewlekłej choroby nerek (PChN).	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Wzór Cockcrofta-Gaulta

$$eGFR \text{ (ml/min)} = [(140 - \text{wiek}) \times \text{masa ciała}] / \text{stężenie kreatyniny w surowicy} \times 72^*$$

* U kobiet uzyskany wynik należy pomnożyć przez 0,85.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. <i>Nephron</i>. 1976;16:31–41. doi: 10.1159/000180580 - Barylski M, Ciebiada M, Górska-Ciebiada M, Kowalski J. Assessment of glomerular filtration rate in elderly patients with metabolic syndrome. <i>Geriatrics</i> 2013; 7: 1-11 - Verhave JC, Fesler P, Ribstein J i wsp. Estimation of renal function in subjects with normal serum creatinine levels: influence of age and body mass index. <i>Am J Kidney Dis</i> 2005; 46: 233-241.

	4. Froissart M., Rossert J., Jacquot C. i wsp. Predictive performance of the modification of diet in renal Disease and Cockcroft-Gault equations for estimating renal function. J. Am. Soc. Nephrol. 2005; 16: 763–773 5. Hawrot-Kawecka A, Kawecki G, Skupień H, Duława J. The relationship between body mass index, waist circumference and glomerular filtration rate in young men. Ann. Acad. Med. Siles. 2010, 64, 5-6, 31-35 6. Verhave J.C., Fesler P., Ribstein J. i wsp. Estimation of renal function in subjects with normal serum creatinine levels: influence of age and body mass index. Am. J. Kidney Dis. 2005; 46: 233–241. 7. Garg A.X., Papaioannou A., Ferko N. i wsp. Estimating the prevalence of renal insufficiency in seniors requiring long-term care. Kidney Int. 2004; 65: 649–653. 8. Filler G, Foster J, Acker A, Lepage N, Akbari A i wsp. The Cockcroft-Gault formula should not be used in children. Kidney International 2005; 67: 2321–2324 9. Ali1 A, Asif N, Rai Z. Estimation of GFR by MDRD Formula and Its Correlation to Cockcroft-Gault Equation in Five Stages of Chronic Kidney Disease. Open Journal of Nephrology 2013; 3: 37-40 10. Sadeghi H.M., Stone G.W., Grines C.L. i wsp. Impact of renal insufficiency in patients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction. Circulation 2003; 108: 2769–2775. 29. Wright R.S., Reeder G.S., Herzog C.A. i wsp. Acute myocardial infarction and renal dysfunction: a high-risk combination. Ann. Intern. Med. 2002; 137: 563–570
--	---

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.6. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Schwartza.	
Nazwa skali w języku angielskim		
Skrót	Wzór Schwartza.	
Wersja skali	Właściwa Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Schwartza. Skrócona Wzór Schwartza.	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	1976
	Źródło	Schwartz G.J., Haycock G.B., Edelmann C.M. Jr, Spitzer A.: A simple estimate of glomerular filtration rate in children derived from body length and plasma creatinine. Pediatrics 1976; 58: 259–263.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wzór Schwartza. pozwala oszacować eGFR u dzieci do 17 lat [1,2].
	Struktura skali	Wzór Schwartza uwzględnia stężenie kreatyniny w surowicy krwi i wzrost dziecka [1]. Wynik powinno się odnieść do należnej masy ciała – wówczas jest on podany w ml/min/1,73 m ² powierzchni ciała [3].
	Orientacyjny czas badania	Do oszacowania klirensu kreatyniny z wykorzystaniem wzoru Schwartza można przygotować w programie Microsoft Excel formułę do obliczeń.

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Wzór Schwartza do oszacowania przesączania kłębuszkowego (eGFR) został opracowany w latach 70 XXI wieku. Metoda ta mierzy zarówno stężenie kreatyniny, jak i innych chromogenów, co zawyża wartość faktycznego stężenia kreatyniny [3]. Obecnie do oznaczania kreatyniny powszechnie stosowane są metody enzymatyczne i pozwalające określać stężenie kreatyniny zwiększając precyzyjność. Dlatego w 2009 roku Schwartz i wsp. przedstawili zmodyfikowany wzór, w którym współczynnik k wynosi 0,413 dla wszystkich grup wiekowych [4]. W badaniach prowadzonych w grupie 10 610 pacjentów w wieku od 3 do 90 lat z eGFR od 3 do 160 ml/min/1,73 m ² wykazano, że wśród młodych dorosłych (18-40 lat) ze zmierzonymi wartościami GFR wskazującymi na łagodną lub umiarkowaną utratę czynności nerek, równanie Schwartza charakteryzowało się lepszą precyzją i było dokładniejsze niż równanie CKD-EPI, ale u wszystkich pacjentów w wieku ≥65 lat, równanie CKD-EPI wypadło lepiej niż równanie Schwartza [5]. Ponadto, u dzieci i młodzieży, równanie Schwartza było lepsze niż równanie CKD-EPI. Autorzy powyższego badania podkreślili, iż wzór Schwartza może być bardziej wiarygodny niż równanie CKD-EPI do szacowania eGFR u dzieci i młodzieży oraz u dorosłych z łagodnym lub umiarkowanym upośledzeniem czynności nerek do 40 roku życia [5]. Badanie prowadzone w grupie 1074 japońskich dzieci w wieku od 1 do 16 roku życia, w tym w okresie dojrzewania nie potwierdziły zasadności stosowania nowego równania Schwartza u japońskich dzieci [6]. Autorzy tłumaczyli ten fakt różnicami w funkcji nerek i masie mięśniowej między osobnikami japońskimi i amerykańskimi. W badaniach prowadzonych u pacjentów poddawanych chemioterapii lekami nefrotoksycznymi stwierdono, iż leukocytoza może być czynnikiem predykcyjnym w przeszacowaniu GFR metodą Schwartza [7]. Minusem równania Schwartz jest konieczność podania wzrostu dziecka, który jest często niedostępny przez laboratoria diagnostyczne co sprawia, że automatyczne raportowanie szacowanego wskaźnika filtracji kłębuszkowej jest niemożliwe [8,9,10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjent do 17 roku życia.
	Miejsce badanych	Każde środowisko pacjenta.
	Stan badanych	Pacjent do 17 roku życia z PChN.
	Sytuacje	Zaburzenia funkcji nerek
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wielkość przesączania kłębuszkowego nerek (GFR) (wraz z wielkością albuminurii) stanowi podstawowy wskaźnik oceny zaawansowania przewlekłej choroby nerek (PChN).	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Wzór Schwartza

$eGFR \text{ (ml/min/1,73 m}^2\text{)} = k \times \text{wzrost (cm)}/\text{stężenie kreatyniny (mg/dl)}$

Gdzie współczynnik k wynosi:

0,33 – niemowlęta z małą masą urodzeniową

0,45 – niemowlęta z prawidłową masą urodzeniową

0,55 – dzieci 2–12 lat

0,55 – dziewczynki od 13. roku życia

0,70 – chłopcy od 13. roku życia

0,413 – wg modyfikacji z 2009 roku obowiązuje dla wszystkich grup wiekowych

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Schwartz G.J., Haycock G.B., Edelmann C.M. Jr, Spiter A.: A simple estimate of glomerular filtration rate in children derived from body length and plasma creatinine. <i>Pediatrics</i> 1976; 58: 259–263 - Jazienicka-Kiełb A, Babicki M, Krajewska M, Oko A, Mastalerz-Migas A. Przewlekła choroba nerek w praktyce lekarza POZ – diagnostyka, obraz kliniczny, postępowanie. <i>Lekarz POZ</i> 2022;2: 105-111. - Lichosik M, Placzyńska M, Jobs K, Jung A. Comparison of the estimating glomerular filtration rate in children by different methods. <i>Pediatr Med Rodz</i> 2013, 9 (2): 154–159 - Schwartz G.J., Muñoz A., Schneider M.F. i wsp.: New equations to estimate GFR in children with CKD. <i>J. Am. Soc. Nephrol.</i> 2009; 20: 629–637. - Selistre L, Rabilloud M, Cochat P, de Souza V, Iwaz J, Lemoine S, et al. Comparison of the Schwartz and CKD-EPI Equations for Estimating Glomerular Filtration Rate in Children, Adolescents, and Adults: A Retrospective Cross-Sectional Study. <i>PLoS Med</i> 2016; 13(3): e1001979. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001979 - Webster-Clark, M., Jaeger, B., Zhong, Y. <i>et al.</i> Low agreement between modified-Schwartz and CKD-EPI eGFR in young adults: a retrospective longitudinal cohort study. <i>BMC Nephrol</i> 19, 194 (2018). https://doi.org/10.1186/s12882-018-0995-1 - Esmailnejad SS, Nazari S, Esfandiar N. Comparison Between eGFR by Schwartz Formula with Measured GFR by Radionuclide Diethylenetriamine Pentaacetic Acid Scan (Tc99 DTPA scan), in Patients Undergoing Chemotherapy with Nephrotoxic Drugs. <i>IJKD</i> 2020;14:463-9. - Salazar-GutiérrezML, Ochoa-PonceC, Lona-ReyesJC, Gutiérrez-ÍñiguezSI. Concordancia de las ecuaciones de filtración glomerular con la depuración de creatinina en niños de 24 horas, fórmulas de Schwartz y Schwartz actualizada. <i>Bol Med Hosp Infant Mex.</i> 2016;73:181---187. - Pottel H, Dubourg L, Goffin K, and Delanaye P. Alternatives for the Bedside Schwartz Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate in Children. <i>Adv Chronic Kidney Dis.</i> 2018;25(1):57-66. - Zachwieja K, Korohoda P, Kwinta-Rybicka J, Miklaszewska M, Moczulska A et al: Modification of the Schwartz equations for children increases their accuracy at eGFR >60mL/min/1.73 m2. <i>Ren Fail.</i> 2016; 38: 787-798.

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.7. Ocena adekwatności hemodializy	
Nazwa skali w języku angielskim	Evaluation of dialysis adequacy in hemodialysis patients	
Skrót	Kt/v	
Wersja skali	Właściwa: Ocena adekwatności hemodializy Skrócona: Kt/v	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wielkość filtracji kłębuszkowej nerek (GFR)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Ocena adekwatności hemodializy jest standardowo, okresowo prowadzona u wszystkich pacjentów hemodializowanych.
	Struktura skali	Wzór
	Orientacyjny czas badania	Do obliczenia Kt/V można przygotować w programie Microsoft Excel formułę do obliczeń.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W uproszczonym modelu jednokompartментowym zakłada się, że całkowita woda ustroju V może być modelowana jako jednorodny zbiornik, z pominięciem wszelkich efektów dynamicznych [2].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci po 18 roku życia
	Miejsce badanych	Stacja dializ
	Stan badanych	Każdy pacjent hemodializowany
	Sytuacje	Okresowe sprawdzanie adekwatności hemodializy
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	np. zgoda autora	
	zgoda PTP	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kt/V (frakcjonowany klirens objętości dystrybucji) - obecnie uważa się, że dla pacjentów hemodializowanych 3 razy w tygodniu minimalna wartość Kt/V w modelu jednoprziedziałowym (spKt/V) powinna wynosić 1,2, przy czym zaleca się, aby osiągała 1,3–1,4, co warunkuje dobre wyniki odległe; wzrost wartości Kt/V uzyskuje się poprzez zwiększenie przepływu krwi (lub krwi i dializatu), zastosowanie większego dializatora, wydłużenie czasu dializy lub zastosowanie dializy o wyższej wydajności (high-flux HD albo HDF) [1].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.8. Ocena adekwatności dializy otrzewnowej	
Nazwa skali w języku angielskim	Assessment of adequacy in peritoneal dialysis	
Skrót	Kt/v	
Wersja skali	Właściwa: Ocena adekwatności dializy otrzewnowej Skrócona: Kt/v	

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ronco K., Conz P., Bosch J.P, Lew S.Q., Greca G La.
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Advances in Chronic Kidney Disease 1994; 1 (1): 15-23 [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
	Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Ocena adekwatności dializy otrzewnowej jest standardowo, okresowo prowadzona u wszystkich pacjentów dializowanych otrzewnowo [1,2,3]
	Struktura skali	Wzór
	Orientacyjny czas badania	Do obliczenia Kt/V można przygotować formułę do obliczeń w programie Microsoft Excel [1,3,4]
Rekomendacje zastosowania skali	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	
	Wiek badanych	Pacjenci po 18 roku życia
	Miejsce badanych	Opieka domowa, szpitalna
	Stan badanych	Każdy pacjent dializowany otrzewnowo
	Sytuacje	Okresowe sprawdzanie adekwatności dializy otrzewnowej [1,5]
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Do pomiaru adekwatności dializoterapii mierzonej wskaźnikiem Kt/V (gdzie K-klirens mocznika, t-czas leczenia, V- objętość dystrybucji mocznika) wykorzystuje się 24-godzinną zbiórkę płynu dializacyjnego i moczu z doby poprzedzającej badanie [1,2,6]. Przy ocenie Kt/V korzysta się ze wzoru na całkowity Kt/V, będący sumą Kt/V otrzewnowego i Kt/V nerkowego: $\text{Kt/V całkowity} = \text{Kt/V otrzewnowy} + \text{Kt/V nerkowy}$ $\text{Kt/V otrzewnowy} = D/P \times \text{VD}$ $\text{Kt/V nerkowy} = U/P \times \text{VU}$ Tygodniowy Kt/V całkowity = Kt/V całkowity x 7 Tygodniowy Kt/V otrzewnowy = Kt/V otrzewnowy x 7 Tygodniowy Kt/V nerkowy = Kt/V nerkowy x 7 Gdzie: D - stężenie mocznika w dializacie; P – stężenie mocznika w osoczu; U – stężenie mocznika w moczu; VD – objętość dobową dializatu; VU – objętość dobową moczu; V – wyliczona objętość dystrybucji mocznika (wyliczenie na podstawie Normogramu Watsona). Jako wartość referencyjną uznano Kt/V całkowity > 1,7 L/tydz./1,73 m² [1,2,7,8,9,10].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Ronco K., Conz P., Bosch J.P. et al. Assessment of adequacy in peritoneal dialysis. <i>Advances in Chronic Kidney Disease</i> 1994; 1 (1): 15-23. Dostępny w internecie: https://www.ackdjournal.org/article/S1073-4449(12)80018-5/pdf dostęp 2.10.2022 2. Ostrowski J., Rutkowski B., Muszytowski M.: Unknown Polish pioneers of peritoneal dialysis. <i>J. Nephrol.</i> 2011;24 (17): 89-92 3. Lichodziejewska- Niemierko, M., Ocena właściwości błony otrzewnowej - wskazania grupy European Renal Best Practice 2010. <i>Wolny Transport otrzewnowy - postępowanie i rokowanie. Forum Nefrologiczne</i> 2010;3 (3): 154-161. 4. Baczyński D., Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. Adekwatność dializy otrzewnowej. W: Rutkowski B. (red.). <i>Leczenie nerkozastępcze</i>. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 233–247 5. Wańkowicz Z., Lichodziejewska-Niemierko M., Sułowicz W. Standardy postępowania w dializie otrzewnowej. W: Rutkowski B., Czekalski S. (red.). <i>Rozpoznawanie i leczenie chorób nerek — wytyczne, zalecenia i standardy postępowania</i>. Termedia, Poznań 2008: 319–333. 6. Barutcu A., Demircioglu O. D., Cimsit C. et al. Assessment of peritoneal thickness using CT in relation to dialysis adequacy in peritoneal dialysis patients. <i>Ther Apher Dial.</i> 2021; 25 (6): 954-961. 7. Churchill B.M., Patri P. The Nitty-Gritties of Kt/Vurea Calculations in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. <i>Indian J Nephrol.</i> 2021; 31 (2): 97-110. Dostępny w internecie: https://www.indianjephrol.org/article.asp?issn=0971-4065;year=2021;volume=31;issue=2;epage=97;epage=110;aulast=Churchill Dostęp 02.10.2022 8. Ryckelynck J.P., Fichoux M., Castrale C. et al. Adequacy in peritoneal dialysis. <i>Contrib Nephrol.</i> 2012; 178:195-199. 9. Grzegorzewska A.E., Mariak I. Parametry kwasu krwi: bilans zasadowy i adekwatność ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej oraz spożycie diety i stan odżywienia. <i>Pol Merkur Lekarski</i> 1999; 6 (34):176-181. 10. Lo, W.K., et al., Guideline on targets for solute and fluid removal in adult patients on chronic peritoneal dialysis. <i>Perit Dial Int</i> 2006; 26(5): 520-522.

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.9. Ocena ujścia zewnętrznego według Twardowskiego i wsp.[1]	
Nazwa skali w języku angielskim	Evaluation of the external outlet according to Twardowski et al. [1].	
Skrót		
Wersja skali	Właściwa Ocena ujścia zewnętrznego według Twardowskiego i wsp.[1] Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Twardowski ZJ, Prowant BF.
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Twardowski ZJ, Prowant BF. Classification of normal and diseased exit sites. <i>Perit Dial Int.</i> 1996;16 Suppl 3:S32-S50. PMID: 8860149.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena ujścia cewnika otrzewnowego, wykorzystywanego do dializy otrzewnowej.

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Pacjenci w 5, schyłkowym stadium przewlekłej choroby nerek wymagają leczenia nerkozastępczego. Jedną z metod leczenia jest dializa otrzewnowa. Pozwala choremu na przeprowadzenie całego procesu w domu. Leczenie dializami otrzewnowymi ograniczone jest jednak do wybranych grup pacjentów i nie może być zastosowane w każdym przypadku [2,3]. Warunkiem rozpoczęcia leczenia za pomocą dializ otrzewnych jest uzyskanie dostępu do jamy otrzewnowej dzięki założeniu specjalnego cewnika. Najczęściej jest używany klasyczny, prosty cewnik Tenckhoffa z dwiema mufkami, który jest zakładany w ramach sali operacyjnej, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. [4,5,6].
	Struktura skali	Wizualna ocena, opis stanu skóry ujścia cewnika otrzewnowego.
	Orientacyjny czas badania	Badanie jest krótkie, zajmuje 1 minutę.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ocena ujścia cewnika otrzewnowego powinna być dokonywana przy każdorazowej zmianie opatrunku. Najczęściej opatrunek zmienia się co 2 dni, codziennie w razie kąpieli pod prysznicem lub przypadkowego zamoczenia opatrunku [7]. Warto podkreślić, iż okolica ujścia cewnika po jego wszczępieniu wymaga zwykle więcej niż 6 tygodni czasu gojenia. Twardowski sugeruje mierzenie średnicy zaczerwienienia od granicy do granicy, z uwzględnieniem szerokości cewnika. Zgodnie z wytycznymi Twardowskiego, 13 milimetrów to maksymalna średnica pomiaru zaczerwienienia, aby wyjście zostało sklasyfikowane jako „dobre”. Nie powinno być bólu, obrzęku, jaskrawego różowego lub czerwonego koloru, wybijanej tkanki ziarninowej, wysięku zewnętrznego ani obfitej wydzieliny wewnętrznej [1,3,8]. Wizualna ocena ujścia cewnika do dializy otrzewnowej według Twardowskiego została uwzględniona w standardach opieki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie nefrologicznym dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dializoterapii [9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Każdy pacjent bez względu na wiek, który ma założony cewnik do dializy otrzewnowej.
	Miejsce badanych	Środowisko domowe pacjenta, poradnia, szpital.
	Stan badanych	Każdy pacjent z założonym cewnikiem do dializy otrzewnowej niezależnie od stanu zdrowia.
	Sytuacje	Za każdym razem przy wykonaniu przez pacjenta w domu opatrunku ujścia cewnika do dializy otrzewnowej, a pielęgniarka, lekarz gdy pacjent jest hospitalizowany lub jest na badaniach kontrolnych w Poradni Dializ Otrzewnowych.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz.	
	Osoby nieprofesjonalne, kto? Pacjent, członek rodziny.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Stan, opis ujścia skóry wokół cewnika otrzewnowego.
Formularz skali/ kwestionariusz	

Ocena ujścia zewnętrznego wg Twardowskiego i wsp [10]

Doskonale ujście	Prawidłowy wygląd skóry, bez bólu, nacieku, rumienia, wydzieliny i ziarniny
Dobre ujście	Wilgotne, z okresowym tworzeniem się strupa
Niedostateczne ujście	Obecny strup i wydzielina surowicza na opatrunku
Zapalenie ujścia	Ból, naciek, zaczerwienienie, wydzielina ropna lub obecność ziarniny. Ostre do 4 tygodnie. Przewlekłe ponad 4 tygodnie

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Twardowski ZJ, Prowant BF. Classification of normal and diseased exit sites. <i>Perit Dial Int.</i> 1996;16 Suppl 3:S32-S50. PMID: 8860149. 2. Teitelbaum I. <i>The New England Journal of Medicine</i> 2021, 385(19): 1786-1796 3. Classifying Exit Sites and Diagnosing Exit Site Infections. https://advancedrenaeducation.com/wp/wp-content/uploads/2020/12/Standard_w_pielęgniarstwie_nefrologicznym.pdf dostęp 10.10.2022 4. Polski P, Kusz M, Pawluczuk P, Maślak A, Alzubedi A. Peritoneal dialysis catheter placement technique. <i>Journal of Education, Health and Sport.</i> 2020;10(5):207-212 5. Brodalka E, Suchowierska E, Naumnik B. Is it mandatory to apply dressing on the exit site of the Tenckhoff catheter? <i>Renal Disease and Transplantation Forum</i> 2022,15(1): 32–35 6. Zhao L, Yang J, Bai M, Dong F, Sun S and Xu G. Risk Factors and Management of Catheter Malfunction During Urgent-Start Peritoneal Dialysis. <i>Front. Med.</i>2021; 8: 22-34. 7. Lichodziejewska-Niemierko M. Recommendations for exit site care of peritoneal catheter in light of recent publications. <i>Forum Nefrologiczne</i> 2014, 7(4): 234-240. 8. Prowant BF, Twardowski ZJ. Recommendations for exit care. <i>Perit Dial Int.</i> 1996;16 Suppl 3:S94-S99.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8860152.dostęp 10.10.2022 9. Standard opieki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie nefrologicznym dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dializoterapii http://oipip-bp.pl/wp-content/uploads/2020/12/Standard_w_pielęgniarstwie_nefrologicznym.pdf dostęp 10.11.2022 10. Rutkowski B.(red.) Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. Wyd. Via Medica Gdańsk 2014.

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA
Nazwa skali w języku polskim	II.7.A.10. Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaefera i wsp..[1]
Nazwa skali w języku angielskim	Scoring of peritoneal catheter outlet inflammation according to Schaefer et al.
Skrót	
Wersja skali	Właściwa Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaeffera i wsp Skrócona

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Schaefer F., Klaus G., Müller-Wiefel D.E., Mehls O
	Rok publikacji	1999
	Źródło	Schaefer F., Klaus G., Müller-Wiefel D.E., Mehls O. Intermittent versus continuous intraperitoneal glycopeptide/ceftazidime treatment in children with peritoneal dialysis-associated peritonitis. The Mid-European Pediatric Peritoneal Dialysis Study Group (MEPPS). J. Am. Soc. Nephrol. 1999; 10: 136–145
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego, wykorzystywanego do dializy otrzewnowej.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	W programie leczenia dializami otrzewnowymi niezwykle istotna jest pielęgnacja ujścia cewnika i jego ocena w kierunku stanu zapalnego [2,3,4,5]. W ocenie stanu zapalnego ujścia wskazane jest posługiwanie się klasyfikacją Twardowskiego lub punktową skalą Schaefera [6].
	Struktura skali	Wzrokowa ocena, opis stanu skóry ujścia cewnika otrzewnowego.
	Orientacyjny czas badania	Badanie jest krótkie, zajmuje 1 minutę.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaefera i wsp została uwzględniona w standardach opieki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie nefrologicznym dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dializoterapii [7].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Każdy pacjent bez względu na wiek.
	Miejsce badanych	Środowisko domowe pacjenta, poradnia, szpital.
	Stan badanych	Każdy pacjent niezależnie od stanu zdrowia
	Sytuacje	Pacjent z wytworzonym cewnikiem do dializy otrzewnowej.
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz.	
	Osoby nieprofesjonalne, kto? Pacjent, członek rodziny.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		np. zgoda autora zgoda PTP
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik powyżej 4 punktów świadczy o zapaleniu ujścia	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaefera i wsp.

	0 pkt	1 pkt	2 pkt
obrząk	Brak	W ujściu < 0.5 cm	> 0.5 cm i/lub w tunelu
strup	Brak	< 0.5 cm	> 0.5 cm
zaczerwienienie	Brak	< 0.5 cm	> 0.5 cm
bolesność	Brak	niewielka	duża
wydzielina	Brak	surowicza	ropna

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Schaefer F., Klaus G., Müller-Wiefel D.E., Mehls O. Intermittent versus continuous intraperitoneal glycopeptide/ceftazidime treatment in children with peritoneal dialysis-associated peritonitis. The Mid-European Pediatric Peritoneal Dialysis Study Group (MEPPS). J. Am. Soc. Nephrol. 1999; 10: 136–145. 2. Pluta A, Sulikowska B, Budnik-Szymoniuk M, Basińska-Drozd . Nursing care for peritoneal dialysis patient. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(6):389-396 3. Rutkowski B. (red.), Leczenie nerkozastępcze. Wyd. Czelej Sp. z oo., Lublin 2007. 4. Rutkowski B.(red.) Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. Wyd. Via Medica Gdańsk 2014. 5. Li PK-T, Chow KM, Cho Y, et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. <i>Peritoneal Dialysis International</i>. 2022;42(2):110-153. 6. Lichodziejewska-Niemierko M. Recommendations for exit site care of peritoneal catheter in light of recent publications. Forum Nefrologiczne 2014; 7(4): 234–240 7. Standard opieki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie nefrologicznym dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dializoterapii http://oipip-bp.pl/wp-content/uploads/2020/12/Standard_w_pielegniarstwie_nefrologicznym.pdf dostęp 10.110.2022

II.8. Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne

Szymańska Anna¹, Sikorska-Iwańska Aleksandra¹

¹ Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu

8. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 8. A. 1. Skala Ferrimana i Gallweya
- II. 8. A. 2. Skala Hamilltona-Norwooda (HNS)
- II. 8. A. 3. Skala Glogau
- II. 8. A. 4. Dermatology Life Quality Index (DLQI)
- II. 8. A. 5. Comprehensive Acne Severity Scale (CASS)

8. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II. 8. B. 1. Acne grading method by Cook using photographic standards

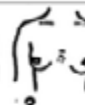
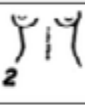
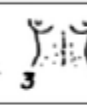
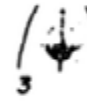
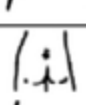
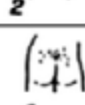
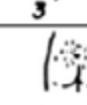
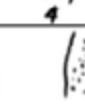
8. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II. 8. C. 1. Skala Ludwiga
- II. 8. C. 2. Globalny system klasyfikacji trądziku

II.8.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.8.A.1. Skala Ferrimana - Gallweya	
Nazwa skali w języku angielskim	Ferriman-Gallwey Score	
Skrót	-	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ferriman David, Gallwey John
	Rok publikacji	1961
	Źródło	Ferriman D, Gallwey JMD. Clinical assessment of body hair growth in women. J Clin Endocrinol Metab 1961; 21: 1440-7 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena owłosienia ciała u kobiet w diagnostyce hirsutyizmu
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	Intensywność owłosienia oceniana jest w skali od 1 do 4, w dziewięciu androgenozależnych okolicach ciała (warga górna, broda, klatka piersiowa, ramiona, górna część brzucha, podbrzusze, górna część pleców, dolna część pleców, uda).
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala Ferrimana-Gallweya jest złotym standardem w rozpoznawaniu hirsutyizmu, wynikającego z podwyższonego poziomu androgenów m.in. w przebiegu zespołu policystycznych jajników [2, 3, 4, 5]. Opisywane narzędzie wykorzystywano również do oceny zależności między stopniem zaawansowania hirsutyizmu, a poziomem androgenów [6]. Co więcej, skala używana jest w celu ewaluacji defektu [7, 8]. Skala Ferrimana-Gallweya służy ponadto do oceny skuteczności zabiegów redukujących nadmierne lub niepożądane owłosienie [9]. Narzędzie wykorzystuje się także w celach dydaktycznych na kierunkach związanych z obszarem nauk medycznych i nauk o zdrowiu, takich jak np. kosmetologia [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	12-60 r.ż.
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Kobiety z nadmiernym owłosieniem typu męskiego
	Sytuacje	-
	Inne	-

Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarze pierwszego kontaktu, dermatolodzy, ginekolodzy, endokrynolodzy; kosmetolodzy, kosmetyczki, technicy usług kosmetycznych, położne, specjaliści medycyny estetycznej		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Według skali Ferrimana-Gallweya w każdej ocenianej okolicy przyznawanych jest od zera do czterech punktów. Hirsutyzm rozpoznajemy, jeśli w tej skali kobieta osiągnie 8 lub więcej punktów. Jeśli kobieta osiągnie od 8 do 15 punktów, mówimy wówczas o hirsutyzmie łagodnym. Wartości powyżej 15 punktów świadczą o hirsutyzmie umiarkowanym lub ciężkim.		
Formularz skali/ kwestionariusz			

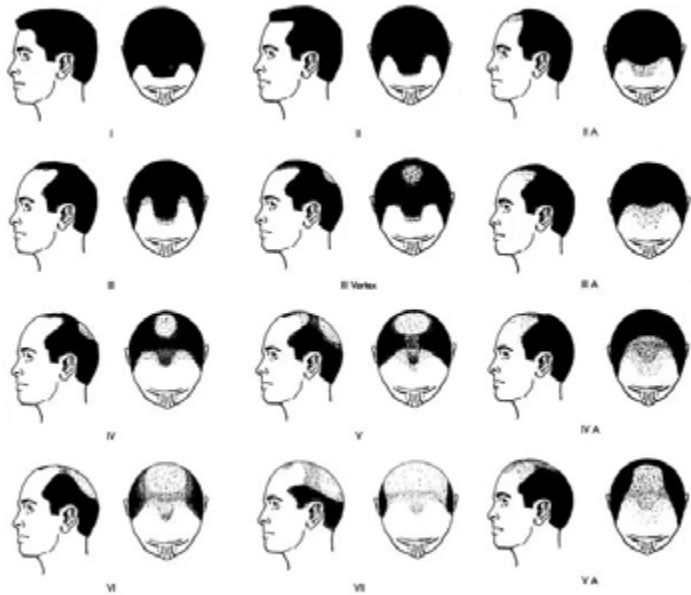
Body Area	Date of exam :					
Upper Lip					Score	
Chin					Score	
Chest					Score	
Upper Abdomen					Score	
Lower Abdomen					Score	
Arms					Score	
Thigh					Score	
Upper Back					Score	
Lower Back					Score	
TOTAL SCORE						

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Ferriman D, Gallwey JMD. Clinical assessment of body hair growth in women. J Clin Endocrinol Metab 1961; 21: 1440-7. - Nekooi M, Bazarganipour F, Zoladl M, Heshmat R, Aramesh S, Hosseini N. Effect of Acupressure on Health-Related Quality of Life in Patients with Polycystic Ovarian Syndrome: A Randomized Clinical Trial. Evid Based Complement Alternat Med 2022; Jun 6:2920132. Dostępny w Internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35707478/. - Matheson E, Bain J. Hirsutism in Women. Am Fam Physician 2019; Aug 1;100(3):168-175. - Escobar-Morreale HF, Carmina E, Dewailly D, Gambineri A, Kelestimur F, Moghetti P, Pugeat M, Qiao J, Wijeyaratne CN, Witchel SF, Norman RJ. Epidemiology, diagnosis and management of hirsutism: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Hum Reprod Update 2012; Mar-Apr;18(2):146-70. - van Zuuren EJ, Pijl H. Hirsutisme [Hirsutism]. Ned Tijdschr Geneesk. 2007; Oct 20;151(42):2313-8. - Coskun A, Ercan O, Arikian DC, Özer A, Kilinc M, Kiran G, Kostu B. Modified Ferriman-Gallwey hirsutism score and androgen levels in Turkish women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; Feb;154(2):167-71. - Somani N, Harrison S, Bergfeld WF. The clinical evaluation of hirsutism. Dermatol Ther 2008; Sep-Oct;21(5):376-91. - Lumezi BG, Berisha VL, Pupovci HL, Goçi A, Hajrushu AB. Grading of hirsutism based on the Ferriman-Gallwey scoring system in Kosovar women. Postepy Dermatol Alergol 2018; Dec;35(6):631-635. - van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, Pandis N. Interventions for hirsutism (excluding laser and photoepilation therapy alone). Cochrane Database Syst Rev 2015; Apr 28;2015(4):CD010334. - Kołodziejczak A. (red.) Kosmetologia. Warszawa: PZWL; 2020.

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.8.A.2. Skala Hamiltona - Norwooda	
Nazwa skali w języku angielskim	Hamilton-Norwood Scale	
Skrót	HNS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	James Hamilton, O'Tar Norwood
	Rok publikacji	1975
	Źródło	Norwood OT. Male pattern baldness: classification and incidence. South Med J 1975; Nov;68(11):1359-65 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Klasyfikowanie rozległości i etapów łysienia typu męskiego (łysienia androgenowego u mężczyzn)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	HNS wskazuje 7 etapów łysienia. Każdy z nich mierzy nasilenie oraz typ łysienia.

	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala Hamiltona-Norwooda jest narzędziem stosowanym przez specjalistów podczas rozpoznawania i omawiania łysienia androgenowego. Jest to wiodący system kwalifikacji, który używany jest przez lekarzy na całym świecie do kwalifikacji i pomiaru stopnia łysienia typu męskiego. Stosowanie takiej skali możliwe jest, ponieważ panowie zazwyczaj tracą włosy w jednym z wielu typowych wzorców. Skala HN pozwala na szybkie i łatwe odszukanie tych wzorców/obrazów i wskazuje, na którym etapie łysienia znajduje się pacjent. [1, 2, 3]. Co bardzo istotne jest punktem odniesienia przy ocenie stopnia łysienia, omawianiu możliwości kuracji oraz mierzenia skuteczności podjętych decyzji. Na jej podstawie specjalista może zaproponować pacjentowi opcje terapeutyczne, a później skutecznie mierzyć ich efekty [4, 5, 6]. HNS stanowi również uzupełnienie aparaturowej diagnostyki stanu owłosionej skóry głowy i ilości owłosienia [7]. Omawiane narzędzie wykorzystywane jest także w ocenie stopnia łysienia towarzyszącego chorobom, w przebiegu których obserwuje się nadmierne wypadanie włosów [8]. Jednym z tego typu czynników wpływających na stan owłosionej skóry głowy, a co za tym idzie samego owłosienia, jest trwająca od 2019 roku pandemia COVID-19 [9, 10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	20-80 r.ż.
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Mężczyzna z objawami łysienia androgenowego
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarze dermatolodzy i chirurdzy plastyczni, kosmetolodzy, trycholodzy, specjaliści medycyny estetycznej Pacjenci płci męskiej zmagający się z problemem nadmiernego wypadania włosów	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Stopień 1. Brak znaczącej utraty włosów lub recesji linii włosów. Występuje tzw. „nastoletnia” linia włosów, czyli brak pogłębionych zakoli. Stopień 2. Istnieje niewielka recesja linii włosów wokół skroni, czyli cofnięcie się przedniej linii włosów i delikatne posunięcie zakola. Przy stopniu drugim występuje tzw. dojrzała linia włosów. Stopień 3. Pojawiają się pierwsze oznaki klinicznie łysienia. Linia włosów staje się głęboko zagłębiona po obu stronach skroni, przypominając kształt M, U lub V. Zagłębione miejsca są całkowicie nagie lub słabo pokryte włosami. Stopień 4. Występuje wyraźnie cofnięta linia włosów, a także przerzedzenie w części ciemniowej, czyli znaczna utrata włosów na czubku głowy (wierzchołku). Etap 5. Recesja na włosach jest cięższa niż na etapie 2, a na wierzchołku są rzadkie włosy lub brak włosów. Dwa obszary utraty kosmyków są oddzielone pasmem włosów, który łączy się z tymi pozostającymi po bokach głowy.	

	Etap 6. Oba obszary wypadania włosów są większe i łączą się w jeden, zwiększając powierzchnię pozbawioną włosów. Etap 7. Linia włosów występuje w części potylicznej, na pozostałym obszarze występuje całkowity brak włosów lub są one bardzo rzadkie. Typ A. Ten typ wypadania włosów jest mniej powszechny niż pozostałe. Główne różnice polegają na tym że linia włosów cofa się równomiernie. Nie zostają włosy na środku głowy a na wierzchołku nie ma łysiny. Linia włosów w tym przypadku przesuwa się w sposób równomierny z przodu do tyłu.
Formularz skali/ kwestionariusz	



Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Norwood OT. Male pattern baldness: classification and incidence. South Med J. 1975 Nov;68(11):1359-65. 2. Gupta M, Mysore V. Classifications of Patterned Hair Loss: A Review. J Cutan Aesthet Surg 2016; Jan-Mar; 9(1):3-12. 3. Taylor R, Matassa J, Leavy JE, Fritschi L. Validity of self reported male balding patterns in epidemiological studies. BMC Public Health 2004; Dec 13;4:60. 4. Severi G, Sinclair R, Hopper JL, English DR, McCredie MR, Boyle P, Giles GG. Androgenetic alopecia in men aged 40-69 years: prevalence and risk factors. Br J Dermatol 2003; Dec;149(6):1207-13. 5. Słowińska M, Witek P, Szafranko K, Tomasik T, Bukowska-Posadzy A, Kowalska-Olędzka E, Owczarek W. Diagnostyka i leczenie łysienia androgenowego. Med. Prakt. 2017; 11:51-64. 6. Blume-Peytavi U, Blumeyer A, Tosti A, Finner A, Marmol V, Trakatelli M, Reygagne P, Messenger A; European Consensus Group. S1 guideline for diagnostic evaluation in androgenetic alopecia in men, women and adolescents. Br J Dermatol 2011; Jan;164(1):5-15. 7. Shih-Hsiung L, Chu-Sing Y. An intelligent hair and scalp analysis system using camera sensors and Norwood-Hamilton model. International Journal of Innovative Computing, Information and Control 2018; April; 14(2): 503-518.

8.	Khan S, Caldwell J, Wilson KM, Gonzalez-Feliciano AG, Peisch S, Pernar CH, Graff RE, Giovannucci EL, Mucci LA, Gerke TA, Markt SC. Baldness and Risk of Prostate Cancer in the Health Professionals Follow-up Study. <i>Cancer Epidemiol Biomarkers Prev</i> 2020; Jun;29(6):1229-1236.
9.	Veskovic D, Ros T, Icin T, Stepanovic K, Janjic N, Kuljancic D, Sedlarevic S, Vlahovic D. Association of androgenetic alopecia with a more severe form of COVID-19 infection. <i>Ir J Med Sci</i> 2022; Mar 23:1–6.
10.	Popescu MN, Berteau M, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Iliescu MG, Stănescu AMA, Ionescu AM. Complementary Strategies to Promote Hair Regrowth in Post-COVID-19 Telogen Effluvium. <i>Clin Cosmet Investig Dermatol</i> 2022; Apr 22;15:735-743.

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.8.A.3. Skala Glogau	
Nazwa skali w języku angielskim	Glogau Wrinkle Scale	
Skrót	-	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Richard Glogau
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Glogau RG. Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. <i>Semin Cutan Med Surg</i> 1996; Sep;15(3):134-8 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena stopnia starzenia skóry pod wpływem promieni słonecznych
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	Stopień zaawansowania zmian związanych z fotostarzeniem określa się na podstawie czterostopniowej skali.
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	System klasyfikacji Glogau został zaprojektowany w celu obiektywnego pomiaru nasilenia zmarszczek i zmian charakterystycznych dla fotostarzenia (przedwczesne starzenie się skóry spowodowane zwykle zbyt dużą ilością promieniowania UV) [1, 2]. Niewątpliwie najczęstszym zastosowaniem opisywanej skali jest ocena skuteczności stosowanych kuracji przeciwstarzeniowych. Dotyczy to zarówno preparatów kosmetycznych wykorzystywanych w pielęgnacji domowej [3, 4], jak i profesjonalnych terapii gabinetowych [5, 6, 7, 8]. Skala Glogau stanowi również narzędzie umożliwiające porównanie przeciwstarzeniowych właściwości dwóch lub więcej konkurencyjnych procedur (np. zabiegów fizykalnych i eksfoliacji chemicznej). Istotny jest w tym wypadku fakt, że pozwala ona ocenić wyższość konkretnej metody biorąc pod uwagę osiągnięte efekty pozbiegowe [9].

Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne

		Co więcej, omawiana skala jest stosowana w badaniach naukowych, jako uzupełnienie aparaturowych metod diagnostyki stanu skóry [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	20-75 r.ż.
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Pacjenci z defektami estetycznymi takimi jak zmarszczki, hiperpigmentacje, zmiany naczyniowe, zaburzenia rogowacenia
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarze dermatolodzy i chirurdzy plastyczni, kosmetolodzy, kosmetyczki, technicy usług kosmetycznych, specjaliści medycyny estetycznej Pacjenci określający swoją skórę jako starzejącą się oraz dojrzałą	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-	
Klucz do skali/interpretacja wyników	TYP PIERWSZY STARZENIA – wczesne objawy fotostarzenia To łagodne uszkodzenie skóry, brak zmarszczek lub minimalne zmarszczki, bez cech rogowacenia skóry, bez lub z niewielkimi zaburzeniami pigmentacji. Makijaż nie jest potrzebny lub nieznaczna korekcja makijażem.	
	TYP DRUGI STARZENIA – umiarkowany stopień uszkodzenia skóry Zmarszczki mimiczne (ruchowe), niewielkie zaburzenia pigmentacji skóry, z białymi skupiskami rogowacenia słonecznego, wczesne zmiany typu plam starczych (lentigo senilis), równoległe linie (określane jako „śmiechowce”) pojawiające się w bocznych okolicach ust, pojedyncze, niewielkie poszerzenia naczyń. Często konieczny pewien rodzaj makijażu, w celu zamaskowania zmarszczek i niedoskonałości skóry.	
	TYP TRZECI STARZENIA – zaawansowane uszkodzenie skóry Występują utrwalone zmarszczki (spoczynkowe), zaburzenia naczyniowe w postaci teleangiektazji oraz zaburzenia rogowacenia i zabarwienia skóry. W celu ukrycia zmian konieczny jest bardzo intensywny makijaż.	
	TYP CZWARTY STARZENIA – poważne uszkodzenie skóry Występuje żółtoszare zabarwienie skóry, głębokie zmarszczki zarówno grawitacyjne, mimiczne, jak i spowodowane uszkodzeniem słonecznym skóry, ogniska rogowacenia posłonecznego z przemianą nowotworową lub bez, liczne zaburzenia naczyniowe, barwnikowe. Objawów nie można zakamuflować makijażem. Makijaż bardzo trudny do nałożenia, pęka, zlewa się.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Typ starzenia	Klasyfikacja	Przedział wiekowy	Opis	Charakterystyka skóry
I	Łagodne	20-35	Brak zmarszczek	Wczesne fotostarzenie: niewielkie zmiany pigmentowe, brak rogowacenia, minimalne zmarszczki; minimalny lub brak makijażu
II	Umiarkowane	35-50	Zmarszczki mimiczne	Wczesne do umiarkowanego fotostarzenie: widoczne wczesne brązowe plamy, wyczuwalne rogowacenie, podczas mimiki zaczynają pojawiać się zmarszczki w okolicy ust i oczu

III	Zaawansowane	50-65	Zmarszczki spoczynkowe	Zaawansowane fotostarzenie: zmiany hiperpigmentacyjne, widoczne teleangiektazje, widoczne rogowacenie; w celu zamaskowania zmian konieczny jest podkład kryjący
IV	Ostre	65-75	Tylko zmarszczki	Ciężkie fotostarzenie: żółto-szary kolor skóry, zmiany przedrakowe i nowotwory skóry, zmarszczki na całej powierzchni skóry

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Glogau RG. Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. Semin Cutan Med Surg 1996; Sep;15(3):134-8. - Durai PC, Thappa DM, Kumari R, Malathi M. Aging in elderly: chronological versus photoaging. Indian J Dermatol 2012; Sep;57(5):343-52. - Katz BE, Lewis J, McHugh L, Pellegrino A, Popescu L. The Tolerability and Efficacy of a Three-product Anti-aging Treatment Regimen in Subjects with Moderate-to-severe Photodamage. J Clin Aesthet Dermatol 2015; Oct;8(10):21-6. - Lim VZ, Yong AA, Tan WPM, Zhao X, Vitale M, Goh CL. Efficacy and Safety of a New Cosmeceutical Regimen Based on the Combination of Snail Secretion Filtrate and Snail Egg Extract to Improve Signs of Skin Aging. J Clin Aesthet Dermatol 2020; Mar;13(3):31-36. - Özkoca D, Aşkın Ö, Engin B. Treatment of periorbital and perioral wrinkles with fractional Er:YAG laser: What are the effects of age, smoking, and Glogau stage? J Cosmet Dermatol 2021; Sep;20(9):2800-2804. - Kubiak M, Mucha P, Rotsztein H. Comparative study of 15% trichloroacetic acid peel combined with 70% glycolic acid and 35% trichloroacetic acid peel for the treatment of photodamaged facial skin in aging women. J Cosmet Dermatol 2020; Jan;19(1):137-146. - Samadi A, Nasrollahi SA, Janani L, Moosavi ZB, Hesari KK, Kalantari AR, Firooz A. Combination of Fractional Radiofrequency and Thermo-Contraction Systems for Facial Skin Rejuvenation: A Clinical and Histological Study. Aesthet Surg J 2018; Nov 12;38(12):1341-1350. - Faghihi G, Fatemi-Tabaei S, Abtahi-Naeini B, Siadat AH, Sadeghian G, Ali Nilforoushadeh M, Mohamadian-Shoeili H. The Effectiveness of a 5% Retinoic Acid Peel Combined with Microdermabrasion for Facial Photoaging: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. Dermatol Res Pract 2017;2017:8516527. - Barrera JE, Adame MJ, Lospinoso JA, Beachkofsky TM. Efficacy of Laser Resurfacing and Facial Plastic Surgery Using Age, Glogau, and Fitzpatrick Rating. Plast Reconstr Surg Glob Open 2018; Oct 2;6(10):e1740 - Oesch S, Vingan NR, Li X, Hoopman J, Akgul Y, Kenkel JM. A Correlation of the Glogau Scale With VISIA-CR Complexion Analysis Measurements in Assessing Facial Photoaging for Clinical Research. Aesthet Surg J 2022; Apr 25:sjac108.

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	II.8.A.4. Wskaźnik Jakości Życia w Dermatologii
Nazwa skali w języku angielskim	Dermatology Life Quality Index
Skrót	DLQI

Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne

Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Andrew Y Finlay, Gul Karim Khan
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. <i>Clinical and Experimental Dermatology</i> 1994; 19: 210-216 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Jacek Szepietowski, Joanna Salomon, Andrew Y. Finlay, Andrzej Klepacki, Bożena Chodynicka, Nathalie Marionneau, Charles TaYeb, Eric Myon
	Rok publikacji	2004
	Źródło	Szepietowski J, Salomon J, Finlay A.Y, Klepacki A, Chodynicka B, Marionneau N, Charles T, Myon E. Dermatology Life Quality Index (DLQI): Polish version. <i>Dermatol. Klin.</i> 2004; 6:63-70 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Kwestionariusz pomiaru jakości życia u pacjentów dermatologicznych.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	10 pytań ocenianych na 4-stopniowej skali dotyczących różnych aspektów funkcjonowania.
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia (DLQI) jest narzędziem opracowanym w celu badania jakości życia w chorobach dermatologicznych. Jest najczęściej stosowaną metodą oceny jakości życia pacjentów z różnymi chorobami skóry [3, 4, 5]. Wyniki DLQI można konwertować na wartości użytkowe EQ-5D [6]. DLQI może zapewnić lekarzom dokładniejszy wgląd w pogorszenie jakości życia poszczególnych pacjentów. Może to prowadzić do bardziej właściwych decyzji klinicznych. DLQI można również stosować, gdy wymagają tego krajowe wytyczne, na przykład w leczeniu łuszczycy, atopowego zapalenia skóry lub egzemy dłoni [7, 8, 9]. DLQI był używany jako miara wyników zgłaszanych przez pacjentów w wielu opublikowanych badaniach klinicznych. Na przykład był używany do oceny nowych leków, modeli opieki klinicznej, audytu usług klinicznych i oceny teledermatologii. DLQI jest najczęściej stosowaną miarą jakości życia w randomizowanych, kontrolowanych badaniach dotyczących terapii łuszczycy [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	> 16 r.ż.
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Pacjenci z chorobami dermatologicznymi
	Sytuacje	-
	Inne	-

Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarze dermatolodzy, psychiatrzy; psycholodzy, kosmetolodzy, osoby prowadzące badania naukowe
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-
Klucz do skali/interpretacja wyników	Celem kwestionariusza jest zbadanie, w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na życie badanego w ostatnim tygodniu. Przy każdym pytaniu zaznacza się jedną odpowiedź. Wyniki obliczane są według załączonej instrukcji dla uzyskania wyniku sumarycznego w przedziale 0-30. Im wyższa wartość końcowa, tym wyższe funkcjonowanie. Punktacja: Bardzo mocno – 3 pkt Bardzo – 2 pkt Trochę – 1 pkt Wcale – 0 pkt Nie dotyczy – 0 pkt Uwaga! Jeśli pacjent w odpowiedzi na pytanie 7 stwierdził, że dolegliwości skórne całkowicie uniemożliwiały mu wykonywanie pracy lub naukę, otrzymuje 3 pkt. Aby wynik mógł być uznany za wiarygodny, pacjent musi odpowiedzieć na przynajmniej 7 pytań. Również, przynajmniej 7 pytań musi dotyczyć pacjenta. Suma uzyskanych punktów określa stopień obniżenia jakości życia: pkt – normalna jakość życia 2-5 pkt – nieznacznie obniżona jakość życia 6-10 pkt – umiarkowanie obniżona jakość życia 11-20 pkt – bardzo mocno obniżona jakość życia 21-30 pkt – ekstremalnie mocno obniżona jakość życia
Formularz skali/ kwestionariusz	

1.	W jakim stopniu odczuwał/a Pan/Pani w ostatnim tygodniu swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	
2.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia był/a Pan/Pani zakłopotany/a lub zażenowany/a stanem swojej skóry?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	
3.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	☐ nie dotyczy
4.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani ubiór?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	☐ nie dotyczy
5.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	☐ nie dotyczy

6.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w uprawianiu sportu?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	☐ nie dotyczy
7.	Czy w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne całkowicie uniemożliwiały Panu/Pani pracę lub naukę?	☐ tak ☐ nie	☐ nie dotyczy
	Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani „nie”, to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne utrudniały Panu/Pani pracę zawodową lub naukę?	☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	
8.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi lub rodziną?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	☐ nie dotyczy
9.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Pana/Pani skóry utrudniał współżycie seksualne?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	☐ nie dotyczy
10.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Pana/Pani problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku czy nadmierne zaabsorbowanie czasu?	☐ bardzo mocno ☐ bardzo ☐ trochę ☐ wcale	☐ nie dotyczy

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. <i>Clinical and Experimental Dermatology</i> 1994; 19: 210-216. 2. Szepietowski J, Salomon J, Finlay A.Y, Klepacki A, Chodyncka B, Marionneau N, Charles T, Myon E. Dermatology Life Quality Index (DLQI): Polish version. <i>Dermatol. Klin.</i> 2004; 6:63-70. 3. Zalewska-Janowska A. (red.) <i>Psychodermatologia Podejście interdyscyplinarne.</i> Warszawa: PZWL; 2022. 4. Barbieri JS, Gelfand JM. Evaluation of the Dermatology Life Quality Index scoring modification, the DLQI-R score, in two independent populations. <i>Br J Dermatol.</i> 2019 Apr;180(4):939-940. 5. Szepietowski J, Pacan P, Reich A, Grzesiak M. <i>Psychodermatologia.</i> Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2015. 6. Ali FM, Kay R, Finlay AY, Piguet V, Kupfer J, Dalgard F, Salek MS. Mapping of the DLQI scores to EQ-5D utility values using ordinal logistic regression. <i>Qual Life Res.</i> 2017 Nov;26(11):3025-3034. 7. Ho PY, Shen D, Hsu CJ, Chan TC, Cho YT, Tang CH, Chu CY. Effects of disease severity on sleep and quality of life in Taiwanese patients with atopic dermatitis. <i>JAAD Int.</i> 2022 Jul 1;8:92-93. 8. Das NK, De A, Naskar B, Sil A, Das S, Sarda A, Chatterjee G. A Quality of Life Study of Patients with Leprosy Attending the Dermatology OPD of a Tertiary Care Center of Eastern India. <i>Indian J Dermatol.</i> 2020 Jan-Feb;65(1):42-46.

	9. Babu BV, Nayak AN, Rath K, Kerketta AS. Use of the Dermatology Life Quality Index in filarial lymphoedema patients. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2006 Mar;100(3):258-63.
	10. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Salek MS, Finlay AY. Translating the science of quality of life into practice: What do dermatology life quality index scores mean? J Invest Dermatol. 2005 Oct;125(4):659-64.

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.8.A.5. Kompleksowa skala oceny nasilenia trądziku	
Nazwa skali w języku angielskim	Comprehensive Acne Severity Scale	
Skrót	CASS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Jerry K.L. Tan
	Rok publikacji	2007
	Źródło	Tan JK, Tang J, Fung K, Gupta AK, Thomas DR, Sapra S, Lynde C, Poulin Y, Gulliver W, Sebaldt RJ. Development and validation of a comprehensive acne severity scale. J Cutan Med Surg. 2007 Nov-Dec;11(6):211-6 [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	-
	Rok publikacji	-
	Źródło	-
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Określenie stopnia zaawansowania trądziku
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	Poziom zaawansowania trądziku określany jest na podstawie 6-cio stopniowej skali.
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Comprehensive Acne Severity Scale (CASS) jest stosowana do jakościowej oceny nasilenia trądziku poprzez ocenę zmian zapalnych i niezapalnych [2, 3, 4]. Niezwykle istotnym zastosowaniem opisywanego narzędzia jest ponadto obiektywna ocena odpowiedzi pacjentów na zastosowane leczenie lub wdrożone terapie nefarmakologiczne [5, 6, 7]. CASS pomaga ponadto w weryfikacji, a co za tym idzie eliminacji, czynników mających zaostrzający wpływ na zmiany trądzikowe [8, 9]. CASS jest łatwiejszy w użyciu niż inne skale oceniające stopień nasilenia zmian trądzikowych, np. skala Leeds. Co więcej, lepiej nadaje się do przenoszenia wyników badań do praktyki klinicznej [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	-
	Miejsce badanych	-
	Stan badanych	Pacjenci z objawami trądziku
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarze dermatolodzy, kosmetolodzy, osoby prowadzące badania naukowe	

Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-
Klucz do skali/ interpretacja wyników	według załączonej tabeli
Formularz skali/ kwestionariusz	

STOPIEŃ		OPIS
0	skóra zdrowa	brak zmian/zmiany praktycznie niezauważalne; pojedyncze zaskórniki i grudki
1	skóra prawie bez zmian	zmiany ledwo widoczne z odległości 2,5m; pojedyncze zaskórniki, grudki i zmiany krostkowe
2	łagodny	zmiany dobrze widoczne; zmiany zajmujące mniej niż połowę obszaru dotkniętego chorobą; wiele zaskórników, grudek i zmian krostkowych
3	umiarkowany	zmiany zajmujące ponad połowę obszaru dotkniętego chorobą; liczne zaskórniki, grudki i zmiany krostkowe
4	ciężki	zmiany obejmują cały obszar dotknięty chorobą; cały obszar dotknięty chorobą pokryty jest zaskórnikami; liczne grudki i zmiany krostkowe; pojedyncze guzki i cysty
5	bardzo ciężki	zmiany zapalne obejmują cały obszar dotknięty chorobą; występują guzki i cysty

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Tan JK, Tang J, Fung K, Gupta AK, Thomas DR, Sapra S, Lynde C, Poulin Y, Gulliver W, Sebaldt RJ. Development and validation of a comprehensive acne severity scale. J Cutan Med Surg. 2007 Nov-Dec;11(6):211-6. 2. Onselen J.V. Managing acne in primary care. Dostępny w Internecie: https://www.bjfm.co.uk/managing-acne-in-primary-care. 3. Oon HH, Wong SN, Aw DCW, Cheong WK, Goh CL, Tan HH. Acne Management Guidelines by the Dermatological Society of Singapore. J Clin Aesthet Dermatol. 2019 Jul;12(7):34-50. 4. Turan Ç, Coşansu NC, Yüksek G. The SII Reflects Inflammation in Acne Vulgaris, But Fails to Determine Categorical Severity. J Cosmet Dermatol. 2022 Aug 11. 5. Prasad S, Mukhopadhyay A, Kubavat A, Kelkar A, Modi A, Swarnkar B, Bajaj B, Vedamurthy M, Sheikh S, Mittal R. Efficacy and safety of a nano-emulsion gel formulation of adapalene 0.1% and clindamycin 1% combination in acne vulgaris: a randomized, open label, active-controlled, multicentric, phase IV clinical trial. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2012 Jul-Aug;78(4):459-67. 6. Charny JW, Choi JK, James WD. Spironolactone for the treatment of acne in women, a retrospective study of 110 patients. Int J Womens Dermatol. 2017 Mar 13;3(2):111-115. 7. Garg V, Choi JK, James WD, Barbieri JS. Long-term use of spironolactone for acne in women: A case series of 403 patients. J Am Acad Dermatol. 2021 May;84(5):1348-1355. 8. Suppiah TSS, Sundram TKM, Tan ESS, Lee CK, Bustami NA, Tan CK. Acne vulgaris and its association with dietary intake: a Malaysian perspective. Asia Pac J Clin Nutr. 2018;27(5):1141-1145. 9. Muthupalaniappen L, Tan HC, Puah JW, Apipi M, Sohaimi AE, Mahat NF, Rafee NM. Acne prevalence, severity and risk factors among medical students in Malaysia. Clin Ter. 2014;165(4):187-92. 10. Tan JK, Zhang X, Jones E, Bulger L. Correlation of photographic images from the Leeds revised acne grading system with a six-category global acne severity scale. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013 Mar;27(3):e414-9.

II.8.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.8.B.1. Metoda klasyfikacji trądziku według Cook'a
Nazwa skali w języku angielskim	Acne grading method by Cook using photographic standards
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Charles Howard Cook
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Całkowite nasilenie trądziku oceniane jest w skali od 0 do 8 zgodnie ze standardem fotograficznym, który odzwierciedla stopnie 0, 2, 4, 6 i 8. Opracowany system umożliwia fotografowanie obu stron twarzy pacjenta za pomocą lusterka przedniego. Metodę tę należy stosować w dużych badaniach klinicznych, chociaż autorzy zalecili przeprowadzenie liczenia zmian w badaniach pilotażowych. W przytoczonym systemie klasyfikacji stopień 0 przypisuje się pacjentom, u których obserwuje się tylko zaskórniki i małe grudki na twarzy, natomiast stopień 2 przypisuje się, gdy zmiany są ledwie widoczne z odległości 2,5 m. Stopień 4 jest klasyfikowany, jeśli obserwuje się zmiany, takie jak grudki, krosty i towarzyszący im stan zapalny. Stopień 6 wskazuje, że na twarzy pacjenta zaskórniki i krosty są dobrze widoczne w odległości 2,5 m, podczas gdy stopień 8 dotyczy torbieli pokrywających większą część twarzy.
Źródło bibliograficzne	Cook CH, Centner RL, Michaels SE. An acne grading method using photographic standards. Arch Dermatol. 1979 May;115(5):571-5.
Źródło on-line	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/156006/

II.8.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Nazwa skali w języku polskim	II.8.C.1. Skala Ludwiga
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Erich Ludwig
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	U kobiet włosy wypadają inaczej niż u mężczyzn, a mianowicie równomiernie z całej powierzchni głowy. Pierwsze przerzedzenia są najbardziej widoczne w okolicy przedziałka, który zaczyna sukcesywnie się poszerzać. Stopień łysienia ocenia się przy pomocy 3-stopniowej skali, zwanej skalą Ludwiga: Stopień 1.: Przerzedzenie włosów jest jeszcze stosunkowo niewielkie i obejmuje centralną część skóry głowy z zachowaniem 2-3 cm pasma owłosienia w okolicy czołowej. Na tym etapie problem często nie zostaje jeszcze zauważony. Stopień 2.: Przerzedzenie włosów jest zdecydowanie bardziej wyraźne i obejmuje centralną część skóry głowy z zachowaniem owłosienia, tak jak w stopniu 1. Jest to etap, w którym kobiety najczęściej orientują się, że mają problem z łysieniem. Stopień 3.: Dochodzi do prawie całkowitego wyłysienia centralnej części skóry głowy z zachowaniem owłosienia jak w stopniu 1 i 2.
Źródło bibliograficzne	Ludwig E. Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. Br J Dermatol. 1977 Sep;97(3):247-54.
Źródło on-line	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/921894/

Nazwa skali w języku polskim	II.8.C.2. Globalny system klasyfikacji trądziku
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Global Acne Grading System
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Ayush Doshi
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	System ten dzieli twarz, klatkę piersiową i plecy na sześć obszarów (czoło, każdy policzek, nos, podbródek, klatka piersiowa i plecy). Sześć lokalizacji jest sklasyfikowanych w skali od 0 do 4 w zależności od najcięższej zmiany w tej lokalizacji (0=brak zmian, 1 = zaskórniki, 2 = grudki, 3 = krosty i 4 = guzki). Wynik dla każdego obszaru jest iloczynem najcięższej zmiany pomnożonej przez współczynnik powierzchniowy. Pojedyncze punkty są następnie dodawane, aby uzyskać łączną liczbę punktów. W przypadku ogólnego wyniku od 1 do 18 pacjent jest oceniany jako łagodny, natomiast w przypadku ogólnego wyniku od 19 do 30 pacjent jest oceniany jako umiarkowany. Jeśli łączna liczba punktów wynosi od 31 do 38, stopień jest ciężki, a jeśli przekracza 39, jest bardzo ciężki.
Źródło bibliograficzne	Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. Int J Dermatol. 1997 Jun;36(6):416-8.
Źródło on-line	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9248884/

II.9. Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne

Kornatowski Maciej¹, Czarnecki Damian²

¹ Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum

² Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

9. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

II. 9. A. 1. Test przesiewowy określający prawdopodobieństwo zagrożenia zaburzeniem

używania alkoholu (CAGE)

II. 9. A. 2. Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS)

II. 9. A. 3. Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry’ego (BPAQ)

II. 9. A. 4. Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS)

II. 9. A. 5. Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MOCA)

II.9.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	PSYCHIATRIA I PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.9.A.1. Brak. W wolnym tłumaczeniu „klatka”	
Nazwa skali w języku angielskim	Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener	
Skrót	CAGE	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Mayfield Demmie, McLeod Gail, Hall Patricia
	Rok publikacji	1974
	Źródło	Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974; 131, 10: 1121-3. doi: 10.1176/ajp.131.10.1121
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak
	Rok publikacji	Brak
	Źródło	Brak
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Test przesiewowy określający prawdopodobieństwo zagrożenia zaburzeniem używania alkoholu
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Skala przesiewowa
	Struktura skali	4 pytania
	Orientacyjny czas badania	1 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252, 14:1905-7. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. Archives of Internal Medicine 2000; 160, 13: 1977-89. Majda A. Udział pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w diagnozowaniu uzależnienia od nikotyny oraz problemów alkoholowych. Pielęgniarstwo XXI Wieku 2005; 3, 12:195–301. Majda A, Bodys-Cupak I. Model edukacji pielęgniarek POZ w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu. Family Medicine & Primary Care Review 2006, 8, 2: 285–9. Czarnecki D, Zujewska A, Ziółkowski M. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych i konsekwencje zdrowotne zaprzestania ich stosowania w grupie młodzieży licealnej. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2014; 3, 3:100–6. Makara-Studzińska M, Pyłypczuk A, Madej A. Nasilenie objawów depresji i lęku wśród osób uzależnionych od alkoholu i hazardu. European Journal of Medical Technologies 2015; 2, 7: 20-9. Sousa G, Pinho C, Santos A, Abelha FJ. Postoperative delirium in patients with history of alcohol abuse. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2017; 64, 4: 214-22. DOI: 10.1016/j.redar.2016.07.009.

		Eyer MM, Renier CM, Woehrle TA, Vogel LE, Conway PG, McCarty CA. Alcohol Use at the Time of Traumatic Brain Injury: Screening and Brief Intervention in a Community Hospital. J Trauma Nurs. 2017; 24, 2: 116-24. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000275. Arciszewska D, Czesław Czabała J. Psychospołeczne czynniki związane z piciem alkoholu przez kobiety z małego miasta korzystające z instytucji pomocowych. Alkoholizm i narkomania 2020; 33, 3: 203-18. DOI:https://doi.org/10.5114/ain.2020.101798.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	Podstawowa opieka zdrowotna, pogotowie, izba przyjęć
	Stan badanych	Osoby potencjalnie zdrowe oraz z podejrzeniem zaburzeń przyjmowania alkoholu. Zmodyfikowana skala T-ACE diagnozuje problem u kobiet w ciąży
	Sytuacje	Działania profilaktyczne, przesiewowe
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarz, pielęgniarka, psycholog, psychoterapeuta Osoby nieprofesjonalne: osoby z populacji generalnej	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda nie jest wymagana
Klucz do skali/interpretacja wyników	Odpowiedź twierdząca na co najmniej dwa pytania może oznaczać picie problemowe a nawet uzależnienie od alkoholu. Wynik testu należy uzupełnić pytaniami dotyczącymi ilości spożywanego alkoholu, oceną kontroli ilości czy częstotliwości picia, zjawiska tolerancji czy występowania objawów zespołu abstynencyjnego.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

CAGE

1. Czy zdarzały się w Twoim życiu takie okresy, kiedy odczuwałeś konieczność ograniczenia swojego picia?
2. Czy zdarzało się, że różne osoby z Twojego otoczenia denerwowały Cię uwagami na temat Twojego picia?
3. Czy zdarzało się, że odczuwałeś wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia?
4. Czy zdarzało Ci się, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla uspokojenia lub „postawienia się na nogi”?

Źródło: <https://terapianowezycie.pl/testy-na-alkoholizm/>

Grupa skal	PSYCHIATRIA I PIEŁĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.9.A.2. II. 9. A. 2. The Psychotic Symptom Rating Scales	
Nazwa skali w języku angielskim	Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych	
Skrót	PSYRATS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Drake R, Haddock G, Tarrier N, Bentall R, Lewis S
	Rok publikacji	2007

Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne

	Źródło	Drake R, Haddock G, Tarrier N, Bentall R, Lewis S. The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS): their usefulness and properties in first episode psychosis. Schizophr Res. 2007; 89, 1-3:119-22. DOI: 10.1016/j.schres.2006.04.024.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Gawęda Łukasz
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Gawęda Ł. Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS). Psychiatria 2012; 9, 3: 100-7.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Objawy psychotyczne. Skala może być dobrym narzędziem analizy przebiegu farmakoterapii, psychoterapii u pacjentów w psychozie. Predykcja funkcjonowania pacjentów
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Występowanie u chorego ze schizofrenią objawów psychotycznych. Zastosowanie skali powinno być poprzedzone wywiadem klinicznym. Wywiad kliniczny to np. swobodny wywiad lub wywiad ustrukturyzowany (np. do oceny PANSS). Przed zastosowaniem skali należy poznać treść przeżyć psychotycznych pacjenta.
	Struktura skali	Skala składa się z dwóch podskal: Podskali halucynacje (częstotliwość, czas trwania, lokalizacja, głośność, przekonania na temat źródła głosów, suma nieprzyjemnych treści głosów, poziom negatywnych treści, stres, intensywność dystresu, zakłócenia w życiu powodowane przez głosy, możliwości kontrolowania głosów) Podskali urojenia (częstość rozmyślania o urojeniach, czas poświęcony na rozmyślanie o urojeniach, pewność – oceniana w chwili wywiadu, stres, nasilenie stresu, zakłócenia w życiu spowodowane przez przekonania)
	Orientacyjny czas badania	Nie wykazano
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Gawęda Ł. Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS). Psychiatria 2012; 9, 3: 100-7. de Pinho LMG, Sequeira CADC, Sampaio FMC, Rocha NB, Ozaslan Z, Ferre-Grau C. Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. J Adv Nurs 2021; 77, 2: 999-1012. DOI: 10.1111/jan.14627. Epub 2020 Nov 22. PMID: 33222210. El Ashry AMN, Abd El Dayem SM, Ramadan FH. Effect of applying „acceptance and commitment therapy” on auditory hallucinations among patients with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 2021; 35, 2: 141-52. DOI: 10.1016/j.apnu.2021.01.003.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	Jednostki opieki psychiatrycznej
	Stan badanych	Występowanie objawów psychotycznych
	Sytuacje	Stany psychotyczne
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, psychologzy, psychoterapeuci, pielęgniarki	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Nie wykazano	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Itemy obu podskal ocenianych się na pięciostopniowej skali od 0 do 4, ale każdy opis przypisany do stopnia oceny jest charakterystyczny dla każdego itemu.
Formularz skali/ kwestionariusz	

Skale Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS)

PODSKALA HALUCYNACJE

1. CZĘSTOTLIWOŚĆ

Pytanie: Jak często doświadcza Pan/i głosów (w ostatnim tygodniu, każdego dnia, bez przerwy itp.)? 0 — głosy nieobecne lub obecne raz w tygodniu (jeśli obecne, określ częstotliwość).

- 1 — głosy występują co najmniej raz w tygodniu.
- 2 — głosy występują co najmniej raz na dzień.
- 3 — głosy występują co najmniej raz na godzinę.
- 4 — głosy występują ciągle lub prawie ciągle, z przerwami trwającymi jedynie kilka sekund lub minut.

2. CZAS TRWANIA

Pytanie: Kiedy słyszał/a Pan/i głosy w ostatnim tygodniu, jak długo one trwały (np. kilka sekund, minut, godzin, cały dzień)?

- 0 — głosy nieobecne.
- 1 — głosy trwają kilka sekund, przelotne głosy.
- 2 — głosy trwają kilka minut.
- 3 — głosy trwają co najmniej godzinę.
- 4 — głosy trwają wiele godzin.

3. LOKALIZACJA

Pytanie: Kiedy słyszał/a Pan/a głosy w ostatnim tygodniu, miał/a Pani wrażenie, że skąd one dochodzą?

- czy brzmiały one, jakby były w środku głowy i/lub na zewnątrz głowy?
- jakie Pan/i ma wrażenie, skąd te głosy dochodzą?
- 0 — głosy nieobecne.
- 1 — głosy wyłącznie wewnątrz głowy.
- 2 — głosy na zewnątrz głowy, ale słyszane blisko uszu lub głowy; głosy wewnątrz głowy również mogą być obecne.
- 3 — głosy słyszane wewnątrz głowy lub blisko uszu oraz głosy z zewnątrz głowy dochodzące z dala od uszu.
- 4 — głosy dochodzące wyłącznie z zewnątrz głowy.

4. GŁOŚNOŚĆ

Pytanie: Jak głośne są Pana/i głosy? Czy są one głośniejsze niż mój głos, tak samo głośne, bardziej ciche czy może jest to szept?

- 0 — głosy nieobecne.
- 1 — mniej intensywne niż własny głos, szept.
- 2 — podobnej intensywności co własny głos.
- 3 — bardziej intensywne niż własny głosy.
- 4 — bardzo intensywne, krzyki.

5. PRZEKONANIA NA TEMAT ŹRÓDŁA GŁOSÓW

Pytanie: Jak Pan/i myśli, co powoduje, że Pan/i słyszy te głosy?

— czy głosy powstają w wyniku czynników związanych z Pana/i osobą czy też powodują je inne osoby czy też czynniki?

— myśli Pan/i, że głosy, które Pan/i słyszy mogą być spowodowane przez problemy natury psychicznej?

— jak bardzo Pan/i wierzy, że głosy powodowane są przez
(dodaj czynnik wymieniony przez pacjenta) na skali od 0–100, gdzie 100 oznacza całkowitą pewność, bez wątpliwości;

- 0 — jest to całkowita nieprawda?
- 0 — głosy nieobecne.
- 1 — przekonania, iż głosy powodowane są przez czynniki wewnętrzne lub związane z osobą pacjenta.
- 2 — utrzymuje przekonanie z 50% pewnością, iż głosy są powodowane przez zewnętrzne czynniki.
- 3 — utrzymuje przekonanie z 50% lub większą (ale mniejszą niż 100%), iż głosy są powodowane przez zewnętrzne czynniki.
- 4 — utrzymuje przekonanie, iż głosy są powodowane jedynie przez czynniki zewnętrzne (100% pewność).

6. SUMA NIEPRZYJEMNYCH TREŚCI GŁOSÓW

Pytanie: Czy w ostatnim tygodniu głosy, które Pan/i słyszy, mówiły rzeczy nieprzyjemne lub negatywne? Przez jaką część czasu głosy mówiły tego typu nieprzyjemne lub negatywne rzeczy?

- 0 — brak nieprzyjemnych treści.
- 1 — okazjonalnie nieprzyjemne treści.
- 2 — mniejszość treści głosów jest nieprzyjemna lub negatywna (< 50%).
- 3 — większość treści głosów jest nieprzyjemna lub negatywna (> 50%).
- 4 — całkowita treść głosów jest nieprzyjemna lub negatywna.

7. POZIOM NEGATYWNYCH TREŚCI

Pytanie: Czy może mi Pan/i więcej powiedzieć na temat tego, co głosy mówiły do Pana/i przez ostatni tydzień? Czy może Pan/i podać przykład tego, co głosy mówiły? (zannotuj przykłady).

0 — brak treści nieprzyjemnych czy negatywnych.

1 — zdarzają się treści negatywne, lecz bez osobistych komentarzy dotyczących pacjenta czy też jego rodziny (np. przekleństwa, komentarze nie dotyczące osoby pacjenta).

2 — osobiste słowne zniewagi, komentarze dotyczące zachowania (np. „nie powinien tego robić lub mówić”).

3 — osobiste słowne zniewagi dotyczące pacjenta (np. „jesteś leniwy, brzydki, szalony, zboczony itp.”).

4 — osobiste groźby dotyczące osoby pacjenta (np. groźby skrzywdzenia pacjenta lub jego rodziny, instrukcje czy głosy nakazujące zrobienie krzywdy sobie lub innym oraz osobiste zniewagi słowne, jak w punkcie 3).

8. STRES

Pytanie: Czy w ostatnim tygodniu Pana/i głosy były niepokojące, stresujące? Jaką część wszystkich głosów w ostatnim tygodniu stanowiły głosy, które powodowały niepokój?

0 — głosy nie niepokoją pacjenta.

1 — głosy okazjonalnie niepokojące, większość nieniekokojących (< 10%).

2 — mniejszość głosów niepokojąca (< 50%).

3 — większość głosów niepokojąca, mniejszość nieniekokojąca (≥ 50%).

4 — głosy zawsze niepokojące.

9. INTENSYWNOŚĆ DYSTRESU

Pytanie: W ostatnim tygodniu, kiedy słyszał/a Pan/i głosy niepokojące, w jakim stopniu odczuwał/a Pan/i ten niepokój? Jeśli pomyśli Pan/i o najsilniejszym stresie, czy głosy były mniej lub bardziej stresujące? Na przykład czy powiedziałby Pan/a, że głosy są lekko stresujące, średnio, czy może powodują bardzo duży silny stres?

0 — głosy w ogóle nie są niepokojące.

1 — głosy nieznacznie niepokojące.

2 — głosy są niepokojące w nasileniu do średniego.

3 — głosy są bardzo niepokojące, jednak pacjent mógłby czuć się gorzej, głosy są ekstremalnie niepokojące, pacjent czuje się najgorzej, jak mógłby się czuć.

10. ZAKŁÓCENIA W ŻYCIU POWODOWANE PRZEZ GŁOSY

Pytanie: Jak bardzo głosy zakłócały Pana/i życie codzienne w ostatnim tygodniu?

— czy może mi Pan/i powiedzieć, jak bardzo głosy uniemożliwiały Panu/i pracę lub inne aktywności w ciągu dnia?

— czy głosy przeszkadzały Panu/i w relacjach z przyjaciółmi i/lub rodziną?

— czy głosy uniemożliwiały Panu/i dbanie o siebie (np. higienę osobistą, jak kąpanie, zmianę ubrań itp.)? Proszę podać inne przykłady.

0 — brak zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu, osoba jest w stanie prowadzić niezależne życie bez problemów w zakresie podstawowych umiejętności. Jest zdolna do utrzymywania społecznych i rodzinnych więzi (jeśli takie posiada).

1 — głosy powodują minimalne zakłócenia w codziennym życiu (np. przeszkadzają w koncentracji, ale nie mają wpływu na codzienną aktywność, utrzymywanie relacji społecznych i rodzinnych); osoba jest w stanie prowadzić niezależne życie bez dodatkowego wsparcia.

2 — głosy powodują umiarkowane zakłócenia w życiu, zaburzając codzienną aktywność i/lub relacje społeczne i rodzinne; osoba nie znajduje się szpitalu, ale może funkcjonować w środowisku dającym jej wsparcie lub otrzymywać dodatkową pomoc w codziennych obowiązkach.

3 — głosy powodują w znacznym stopniu zakłócenia w życiu, zazwyczaj niezbędna jest hospitalizacja. Osoba jest w stanie poradzić sobie z niektórymi dziennymi aktywnościami, samoopieką i relacjami z innymi w szpitalu; osoba może funkcjonować w środowisku dającym jej wsparcie, ale doświadcza wtedy poważnych zakłóceń w codziennym życiu.

4 — głosy powodują całkowite zakłócenie codziennego życia, osoba wymaga hospitalizacji, nie jest w stanie utrzymywać żadnej aktywności, relacji; samoopieka także jest poważnie zakłócona.

11. MOŻLIWOŚĆ KONTROLOWANIA GŁOSÓW

Pytanie: Jaką kontrolę nad głosami miał/a Pan/i w ostatnim tygodniu?

— w jakim stopniu był/a Pan/i w stanie kontrolować głos, kiedy się pojawiał w ostatnim tygodniu? — czy miał/a Pan/i wpływ na pojawianie się głosów lub był/a Pan/i w stanie je usunąć?

0 — osoba wierzy, iż może kontrolować głosy oraz zawsze potrafi wywołać lub usunąć głos na żądanie.

1 — osoba wierzy, iż w większości sytuacji może kontrolować głosy.

2 — osoba wierzy, iż przez około połowę czasu może kontrolować głosy.

3 — osoba wierzy, że jedynie okazjonalnie może kontrolować głosy; przez większość czasu jednak głosy pozostają poza kontrolą osoby.

4 — osoba nie ma kontroli nad głosami oraz nie potrafi kontrolować ich pojawiania się i nie potrafi ich usuwać.

PODSKAŁA UROJENIA

1. CZĘSTOTLIWOŚĆ ROZMYŚLANIA O UROJENIACH

Pytanie: Jak dużo czasu w ostatnim tygodniu poświęcał Pan/i na rozmyślaniu o swoich przekonaniach na temat[tutaj użyć przekonania z wcześniej przeprowadzonego wywiadu]?

- 0 — brak urojeń lub urojenia, o których osoba myśli rzadziej niż raz na tydzień.
- 1 — osoba rozmyśla o przekonaniach przynajmniej raz w tygodniu.
- 2 — osoba rozmyśla o przekonaniach przynajmniej raz dziennie.
- 3 — osoba rozmyśla o przekonaniach przynajmniej raz na godzinę.
- 4 — osoba myśli o urojeniach w sposób ciągły lub prawie ciągły; osoba jest w stanie myśleć o innych rzeczach tylko przez parę sekund lub minut

2. CZAS POŚWIĘCONY NA ROZMYŚLANIE O UROJENIACH

Pytanie: Kiedy w ostatnim tygodniu myślał/a Pan/i o swoich przekonaniach [tutaj przekonania, jakie pacjent ujawnił w wywiadzie], jak długo rozmyślał/a Pan/i o nich?
— kilka sekund/minut/godzin itd.?

- 0 — brak urojeń.
- 1 — myśli na temat przekonań trwają kilka sekund, przelotne myśli.
- 2 — myśli urojeniowe trwają kilka minut.
- 3 — myśli urojeniowe trwają przynajmniej godzinę.
- 4 — myśli urojeniowe trwają godzinami

3. PEWNOŚĆ (oceniana w momencie wywiadu).

Pytanie: Czy w tej chwili ma Pan/i wątpliwości dotyczące Pana/i przekonań? Na przykład czy zastanawia się Pan/i nad tym, czy są one prawdziwe, czy też nie [oceni każde z przekonań osobno]? Jak bardzo wierzy Pan/i w to przekonanie [należy wymienić przekonanie pacjenta]? Może Pan/i ocenić pewność na skali 0–100, gdzie 100 oznacza, że jest Pan/i całkowicie pewny swoich przekonań, 0 oznacza zupełny brak pewności.

- 0 — brak pewności.
- 1 — bardzo mała pewność odnośnie prawdziwości przekonań (< 10%).
- 2 — wątpliwości odnośnie prawdziwości przekonań (10–49%).
- 3 — bardzo silna pewność przekonań (50–99%).
- 4 — 100% pewności.

4. STRES

Pytanie: Czy Pana/i przekonanie na temat [wymień]... powodowało u Pana/i w ostatnim tygodniu niepokój? Jak często Pana/i przekonania powodowały niepokój, stres?

- 0 — przekonania nigdy nie powodują stresu.
- 1 — przekonania powodują stres w mniejszości okazji.
- 2 — przekonania powodują stres w mniej niż 50% sytuacji.
- 3 — przekonania powodują stres w większości sytuacji, występują 51-99% czasu.
- 4 — przekonania zawsze powodują stres, kiedy występują.

5. NASILENIE STRESU

Pytanie: W ostatnim tygodniu, kiedy Pana/i przekonania sprawiały, że doświadczał/a Pan/i niepokoju, jak intensywne było jego nasilenie? Czuł/a się Pan/i lekko zaniepokojony/a, umiarkowanie zaniepokojony/a czy też niepokój był bardzo intensywny?

- 0 — brak stresu.
- 1 — przekonania powodują niewielki stres.
- 2 — przekonania powodują umiarkowany stres.
- 3 — przekonania powodują wyraźny stres.
- 4 — przekonania powodują ogromny stres, nie ma większego.

6. ZAKŁÓCENIA W ŻYCIU SPOWODOWANE PRZEZ PRZEKONANIA

Pytanie: Czy w ostatnim tygodniu Pana/i przekonania w czymś Panu/i przeszkadzały? — czy Pana/i przekonania powodowały, że przestawał Pan/i pracować, czy też wykonywać codzienne obowiązki?

— czy Pana/i przekonania przeszkadzały w relacjach z rodziną czy przyjaciółmi (znajomymi)?

— czy Pana/i przekonania przeszkadzały Panu/i w dbaniu o siebie (np.: w myciu się, zmienianiu ubrań itp.).

0 — brak zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu, osoba jest w stanie prowadzić niezależne życie bez problemów w zakresie podstawowych umiejętności; jest zdolna do utrzymywania społecznych i rodzinnych więzi (jeśli takie posiada).

1 — przeszkadzają w koncentracji, ale nie mają wpływu na codzienną aktywność, utrzymywanie relacji społecznych i rodzinnych; osoba jest w stanie prowadzić niezależne życie bez dodatkowego wsparcia.

2 — przekonania powodują umiarkowane zakłócenia w życiu, zaburzając codzienną aktywność i/lub relacje społeczne i rodzinne; osoba nie znajduje się szpitalu, ale może funkcjonować w środowisku dającym jej wsparcie lub otrzymywać dodatkową pomoc w codziennych obowiązkach.

3 — przekonania powodują w znacznym stopniu zakłócenia w życiu, zazwyczaj niezbędna jest hospitalizacja; osoba jest w stanie poradzić sobie z niektórymi dziennymi aktywnościami, samoopieką i relacjami z innymi w szpitalu; osoba może funkcjonować w środowisku dającym jej wsparcie, ale doświadcza wtedy poważnych zakłóceń w codziennym życiu.

4 — przekonania powodują całkowite zakłócenie codziennego życia, osoba wymaga hospitalizacji, nie jest w stanie utrzymywać żadnej aktywności, relacji; samoopieka także jest poważnie zakłócona.

Źródło: Gawęda Ł. Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS). Psychiatria 2012; 9, 3: 100-7.

Grupa skal	PSYCHIATRIA I PIEŁĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.9.A.3. Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry’ego	
Nazwa skali w języku angielskim	Buss-Perry Aggression Questionnaire	
Skrót	BPAQ	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Buss Arnold i Mark Perry
	Rok publikacji	1992
	Źródło	Buss A, Perry M. The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology 1992; 6: 452-9. (użycie kwestionariusza w innym celu niż badawcze wymaga pisemnej zgody Instytutu Amity).
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Instytut Amity
	Rok publikacji	2005
	Źródło	https://amity.pl/wp-content/uploads/2016/11/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Tendencje do wrogości, gniewu, agresji słownej i fizycznej
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Obecność przesłanek np. agresja w przeszłości oraz objawów agresji u pacjenta
	Struktura skali	Skalę tworzy 29 stwierdzeń samoopisowych dotyczących tendencji agresji fizycznej, słownej, gniewu i wrogości. Skalę tworzą cztery czynniki: - agresja fizyczna (PA), - agresja słowna (VA), - gniew (A), - wrogość (H) [10].
	Orientacyjny czas badania	10 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Caner N, Evgin D. Digital risks and adolescents: The relationships between digital game addiction, emotional eating, and aggression. Int J Ment Health Nurs 2021; 30, 6: 1599-609. DOI: 10.1111/inm.12912. Vuelvas-Olmos CR, Sánchez-Vidaña DI, Cortés-Álvarez NY. Gender-Based Analysis of the Association Between Mental Health, Sleep Quality, Aggression, and Physical Activity Among University Students During the COVID-19 Outbreak. Psychol Rep 2022; 18: 332941221086209. DOI: 10.1177/00332941221086209. Adigüzel V, Özdemir N, Şahin ŞK. Childhood traumas in euthymic bipolar disorder patients in Eastern Turkey and its relations with suicide risk and aggression. Nord J Psychiatry 2019; 73, 8: 490-6. DOI: 10.1080/08039488.2019.1655589.

		Karsten J, Akkerman-Bouwsema GJ, Hagenauw LA, Gerlsma C, Lancel M. Patient-rated impulsivity and aggression compared with clinician-rated risk in a forensic psychiatric sample: Predicting inpatient incidents. <i>Crim Behav Ment Health</i> 2019; 29, 5-6: 296-307. DOI: 10.1002/cbm.2131. Banasik M, Gierowski JK, Nowakowski K. Agresywność a nasilenie cech psychopatycznych z perspektywy różnic międzypłciowych. <i>Psychiatr. Pol</i> 2017; 51, 4: 751–62 DOI: https://doi.org/10.12740/PP/73973. Sobczak S, Zacharuk T. Zachowania antyspołeczne a agresja młodzieży nieprzystosowanej i nieprzejawiającej deficytów zachowania. <i>Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia</i> 2020; 33, 4: 263–90. DOI: https://doi.org/10.17951/j.2020.33.4.263-290. Gerhant A, Olajosy M. Personality traits in alcohol-dependent individuals in the context of childhood abuse <i>Psychiatr. Pol</i> 2016; 50, 5: 973–87. DOI: https://doi.org/10.12740/PP/60346. Gerhant A, Krzewicka-Romaniuk E, Siedlecka D, Derewianka-Polak M, Olajosy M. Comparison of selected clinical and personality variables in alcohol-dependent patients with or without a history of suicide attempts <i>Curr Probl Psychiatry</i> 2018; 19, 3: 155-73. DOI:10.2478/cpp-2018-0013. Florek S, Piegza M, Dębski P, Gorczyca P, Pudło R. The Influence of Sociodemographic Factors on Symptoms of Anxiety, the Level of Aggression and Alcohol Consumption in the Time of the COVID-19 Pandemic among Polish Respondents. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2022; 19: 7081. https://doi.org/10.3390/ijerph19127081. https://amity.pl/wp-content/uploads/2016/11/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli i młodzież [10]
	Miejsce badanych	Tam gdzie występuje ryzyko zachowań agresywnych
	Stan badanych	Umożliwiający wypełnienie kwestionariusza
	Sytuacje	Ryzyko tendencji agresywnych
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarz, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Nie wykazano
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każde z 29 pytań (z obszarów agresja fizyczna, agresja słowna, gniew i wrogość) opatrzone jest skalą 1-5, gdzie jeden oznacza „zupełnie do mnie nie pasuje” a pięć „całkowicie do mnie pasuje”. Pytania 9 oraz 16 należy punktować odwrotnie. Im wyższa suma wyników dla poszczególnych stwierdzeń, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia tendencji agresywnych u osoby wypełniającej kwestionariusza [10]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Kwestionariusz agresji Buss-Perry (wersja Instytutu Amity)

Instrukcja:

Używając poniższej skali punktowej od 1 do 5 wskaż, w jakim stopniu każde z poniższych stwierdzeń pasuje lub nie pasuje do Ciebie. Swoje odpowiedzi umieść w kwadratach, które znajdują się przy każdym stwierdzeniu wstawiając w nie odpowiednie cyfry:

- 1 – zupełnie do mnie nie pasuje
- 2 – trochę do mnie nie pasuje
- 3 – trudno powiedzieć
- 4 – trochę do mnie pasuje
- 5 – całkowicie do mnie pasuje

Stwierdzenia	Punkty
Niektórzy z moich kolegów uważają, że jestem „w gorącej wodzie kąpany” (A)	
Gdybym musiał użyć przemocy, żeby chronić moje prawa – zrobię to (PA)	
Kiedy ludzie są dla mnie szczególnie mili – zastanawiam się, czego ode mnie chcą (H)	
Mówię otwarcie moim przyjaciołom, jeżeli nie zgadzam się z nimi (VA)	
Czasem bywam tak rozdrażniony, że niszczę jakieś rzeczy (PA)	
Kiedy inni nie zgadzają się ze mną, nie mogę się powstrzymać, aby się nie posprzeczć (VA)	
Nie wiem, dlaczego czasem jestem tak bardzo zawzięty (H)	
Bywają chwile, że nie potrafię zapanować nad chęcią, żeby kogoś nie uderzyć (PA)	
Jestem osobą bardzo zrównoważoną (A)	
Jestem podejrzliwy wobec obcych, którzy zachowują się bardzo przyjaźnie (H)	
Wzbudzam lęk u ludzi, których znam (PA)	
Łatwo się wściekam, ale równie szybko się uspokajam (A)	
Kiedy ktoś mnie prowokuje, mogę go uderzyć (PA)	
Kiedy ludzie mnie złoścą, mówię im, co o nich myślę (VA)	
Czasami pękam z zazdrości (H)	
Nie jestem w stanie wyobrazić sobie, żeby kogokolwiek uderzyć (PA)	
Czasami czuję, że wszystko jest przeciwko mnie (H)	
Mam trudności, żeby zapanować nad swoją złością (A)	
Kiedy jestem zawiedziony, denerwuję się (A)	
Czasem czuję, że ludzie śmieją się ze mnie za moimi plecami (H)	
Często nie zgadzam się z innymi ludźmi (VA)	
Jeżeli ktoś mnie uderzy, oddaję mu (PA)	
Czasem czuję się jak beczka prochu – gotowa żeby wybuchnąć (A)	
Wydaje mi się, że inni ludzie mają na ogół więcej szczęścia ode mnie (H)	
Są ludzie, którzy drażnią mnie do tego stopnia, że dochodzi do rękoczynów (PA)	
Wiem, że „przyjaciele” obmawiają mnie za moimi plecami (H)	

Moi znajomi mówią, że jestem trochę kłótlivy (VA)	
Czasami unoszę się gniewem bez wyraźnego powodu (A)	
Wdaję się w bójki trochę częściej, niż przeciętna osoba (PA)	

Źródło: https://amity.pl/wp-content/uploads/2016/11/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf

Nota Instytutu Amity: „Kwestionariusz może być używany do celów badawczych z powołaniem się na źródło i wersję bez uzyskiwania zgody. Użycie w innym celu wymaga pisemnej zgody Instytutu Amity”.

Grupa skal	PSYCHIATRIA I PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.9.A.4. Szpitalna Skala Lęku i Depresji	
Nazwa skali w języku angielskim	Hospital Anxiety and Depression Scale	
Skrót	HADS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Zigmond AS, Snaith RP.
	Rok publikacji	1983
	Źródło	Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand 1983; 67: 361–70.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Majkowicz Mikołaj, de Walden-Gałuszko Krystyna, Chojnacka-Szawłowska Gabriela
	Rok publikacji	2000
	Źródło	Majkowicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej — wybrane techniki badawcze. W: de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. red. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. s. 21–42.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ryzyko występowania zaburzeń psychicznych pod postacią objawów lękowych i depresyjnych. Pytania dotyczą stanu psychicznego osoby badanej w ostatnim tygodniu [12].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skalę budują dwie podskale złożone 7 pytań każda. Podskala lęku i podskala depresji.
	Orientacyjny czas badania	7 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Chialà O, Vellone E, Klompstra L, Ortali GA, Strömberg A, Jaarsma T. Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. Heart Lung 2018; 47, 5: 465-70. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2018.07.010. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). Arthritis Care Res (Hoboken) 2011; 63 Suppl 11(0 11):S467-72. DOI: 10.1002/acr.20561.

		Zhang J, Yang Z, Wang X, Li J, Dong L, Wang F, Li Y, Wei R, Zhang J. The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: A cross-sectional study. <i>J Clin Nurs</i> 2020; 29, 21-22: 4020-9. DOI: 10.1111/jocn.15425. Wiglusz MS, Landowski J, Cubala WJ. Validation of the Polish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety disorders in patients with epilepsy. <i>Epilepsy Behav</i> 2018; 84: 162-5. DOI: 10.1016/j.yebeh.2018.04.010. Wiglusz MS, Landowski J, Cubala WJ. Psychometric properties of the Polish version of the Hamilton Anxiety Rating Scale in patients with epilepsy with and without comorbid anxiety disorder. <i>Epilepsy Behav</i> 2019; 94: 9-13. DOI: 10.1016/j.yebeh.2019.02.017. Majkowicz M: Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane 133 techniki badawcze. [w:] Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M (red.). Gdańsk: Akademia Medyczna; 2000: 21–42 Kozieł P, Lomper K, Uchmanowicz B, Polański J. Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. <i>Medycyna Paliatywna w Praktyce</i> 2016; 10, 1: 28–36. Nowicka-Sauer K, Pietrzykowska M, Staśkiewicz I, Ejdyś M, Czuszyńska Z, Molisz A, Tomaszewska M. Lęk u pacjentów z chorobami przewlekłymi: istotny a marginalizowany problem. <i>Family Medicine & Primary Care Review</i> 2015; 17, 2: 120–3. Misiewicz J, Kobos EM, Sienkiewicz Z, Kryczka T. Natężenie lęku i depresji u pacjentów poddawanych zabiegowi wymiany zastawki aortalnej. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2019; 4: 147–53. Wiglusz MS, Landowski J, Cubala WJ. Validation of the Polish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety disorders in patients with epilepsy. <i>Epilepsy Behav</i>. 2018 Jul;84:162-165. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.04.010. Epub 2018 May 26. PMID: 29803946. Krzemińska SA, Magolan J, Borodzicz A, Arendarczyk M. Wybrane problemy emocjonalne opiekunów pacjentów odżywianych przez gastrostomię w warunkach domowych. <i>Piel Zdr Publ</i> 2017; 7, 2:117–23. Chodkiewicz J. Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. <i>Alkoholizm i Narkomania</i> 2010; 23(3):201-216 Mihalca MA, Pilecka W. Struktura czynnikowa oraz walidacja polskiej wersji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) dla młodzieży. <i>Psychiatr. Pol.</i> 2015; 49(5): 1071–1088
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież [13] i dorośli
	Miejsce badanych	Jednostki ochrony zdrowia w zakresie zaburzeń psychicznych i somatycznych
	Stan badanych	Osoba narażona na sytuacje trudne (dystres) oraz w ryzyku zaburzeń psychicznych [13]

	Sytuacje	Narażenie na stres, przygnębienie. Monitorowanie zmian stanu pacjenta podczas terapii. Screening [13]
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarze, psychologzy, pielęgniarki	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Osoba badana udziela odpowiedzi na czterostopniowej skali. Wynik sumuje się dla osobnych podskal lub całościowo (sugestia badaczy). Im wyższy wynik tym bardziej nasilone objawy lękowe i depresyjne. Autorzy skali wskazali następujące przedziały punktowe: od 0 do 7 punktów oznacza brak zaburzeń, od 8 do 10 punktów to wynik graniczny, ponad 10 punktów oznacza występowanie zaburzeń psychopatologicznych. W ocenie młodzieży sugeruje się interpretację skali w ujęciu całościowym, a nie poszczególnych podskal [12, 13].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Lęku i Depresji (HADS)

Celem kwestionariusza jest uświadomienie, jakiego rodzaju emocje się odczuwa. Po przeczytaniu pytania i wszystkich możliwych odpowiedzi, należy podkreślić odpowiedź, która najbardziej odpowiada temu, co odczuwał/a Pan/Pani w ciągu ostatniego tygodnia.

- A. Czuję się napięty/napięta lub zdenerwowany/zdenerwowana:
 - 3. Przez większość czasu
 - 2. Często
 - 1. Od czasu do czasu
 - 0. Nigdy
- A. Różne sprawy interesują mnie w takim stopniu, co dotychczas:
 - 0. Tak, w takim samym
 - 1. Nieco mniej
 - 2. Znacznie mniej
 - 3. Prawie wcale
- A. Mam takie poczucie, jakby miało mi się przydarzyć coś strasznego:
 - 3. Tak, jest to bardzo wyraźne
 - 2. Tak, ale nie bardzo silne
 - 1. Trochę, ale nie niepokoi mnie to
 - 0. Nie mam takiego poczucia
- D. Śmieję się łatwo i potrafię zobaczyć dobrą stronę różnych rzeczy:
 - 0. Tak jak przedtem
 - 1. Bardziej niż przedtem
 - 2. Wyraźnie mniej niż przedtem
 - 3. W ogóle się nie śmieję

- A. Martwię się: o 3. Bardzo często
2. Dosyć często
1. Czasami
0. Bardzo rzadko
- D. Jestem w dobrym humorze:
3. Nigdy
2. Rzadko
1. Dosyć często
0. Przez większość czasu
- A. Mogę siedzieć spokojnie nic nie robiąc i czuć się odprężony/odprężona:
0. Tak, zawsze
1. Tak, na ogół
2. Rzadko
3. Nigdy
- D. Mam wrażenie, że działam wolniej
3. Prawie zawsze
2. Bardzo często
1. Czasami
0. Nigdy
- A. Odczuwam strach i ucisk w żołądku:
0. Nigdy
1. Czasem
2. Dosyć często
3. Bardzo często
- D. Mój wygląd już mnie nie obchodzi:
3. Wcale
2. Nie zwracam tyle uwagi na wygląd co powinienem/powinnam
1. Zdarza się, że nie zwracam uwagi na wygląd
0. Zwracam tyle uwagi na wygląd co przedtem
- A. Odczuwam potrzebę ciągłego poruszania się, nie mogę ustać w miejscu:
3. Dokładnie tak się czuję
2. Do pewnego stopnia tak się czuję
1. Raczej nie mam takiego poczucia
2. Nie odczuwam takiej potrzeby
- D. Z góry cieszę się na myśl o możliwości zrobienia czegoś:
0. Tak jak przedtem
1. Trochę mniej niż przedtem
2. Znacznie mniej niż przedtem
3. Prawie wcale

- A. Miewam napady paniki:
3. Bardzo często
 2. Dość często
 1. Niezbyt często
 0. Nigdy
- D. Sprawia mi przyjemność dobra książka, ciekawa audycja radiowa lub telewizyjna
0. Często
 1. Czasem
 2. Rzadko
 3. Bardzo rzadko

Źródło: <http://www.neurom.pl/wp-content/uploads/2015/12/HADS-neuroM.pdf>

Grupa skal	PSYCHIATRIA I PIELEGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.9.A.5. The Montreal Cognitive Assessment	
Nazwa skali w języku angielskim	Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych	
Skrót	MoCA	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Nasreddine Ziad, Phillips Natalie, Bédirian Valerie, Charbonneau Simon, Whitehead Victor, Collin Isabelle, Cummings Jeffrey, Chertkow Howard
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Link: https://www.mocatest.org Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment". J Am Geriatr Soc 2005; 53, 4: 695–9. DOI:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Magierska Joanna, Magierski Radosław, Fendler Wojciech, Kłoszewska Iwona, Sobów Tomasz
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Magierska J, Magierski R, Fendler W, Kłoszewska I, Sobów TM. Clinical application of the Polish adaptation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test in screening for cognitive impairment. Neurol. Neurochir. Pol. 2012; 46: 130–139.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Zmiany funkcji poznawczych wynikające z zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Poczucie pogorszenia funkcji poznawczych lub obserwacja pogorszenia funkcjonowania pacjenta, członka rodziny. Narzędzie przesiewowe.
	Struktura skali	Narzędzie buduje kilka podskal służących do oceny pamięci (także operacyjnej), uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych i językowych, myślenia koncepcyjnego, liczenia oraz orientacji co do miejsca i czasu.

	Orientacyjny czas badania	10 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Talarowska M, Florkowski A, Zboralski K, Gałęcki P. Skala MoCA oraz MMSE w diagnozie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych. <i>Psychiatria i Psychoterapia</i> 2011; 7, 1: 13-20. Rajtar A, Przewoźnik D, Bober-Płonka B, Nowak R. Montrealski Test do Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) versus Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) – porównanie skuteczności testów w wykrywaniu zaburzeń poznawczych u chorych po udarze mózgu. <i>Geriatría</i> 2014; 8: 5-12. Sokołowska N, Sokołowski R, Oleksy E, Kasperska P, Klimkiewicz-Wszelaki K, Polak-Szabela A, Podhorecka M, Kędziora-Kornatowska K. Usefulness of the Polish versions of the Montreal Cognitive Assessment 7.2 and the Mini-Mental State Examination as screening instruments for the detection of mild neurocognitive disorder. <i>Neurol Neurochir Pol</i> 2020; 54, 5: 440-8. DOI: 10.5603/PJNNS.a2020.0064. Sitek EJ, Barczak A, Senderecka M. Zastosowanie jakościowej analizy profilu wykonania skali ACE-III w diagnostyce różnicowej chorób otępiennych. <i>Aktualn Neurol</i> 2017; 17, 1: 34–41. DOI: 10.15557/AN.2017.0004. Zhuang L, Yang Y, Gao J. Cognitive assessment tools for mild cognitive impairment screening. <i>J Neurol</i> 2021; 268, 5:1615-22. DOI: 10.1007/s00415-019-09506-7. Davis DH, Creavin ST, Yip JL, Noel-Storr AH, Brayne C, Cullum S. Montreal Cognitive Assessment for the detection of dementia. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2021; 13, 7, 7: CD010775. DOI: 10.1002/14651858.CD010775.pub3. Borland E, Nägga K, Nilsson PM, Minthon L, Nilsson ED, Palmqvist S. The Montreal Cognitive Assessment: Normative Data from a Large Swedish Population-Based Cohort. <i>J Alzheimers Dis</i> 2017; 59, 3: 893-901. DOI: 10.3233/JAD-170203. Ihle-Hansen H, Vigen T, Berge T, Einvik G, Aarsland D, Rønning OM, Thommessen B, Røsjø H, Tveit A, Ihle-Hansen H. Montreal Cognitive Assessment in a 63- to 65-year-old Norwegian Cohort from the General Population: Data from the Akershus Cardiac Examination 1950 Study. <i>Dement Geriatr Cogn Dis Extra</i> 2017; 28, 7, 3: 318-27. DOI: 10.1159/000480496. Magierska J, Magierski R, Fendler W, Kłoszewska I, Sobów TM. Zastosowanie polskiej adaptacji Montrealskiego Testu do Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) w przesiewowej ocenie funkcji poznawczych. <i>Neurol. Neurochir. Pol.</i> 2012; 46: 130–139.

		Gierus J, Mosiołek A, Koweszko T, Kozyra O, Paulina Wnukiewicz, Bartosz Łoza, Agata Szulc. Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych MoCA 7.2 – polska adaptacja metody i badania nad równoważnością Psychiatr. Pol 2015; 49(1):171–179. DOI: 10.12740/PP/24748. Mosiołek A. Metody badań funkcji poznawczych. Psychiatria 2014; 11(4): 215-221. Gałęcki P, Szulc A. (red.) Psychiatria. Wrocław: Wyd. Edra. Urban & Partner; 2018 https://www.mocatest.org
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	Jednostki opieki zdrowotnej oraz inne miejsca świadczeń zdrowotnych
	Stan badanych	Zaburzenia funkcji poznawczych w przebiegu różnych zaburzeń somatycznych (np. neurodegeneracyjnych) oraz psychiatrycznych (np. schizofrenia, uzależnienia, zaburzenia snu czy depresja) [13]
	Sytuacje	Monitorowanie zmian stanu pacjenta podczas terapii. Screening
	Inne	Osoba badana wymaga poleceń ze strony badacza, kartki papieru i ołówka
Osoby, które mogą stosować skalę	Pielęgniarki, lekarze różnych specjalności, psychologzy, terapeuci zajęciowi, logopedzi (Speech-Language Pathologists) [13]	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Jeśli osoba wypełniająca test zdobywała wykształcenie w czasie krótszym niż 12 lat należy dodać 1 punkt [11]
Klucz do skali/interpretacja wyników	Punktacje poszczególnych podskal należy zsumować. Wynik maksymalny to 30 punktów. Wynik równy lub większy niż 26 punktów uznaje się jako prawidłowy, a poniżej sugeruje występowanie łagodnych zaburzeń poznawczych [12]. Realizacja i ocena podskal składowych kwestionariusza MoCA: - prawidłowe wykonanie testów wykonawczych (kopiowanie zegara, figury i łączenie punktów) osoba badana otrzymuje maksymalnie 5 punktów, - prawidłowe nazwanie trzech zwierząt osoba badana otrzymuje maksymalnie 3 punkty, - prawidłowe dwukrotne powtórzenie ciągu cyfr osoba badana otrzymuje 2 punkty, - prawidłowe wykonanie test oceniającego uwagę osoba badana otrzymuje 2 punkty, - prawidłowe wykonanie odejmowania cyfry 7 od kolejnego wyniku rozpoczynając np. od 100, osoba badana otrzymuje 2 punkty [9]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

[illegible]

II.10. Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne

Grażyna Bączek¹, Agnieszka Bień², Beata Pięta³, Julia Klimanek⁴

¹ Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ Centrum Medyczne Żelazna, Szpital Specjalistyczny Św. Zofii w Warszawie

10. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

II. 10. A. 1. Skala Apgar

II. 10. A. 2. Skala Dubowitza

II. 10. A. 3. Skala Ballarda

II. 10. A. 4. Skala Silvermana

II. 10. A. 5. Neonatal Facial Coding System (NFCS)

II. 10. A. 6. Premature Infant Pain Profile (PIPP)

II. 10. A. 7. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

II. 10. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

II. 10. B. 1. Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)

II. 10. B. 2. Cry, Requires oxygen, Increased vital signs, Expressions, Sleeplessness (CRIES)

II. 10. B. 3. Clinical Risk Index for Babies (CRIB)

II.10.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.A.1. Skala Apgar	
Nazwa skali w języku angielskim	Apgar scale	
Skrót	-	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Virginia Apgar [1,2]
	Rok publikacji	1953 [1]
	Źródło	Degrandi Oliveira CR. The legacy of Virginia Apgar. Br J Anaesth. 2020; 124(3): e185–e6.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak danych
	Rok publikacji	Brak danych
	Źródło	Brak danych
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	kolor skóry, puls na minutę, reakcja na bodźce, napięcie mięśni, oddech [3]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	ocena pięciu parametrów w skali od 0-2 pkt [4]
	Orientacyjny czas badania	1 min [5]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	rutynowa ocena stanu noworodka, ocena konieczności resuscytacji, wspomagania oddychu, oszacowanie przeżycia wśród wcześniaków [3,6]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	1., 3., 5., 10., minuta życia [7]
	Miejsce badanych	sala porodowa/oddział neonatologiczny, w którym pomieszczeniu, w temperaturze ok 23-25°C. Wcześniaki z małą i skrajnie małą masą urodzeniową w inkubatorze [8]
	Stan badanych	noworodek w pierwszych minutach życia [9]
	Sytuacje	rutynowo [10]
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarz neonatolog, pediatra, położna, ratownik medyczny [4]	
Klucz do skali/interpretacja wyników	0-3 ocena zła (zły stan noworodka)	
	4-7 ocena średnia (stan średni)	
	8-10 stan dobry [10]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Badane czynniki	0 punktów	1 punkt	2 punkty
Zabarwienie skóry	Sinica, bledosc	Konczyny sine, tulow zarozowiony	Rownomiernie rozowa
Akcja serca	Brak	Powolna, < 100 ud/min	>100 ud/min
Odruchy, np. drażnienie nozdrzy cewnikiem, drażnienie podeszw stóp	Brak reakcji Brak reakcji	Grymas Slabe poruszanie	Kaszel, kichanie Placz

Napięcie mięśni	Brak napięcia, całkowita wiotkość	Słabe napięcie mięśni zginaczy i prostowników	Czynne ruchy, napięcie prawidłowe, ułożenie zgięciowe
Oddychanie	Brak	Powolne, nieregularne	Prawidłowe, płacz

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Apgar V. Proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Anesth Analg 1953; 32: 260. 2. Degrandi Oliveira CR. The legacy of Virginia Apgar. Br J Anaesth. 2020; 124(3): e185–e6. 3. Cnattingius S, Johansson S, Razaz N. Apgar Score and Risk of Neonatal Death among Preterm Infants. N Engl J Med 2020; 383: 49-57. 4. Loshchinin S, Avdeenko V, Filatova A. Indicators of the Condition of Newborn Calves after Difficult Labor Syndrome. In BIO Web of Conferences (Vol. 43, p. 03039). EDP Sciences. 2022 5. Szczapa J (red.) Podstawy neonatologii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008. 6. Młodawska M, Młodawski J, Gladys-Jakubczyk A, Pazera G. Relationship between Apgar score and umbilical cord blood acid-base balance in full-term and late preterm newborns born in medium and severe conditions. Ginekologia Polska 2022; 93, 1: 57–62. 7. Przedpelska-Winiarczyk M, Kułak W. Skala Apgar obecnie. Probl Hig Epidemiol 2011, 92(1): 25-29. 8. Gruszczyński D. Badanie noworodka. Przew Lek 2008; 2: 32-38. 9. Florczyk W, Weber-Nowakowska K, Gębska M. The influence of thyroid function disorders on pregnant women on the Apgar scale and psychomotor development of the child in the first 18 months of life. Journal of Education, Health and Sport 2020; 10 (4): 99–112. 10. Oryshkevych, N. Prediction of Apgar Score Using Statistical Learning (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh), 2022. Dostępny w internecie: http://d-scholarship.pitt.edu/42846/ Dostęp: 19.09.2022.

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.A.2. Skala dojrzałości Dubowitza	
Nazwa skali w języku angielskim	Dubowitz score	
Skrót	-	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Victor i Lilly Dubowitz
	Rok publikacji	1970 [1]
	Źródło	Mercuri E. Lilly Dubowitz obituary. The Guardian. Sun 8 May 2016 16.22 BST.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Łozinska Danuta, Twarowska Irena
	Rok publikacji	1993 [3]
	Źródło	Łozinska D, Twarowska I. (red.) Neonatologia. Warszawa: Wyd. PZWL; 1993.

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	11 kryteriów morfologicznych (obrzęk, grubość i wygląd skóry, kolor skóry, przeświecanie skóry, meszek płodowy, bruzdy na stopach, szerokość brodawki piersiowej, obwódka brodawki piersiowej, kształt małżowiny usznej i jej sprężystość, narządy płciowe. 10 kryteriów neurologicznych (postawa, kąt zgięcia dłoni, grzbietowe zgięcie stawu skokowego, ułożenie ramion i kończyn dolnych, kąt podkolanowy, pięta do ucha, ob-jaw szarfy, napięcie mięśniowe) [2]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	ocena kryteriów morfologicznych w skali 0-4pkt, ocena kryteriów neurologicznych w skali 0-5pkt. Za każdy z parametrów można przyznać określoną liczbę punktów; jeżeli punktacja różni się po prawej od punktacji przyznanej lewej stronie ciała, to przyjmujemy wartość uśrednioną [4]
	Orientacyjny czas badania	10-15 min [5]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	ocena dojrzałości noworodka, ocena wieku płodowego. Korelacja między niskim wynikami w skali Dubowitza, a czynnikami dla intubacji ustno-tchawiczej [3]. Pozwala zaklasyfikować noworodki do wcześniaków, noworodków donoszonych lub przenoszonych, dzieci hipotroficzných z niedowagą lub hipertroficzných z nadwagą [6,7,8]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	do 5 dnia życia (do tego czasu metoda daje spójne wyniki) [9]
	Miejsce badanych	oddział neonatologiczny
	Stan badanych	optymalny [5]
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: Lekarz neonatolog, pediatra, położna, pielęgniarka, ratownik medyczny. Osoby nieprofesjonalne: osoby niedoświadczone z pomocą instrukcji [5]	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Uzyskanej sumie punktów w badaniu dziecka odpowiada konkretny wiek płodowy. Skala Dubowitz pozwala na określenie wieku płodowego z dokładnością do plus minus 2 tygodni [8, 10].	

Formularz skali/ kwestionariusz

Cechy zewnętrzne	0	1	2	3	4	Wynik
Obręzek		→				
Grubość i wygląd skóry	bardzo cienka	→	średniej grubości	powierzchniowe fuzczenie	gruba, popękana	
Kolor skóry	ciemnoczerwona	różowa	bladoróżowa	bladoróżowe uszy, wargi		
Przeświecanie skóry	liczne żyły i odgałęzienia żył	nietliczne naczynia na brzuchu	nietliczne duże naczynia na brzuchu	naczynia niewidoczne		
Meszek płodowy	brak meszku	gęsty meszek na całym grzbiecie	meszek rzadki	mała ilość meszku	skąpy meszek	
Bruzdy na stopach			→			
Szerokość brzośki pierśowej	 ≤ 0,75 cm	→	 ≤ 0,75 cm	 ≥ 0,75 cm		
Obwódka brzośki pierśowej	brak	0,5 cm średnica	0,5 – 1,0 cm średnica	1 cm średnica		
Kształt małżowiny usznej			częściowo uformowana małżowina			
Sprężystość małżowiny	mięka, brak sprężystości	mała sprężystość	mięka, dobra sprężystość	szttywna, dobra sprężystość		
Narządy płciowe męskie						
Narządy płciowe żeńskie						

Wynik

Ryc. 19.2. Określenie wieku płodowego — skala dojrzałości Dubowitza (cechy zewnętrzne).

KRYTERIA NEUROLOGICZNE

Objaw neurologiczny	0	1	2	3	4	5	Wynik
Pozycja ułożenia							
Zgięcie dłoni	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°		
Zgięcie stopy	 90°	 75°	 45°	 20°	 0°		
Sprężystość kończyn górnych	 180°	 90-180°	 <90°				
Sprężystość kończyn dolnych	 180°	 90-180°	 <90°				
Kąt podkolanowy	 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 <90°	
Pięta do ucha							
Objaw szarfy							
Zdolność utrzymania głowy							
Objaw podwieszenia							

Ryc. 19.3. Określenie wieku płodowego — skala dojrzałości Dubowitza. Kryteria neurologiczne.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Mercuri E. Lilly Dubowitz obituary. The Guardian. Sun 8 May 2016 16.22 BST. - Dubowitz LM, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. J Pediatr. 1970; 77(1): 1–10. - Łozinska D, Twarowska I. (red.) Neonatologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1993. - Banaś E, Krogulec A, Kordek A. Jak ocenić dojrzałość dziecka po urodzeniu? Przegląd znanych metod oceny. Pediatra po Dyplomie 2021 05. - Dubowitz L, Ricci D, Mercuri E. The Dubowitz neurological examination of the full-term newborn. MRDD Research Reviews 2005;11:52– 60. - Massarollo ACD, Wendt GW, Ferreto LED et al. Factors associated with the Dubowitz neurological examination in preterm new-borns. F1000Research 2021, 10: 910. - Jasińska E.J, Wasiluk A. Ograniczenie wzrastania płodu (IUGR) jako problem kliniczny. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2010; 3(4): 255- 261. - Singhal S, Bawa R, Bansal S. Comparison of Dubowitz scoring versus Ballard scoring for assessment of fetal maturation of newly born infants setting. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2017; 6 (7): 3096-3102. Dostępny w internecie: https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/2959/2566. Dostęp: 19.09.2022. - Haksari EL, Lafeber HN, Hakimi M (i.in). Reference curves of birth weight, length, and head circumference for gestational ages in Yogyakarta, Indonesia. BMC Pediatr 2016; 16: 188. - Szczapa, J. Neonatologia, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.A.3. Skala Ballarda	
Nazwa skali w języku angielskim	Ballard Score, The Ballard Maturational Assessment, Ballard Scale	
Skrót	NBS (New Ballard Scoring)	
Wersja skali	Właściwa i rozszerzona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ballard Jeanne L.
	Rok publikacji	1979, 1991 (wersja rozszerzona w taki sposób aby można określić wiek wcześniaka już od 20 tyg.) [1]
	Źródło	Ballard J.L et all. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991 Sep;119(3):417-23.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak danych
	Rok publikacji	Brak danych
	Źródło	Brak danych
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	ocena 6 cech morfologicznych (skóra, meszek płodowy, oko, ucho, brodawki sutkowe, narządy płciowe) i 6 cech neurologicznych (ułożenie, kąt ramienny, objaw szarfy, kąt podkolanowy, zgięcie nadgarstka, pięta do ucha) [2]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-

	Struktura skali	ocena cech morfologicznych i neurologicznych w skali od 1-5 pkt. Nowa skala Ballarda przewiduje możliwość ujemnych punktów [1,3]						
	Orientacyjny czas badania	3 min i 25 s [4]						
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	ocena dojrzałości noworodka donoszonego lub wcześniaka, oszacowanie poziomu opieki wymaganej przez wcześniaka / noworodka [5, 6]						
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	oceny parametrów morfologicznych powinna odbyć w wieku 30-42 godzin życia, po porodzie [7]						
	Miejsce badanych	oddział neonatologiczny						
	Stan badanych	żywo urodzone noworodki, stan noworodka wpływa na wynik [8]						
	Sytuacje	-						
	Inne	-						
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: Lekarz neonatolog, pediatra, położna, pielęgniarka, ratownik medyczny.							
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-							
Klucz do skali/interpretacja wyników	Suma punktów pozwala na przybliżone określenie czasu trwania ciąży z dokładnością do 2 tyg [10]							
Formularz skali/ kwestionariusz								
Dojrzałość układu nerwowo-mięśniowego								
Cechy układu nerwowo-mięśniowego	Punktacja							Przyznane punkty
	-1	0	1	2	3	4	5	
Postawa								
Kąt zgięcia dłoni	 > 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°		
Ułożenie ramion		 180°	 140-180°	 110-140°	 90-110°	 < 90°		
Kąt podkolanowy	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°	
Objaw szarfy								
Pięta do ucha								
Rysunek pochodzi z Podręcznika Harriet Lane, Pediatrics M.M. Tschudy, K.M. Arcara Rozdział 18 Neonatologia Matthew H. Merves, MD pp 389 - 392 PODSUMOWANIE PUNKTACJI W OCENIE UKŁADU NERWOWO-MIĘŚNIOWEGO								

Neuromuscular Maturity							
Score	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)	 > 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Arm recoil		 180°	 140–180°	 110–140°	 90–110°	 < 90°	
Popliteal angle	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Scarf sign							
Heel to ear							

Physical Maturity							
Skin	Sticky, friable, transparent	Gelatinous, red, translucent	Smooth, pink; visible veins	Superficial peeling and/or rash; few veins	Cracking, pale areas; rare veins	Parchment, deep cracking; no vessels	Leathery, cracked, wrinkled
Lanugo	None	Sparse	Abundant	Thinning	Bald areas	Mostly bald	Maturity Rating
Plantar surface	Heel-toe 40–50 mm: –1 < 40 mm: –2	> 50 mm, no crease	Faint red marks	Anterior transverse crease only	Creases, anterior 2/3	Creases over entire sole	Score Weeks
Breast	Imperceptible	Barely perceptible	Flat areola, no bud	Stippled areola, 1–2 mm bud	Raised areola, 3–4 mm bud	Full areola, 5–10 mm bud	–10 20
Eye/Ear	Lids fused loosely: –1 tightly: –2	Lids open; pinna flat; stays folded	Slightly curved pinna; soft; slow recoil	Well curved pinna; soft but ready recoil	Formed and firm, instant recoil	Thick cartilage, ear stiff	–5 22
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	0 24
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	5 26
							10 28
							15 30
							20 32
							25 34
							30 36
							35 38
							40 40
							45 42
							50 44

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Ballard JL (i in.). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119(3): 417-23. - Marín MG, Martín JM, Lliteras GF, Delgado SG, Pallás CA, Pérez EE. Assessment of the new Ballard score to estimate gestational age. An Pediatr (Barc) 2006; 64: 140-145. - Szczapa J (red.) Podstawy neonatologii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008 (wyd. II zatytułowane Neonatologia PZWL 2022 ukaże się we wrześniu) - Banaś E, Krogulec A, Kordek A. Jak ocenić dojrzałość dziecka po urodzeniu? Przegląd znanych metod oceny. Pediatra po Dyplomie 2021; 05. - Islam A, Naher N, et al. Assessment of Gestational Age among Bangladesh New Born Infant by New Ballard Score. Scholars Journal of Applied Medical Sciences 2022; 10 (2): 239-244.

6.	Hamdan A.H.Y, Zakaria F, Ali M.M et al. Using Anthropometric measurements for Gestational Age Assessment in Sudanese Preterm Infants, 23 May 2022. Dostępny w internecie: https://assets.researchsquare.com/files/rs-1652123/v1/4fb8b64a-14cb-4436-88c5-6e4ff02eb639.pdf?c=1653943454 Dostęp: 13.10.2022.
7.	Singhal S, Bawa R, Bansal S. Comparison of Dubowitz scoring versus Ballard scoring for assessment of fetal maturation of newly born infants setting. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2017; 6(7): 3096-3102.
8.	Shetty D, Desai A, Rao S. Footlength In Neonatal Gestational Age Estimation. Academia Letters, 2022. Dostępny w internecie: https://www.researchgate.net/publication/360235887_ACADEMIA_Letters_Footlength_In_Neonatal_Gestational_Age_Estimation Dostęp: 13.10.2022.
9.	Tikimani S.S, Roujani S (i in.). Relationship Between Foot Length and Gestational Age in Pakistan. Global Pediatric Health 2020; 7.
10.	Kain V, Mannix T. Neonatal Care for Nurses and Midwives: Principles for Practice 2nd Edition. Elsevier Health Sciences 2022: 24.

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.A.4. Skala Silvermana, skala Silvermana-Andersen	
Nazwa skali w języku angielskim	The Silverman Andersen respiratory severity score	
Skrót	RSS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	William Silvermana i Dorothy Andersen [1]
	Rok publikacji	1963 [1]
	Źródło	Silverman W, Andersen D. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants.. „Pediatrics”. 17 (1), s. 1-10, 1956.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak danych
	Rok publikacji	Brak danych
	Źródło	Brak danych
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	ruchy przedniej ściany klatki piersiowej względem nadbrzusza, zapadanie się międzyżebry w trakcie brania wdechu, zapadanie się mostka podczas brania wdechu, ruchy skrzydełek nosa podczas brania wdechu, słyszalność wydechu [2]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	ocena 5 parametrów w skali od 0-2. Wynik otrzymuje się po zsumowaniu wszystkich punktów [3].
	Orientacyjny czas badania	ok 90 sek. [4]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	monitorowanie stanu oddechowego noworodka 4-6 pkt. w skali są progiem do rozpoczęcia terapii CPAP [2] ocena skuteczności terapii przy użyciu CPAP [5]

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	[6] w ciągu 1 godziny od urodzenia się dziecka i powinien być kontrolowany co 30 minut
	Miejsce badanych	sala porodowa/ oddział neonatologiczny [7]
	Stan badanych	podjęzienie niewydolności oddechowej u noworodka [8]
	Sytuacje	donoszony noworodek/wcześnieak [9]
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny [10].	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/interpretacja wyników	0 pkt - brak duszności < 6 pkt - małe ryzyko niewydolności oddechowej ≥ 6 pkt- duże ryzyko niewydolności oddechowej [6,9]	
Formularz skali/ kwestionariusz		
1) Przednia ściana klatki piersiowej: – unosi się równo z nadbrzuszem – 0 pkt, – przy wdechu ruch klatki piersiowej jest opóźniony względem nadbrzusza – 1 pkt, – ruch klatki piersiowej jest przeciwny do ruchu nadbrzusza – 2 pkt.		
2) Międzyżebra: – nie dochodzi do zaciągania, czyli zapadania się międzyżebra – 0 pkt, – zaciąganie, czyli zapadanie się międzyżebra, w niewielkim stopniu – 1 pkt, – zaciąganie, czyli zapadanie się międzyżebra, w znacznym stopniu – 2 pkt.		
3) Mostek: – nie zapada się przy wdechu – 0 pkt, – ruch, a właściwie unoszenie, mostka jest niewielkie – 1 pkt, – bardzo wyraźne unoszenie się mostka – 2 pkt.		
4) Skrzydełka nosa: – brak ruchu – 0 pkt, – niewielkie ruchy – 1 pkt, – wyraźne ruchy – 2 pkt.		
5) Wydech: – bezdźwięczny – 0 pkt, – stękanie wydechowe, które jest słyszalne wyłącznie po przyłożeniu stetoskopu do klatki piersiowej – 1 pkt, – stękanie wydechowe słyszalne bez przykładania stetoskopu – 2 pkt.		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Silverman W, Andersen D. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. Pediatrics 1956; 17 (1): 1-10. 2. Ekhaguere OA, Okonkwo IR (i in.). Respiratory distress syndrome management in resource limited settings - current evidence and opportunities in 2022. Front. Pediatr., 29 July 2022. Dostępny w internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9372546/ Dostęp: 13.10.2022. 3. Kaczmarski M, Kawalec W, Grenda R, Ziolkowska H (red). Badanie kliniczne dziecka. Pediaatria. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 86. 4. Zhao YH, Liu YJ, Zhao XL, Chen WC, Zhou YX. Application of two noninvasive scores in predicting the risk of respiratory failure in full-term neonates: a comparative analysis. Chinese Journal of Contemporary Pediatrics 2022; 24(4): 423-427. 5. McAdams RM, Hedstrom AB (i in.). Implementation of Bubble CPAP in a Rural Ugandan Neonatal ICU. Respir Care 2015; 60(3): 437-45.

6.	Mathai SS, Raju U, Kanitkar M. Management of Respiratory Distress in the New-born. Med J Armed Forces India 2007; 63 (3): 269-72.
7.	Hedstrom AB, Faino AV, Batra M. The Silverman Andersen respiratory severity score in the delivery room predicts subsequent intubation in very preterm neonates. Acta Paediatr. 2020; 110: 1450.
8.	Raimondi F, Yousef N (i in.). A Multicenter Lung Ultrasound Study on Transient Tachypnea of the Neonate. Neonatology 2019; 115: 263–268.
9.	Bruett Hedstrom A, Gove NE (i in.). Performance of the Silverman Andersen Respiratory Severity Score in predicting PCO2 and respiratory support in newborns: a prospective cohort study. J Perinatol. 2018; 38(5): 505–511.
10.	Cavallin F, Balestri E (i in.). Training on the Silverman and Andersen score improved how special care unit nurses assessed neonatal respiratory distress in a low-resource setting. Acta Paediatr. 2022; 111(10): 1866-1869.

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.A.5. Skala NFCS	
Nazwa skali w języku angielskim	Neonatal Facial Coding System	
Skrót	NFCS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ruth V E Grunau, Craig Kenneth D
	Rok publikacji	1987 [1]
	Źródło	Grunau RV, Craig KD: Pain expression in neonates: Facialaction and cry. Pain 1987; 28: 395-410. [1]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Dr hab. Przemko Kwinta
	Rok publikacji	-
	Źródło	https://standarty.pl/artykuly/id/650 [2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	ocena indywidualnych reakcji noworodka oparta na wyglądzie poszczególnych elementów twarzy [3].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	jednowymiarowa ocena dziewięciu parametrów w skali od 0-1pkt (u wcześniaków ocenia się dodatkowo dodatkowy parametr*) [4,5,6].
	Orientacyjny czas badania	1 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	skala została początkowo opracowana do celów badawczych, jednak z czasem zyskała duże znaczenie kliniczne jako metoda pomiaru związana ze stresem i bólem u noworodków [7,8,9].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	>25 t.c. [10]
	Miejsce badanych	oddział neonatologiczny
	Stan badanych	-
	Sytuacje	rutynowo, w celu weryfikacji/ modyfikacji leczenia
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarz neonatolog, pediatra, położna, pielęgniarka, ratownik medyczny	

Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-
Klucz do skali/ interpretacja wyników	minimalny wynik: 0 pkt maksymalny wynik dla wcześniaków: 10 pkt maksymalny wynik dla niemowląt urodzonych o czasie: 9 pkt	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Skala NFCS (Neonatal Facial Coding System)		
Wygląd twarzy	0 punktów	1 punkt
Czoło pomarszczone	Nie występuje	Występuje
Mocno zaciśnięte powieki	Nie występuje	Występuje
Głęboka bruzda nosowo-wargowa	Nie występuje	Występuje
Usta otwarte	Nie występuje	Występuje
Kąciaki ust ustawione poziomo	Nie występuje	Występuje
Kąciaki ust skierowane w dół	Nie występuje	Występuje
Napięty język	Nie występuje	Występuje
Napinanie mięśni wokół ust	Nie występuje	Występuje
Drgająca bródka	Nie występuje	Występuje
*Język wysunięty	Nie występuje	Występuje

* Wysunięcie języka jest reakcją niebólową u niemowląt urodzonych o czasie

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Grunau RV, Craig KD. Pain expression in neonates: Facialaction and cry. Pain 1987; 28: 395-410. - Kwinta P. Leczenie i ocena bólu u noworodka- podstawy postępowania. Dostępny w internecie: https://standardy.pl/artykuly/id/650. Dostęp: 06.10.2022. - Roué JM, Rioualen S, Gendras J, Misery L, Gouillou M, Sizun J. Multi-modal pain assessment: are near-infrared spectroscopy, skin conductance, salivary cortisol, physiologic parameters, and Neonatal Facial Coding System interrelated during venepuncture in healthy, term neonates? J Pain Res. 2018; 11: 2257-2267. https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/e-learning-modules/basics-of-pain. Dostęp: 06.10.2022. - Gimenez IL, Rodrigues RF, Oliveira MCF, Santos BAR, Arakaki VDSNM, Santos RSD, Peres RT, Sant'Anna CC, Ferreira HC. Temporal assessment of neonatal pain after airway aspiration. Rev Bras Ter Intensiva 2020; 32(1): 66-71. - Ribas CG, Andreazza MG, Neves VC, Valderramas S. Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep-Wakefulness State in Preterm Infants. Respir Care 2019; 64(4): 384-389. - Xie W, Wang X, Huang R, Chen Y, Guo X. Assessment of four pain scales for evaluating procedural pain in premature infants undergoing heel blood collection. Pediatr Res. 2021 May; 89(7): 1724-1731. - Melo GM, Cardoso MVLML, Almeida PC, Rodrigues EC. Effect of music combined with swaddling on pain in full-term newborns: randomized clinical trial. Rev Bras Enferm 2021; 75(3): e20210017. - Oji-Mmuo CN, Speer RR, Gardner FC, Marvin MM, Hozella AC, Doheny KK. Prenatal opioid exposure heightens sympathetic arousal and facial expressions of pain/distress in term neonates at 24-48 hours post birth. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019; 9: 1-8. - Popowicz H, Mędrzycka-Dąbrowska W, Kwiecień-Jaguś K. Zapobieganie i leczenie bólu w oddziale intensywnej terapii noworodka, Ból 2018; 19 (1): 21-32.

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.A.6. Skala PIPP	
Nazwa skali w języku angielskim	Premature Infant Pain Profile	
Skrót	PIPP	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Stevens Bonnie, Johnston Celeste, Petryshen Patricia, Taddio Anna [1]
	Rok publikacji	1996 [1]
	Źródło	Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. Clin J Pain 1996; 12(1): 13-22.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Nikodemski Tomasz
	Rok publikacji	-
	Źródło	https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546, leczenie-bolu-u-noworodka [2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	stosowana do pomiaru natężenia bólu i oceny skuteczności leczenia u wcześniaków i noworodków donoszonych [2]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-
	Struktura skali	ocena sześciu parametrów w skali od 0-3 pkt
	Orientacyjny czas badania	4 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	skala ta wykorzystywana jest najczęściej do standardowej ocena natężenia bólu w trakcie wykonywanych czynności klinicznych, ale również jako narzędzie pomocne w modyfikacji postępowania, celem zmniejszenia dolegliwości bólowych noworodków [4,5,6]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	-
	Miejsce badanych	oddział neonatologiczny [7]
	Stan badanych	-
	Sytuacje	rutynowo, w celu weryfikacji/ modyfikacji leczenia [8, 9,10]
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarz neonatolog, pediatra, położna, pielęgniarka, ratownik medyczny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	-	
Klucz do skali/ interpretacja wyników	• 0–6 – dziecko nie odczuwa bólu • 6–12 – ból o umiarkowanym natężeniu • >12 – ból o dużym natężeniu. Maksymalna liczba punktów do uzyskania: 21.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

	Wskaźnik	0	1	2	3
	Wiek ciążowy	≥ 36 Hbd	32–35 Hbd i 6 dni	28-31 Hbd i 6 dni	≤ 28 Hbd
Obserwacja dziecka przez 15 s	Zachowanie	Aktywne/obudzone oczy otwarte, mimika obecna	Ciche/obudzone, oczy otwarte, mimika nieobecna	Aktywne/śpiące, oczy zamknięte, mimika obecna	Ciche/śpiące, oczy zamknięte, mimika nieobecna
Obserwacja przez 30 s	Maksymalna częstość akcji serca	Wzrost o 0-4 uderzeń/min	Wzrost o 5-14 uderzeń/min	Wzrost o 15-24 uderzeń/min	Wzrost o 25 lub więcej uderzeń/min
	Minimalna saturacja krwi	Spadek o 0-2,4%	Spadek o 2,5-4,9%	Spadek o 5-7,4%	Spadek o 7,5% lub więcej
	Uniesienie brwi	0-9% czasu	10-39% czasu	40-69% czasu	70% czasu lub więcej
	Zaciskanie oczu	0-9% czasu	10-39% czasu	40-69% czasu	70% czasu lub więcej
	Pogłębienie bruzdy nosowo-wargowej	0-9% czasu	10-39% czasu	40-69% czasu	70% czasu lub więcej

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996; 12(1): 13-22. 2. https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546, leczenie-bolu-u-noworodka. Dostęp: 06.10.2022. 3. Deng Q, Li Q, Wang H, Sun H, Xu X. Early father-infant skin-to-skin contact and its effect on the neurodevelopmental outcomes of moderately preterm infants in China: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2018; 19(1): 701. 4. Shukla VV, Chaudhari AJ, Nimbalkar SM, Phatak AG, Patel DV, Nimbalkar AS. Skin-to-Skin Care by Mother vs. Father for Preterm Neonatal Pain: A Randomized Control Trial (ENVIRON Trial). Int J Pediatr. 2021: 8886887. Dostępny w internecie: https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2021/8886887/ Dostęp: 13.10.2022 5. Nimbalkar S, Shukla VV, Chauhan V, Phatak A, Patel D, Chapla A, Nimbalkar A. Blinded randomized crossover trial: Skin-to-skin care vs. sucrose for preterm neonatal pain. J Perinatol. 2020; 40(6): 896-901. 6. Shukla VV, Bansal S, Nimbalkar A, Chapla A, Phatak A, Patel D, Nimbalkar S. Pain Control Interventions in Preterm Neonates: A Randomized Controlled Trial. Indian Pediatr. 2018; 55(4): 292-296. 7. Filippa M, Monaci MG, Spagnuolo C, Serravalle P, Daniele R, Grandjean D. Maternal speech decreases pain scores and increases oxytocin levels in preterm infants during painful procedures. Sci Rep. 2021; 11(1): 17301. 8. Ahn Y, Kang H, Shin E. [Pain assessment using CRIES, FLACC and PIPP in high-risk infants]. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2005; 35(7): 1401-9. 9. Cignacco E, Mueller R, Hamers JP, Gessler P. Pain assessment in the neonate using the Bernese Pain Scale for Neonates. Early Hum Dev. 2004; 78(2): 125-31. 10. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, Inglis D, Zee R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 2(2): CD008435.

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE		
Nazwa skali w języku polskim	II.10.A.7. Skala NIPS		
Nazwa skali w języku angielskim	Neonatal Infant Pain Scale		
Skrót	NIPS		
Wersja skali	Właściwa		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C.	
	Rok publikacji	1993 [1]	
	Źródło	Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw. 1993; 12(6): 59-66. [1]	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Nikodemski Tomasz	
	Rok publikacji	-	
	Źródło	https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546, leczenie-bolu-u-noworodka [2]	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	stosowana do pomiaru natężenia bólu i oceny skuteczności leczenia u wcześniaków i noworodków donoszonych [2]	
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	-	
	Struktura skali	ocena sześciu parametrów w skali od 0-1 pkt [3]	
	Orientacyjny czas badania	1 min	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	standaryzowana metoda oceny bólu, pomocna w lecniectwie stacjonarnym, ale również użyteczna w badaniach klinicznych w procesie tworzenia nowych skal natężenia bólu u noworodków [4,5]. Skala wykorzystywana jest często jako narzędzie porównawcze w badaniach naukowych [6,7]	
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	-	
	Miejsce badanych	oddział neonatologiczny, ośrodki kliniczne [8,9]	
	Stan badanych	-	
	Sytuacje	rutynowo, co ok 4-6 h, w celu weryfikacji/ modyfikacji leczenia [10]	
	Inne	-	
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarz neonatolog, pediatra, położna, pielęgniarka, ratownik medyczny		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		-	
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Wynik >3 wskazuje na dolegliwości bólowe		
Formularz skali/ kwestionariusz			
	Nie boli	Trochę boli	Bardzo boli
Twarz	Spokojna	Grymas	Ból

Placz	Brak	Popłakuje	Krzyczy
Oddech	Spokojny	Przyspieszony	Wysilony
Ręce	Swobodne	Zgięte	Wyprostowane
Nogi	Swobodne	Zgięte	Wyprostowane
Stan świadomości	Śpi	Nie śpi	Pobudzony

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw. 1993; 12(6): 59-66. 2. Nikodemski T. Leczenie bólu u noworodka. Dostępny w internecie: https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546,leczenie-bolu-u-noworodka Dostęp: 06.10.2022. 3. İncekar MÇ, Ögüt NU, Mutlu B, Çeçen E, Can E. Turkish validity and reliability of the COVERS pain scale. Rev Assoc Med Bras. 2021; 67(6): 882-888. 4. Benbrook K, Manworren RCB, Zuravel R, Entler A, Riendeau K, Myler C, Ricca P. Agreement of the Neonatal Pain, Agitation, and Sedation Scale (N-PASS) With NICU Nurses' Assessments. Adv Neonatal Care 2022. Dostępny w internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35362716/ Dostęp: 06.10.2022. 5. Yuan I, Nelson O, Barr GA, Zhang B, Topjian AA, DiMaggio TJ, Lang SS, Christ LA, Izzetoglu K, Greco CC, Kurth CD, Ganesh A. Functional near-infrared spectroscopy to assess pain in neonatal circumcisions. Paediatr Anaesth. 2022; 32(3): 404-412. 6. Vu-Ngoc H, Uyen NCM, Thinh OP, Don LD, Danh NVT, Truc NTT, Vi VT, Vuong NL, Huy NT, Duong PDT. Analgesic effect of non-nutritive sucking in term neonates: A randomized controlled trial. Pediatr Neonatol. 2020; 61(1): 106-113. 7. Xie W, Wang X, Huang R, Chen Y, Guo X. Assessment of four pain scales for evaluating procedural pain in premature infants undergoing heel blood collection. Pediatr Res. 2021; 89(7): 1724-1731. 8. Kahraman A, Gümüş M, Akar M, Sipahi M, Bal Yılmaz H, Başbakal Z. The effects of auditory interventions on pain and comfort in premature newborns in the neonatal intensive care unit; a randomised controlled trial. Intensive Crit Care Nurs. 2020; 61: 102904. 9. Wang Y, Li Y, Sun J, Feng S, Lian D, Bo H, Li Z. Factors influencing the occurrence of neonatal procedural pain. J Spec Pediatr Nurs. 2020; 25(2): e12281. Dostępny w internecie: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31793223/ Dostęp: 13.10.2022. 10. Sarkaria E, Gruszfeld D. Assessing Neonatal Pain with NIPS and COMFORT-B: Evaluation of NICU's Staff Competences. Pain Res Manag. 2022; 2022: 8545372.

II.10.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.B.1. Skala N-PASS
Nazwa skali w języku angielskim	Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Nieznany
Państwo	Stany Zjednoczone Ameryki
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala N-PASS jest narzędziem służącym do oceny bólu i sedacji noworodków. Skalę stosuje się w przypadku noworodków wentylowanych mechanicznie lub będących w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Chociaż dostępnych jest wiele narzędzi do oceny bólu u niemowląt, nie ma obecnie innego narzędzia, które byłoby wykorzystywane do oceny sedacji u noworodków w stanie krytycznym (zwłaszcza wcześniaków). W skali ocenianych jest 5 głównych parametrów: płacz/ niepokój, zachowanie, twarz, napięcie mięśni kończyn oraz oznaki życia (oddech, tętno, ciśnienie, saturacja). Każdy z parametrów oceniany jest od -2 do +2 pkt.
Źródło bibliograficzne	Hillman BA, Tabrizi MN, Gauda EB, Carson KA, Aucott SW. The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. J Perinatol. 2015; 35(2): 128-31.
Źródło on-line	https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Neonatal-Pain-Assessment-and-Sedation-Scale.pdf
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.B.2. Skala CRIES
Nazwa skali w języku angielskim	CRIES Scale (Cry, Requires oxygen, Increased vital signs, Ezpressions, Sleeplessness)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Krechel Susan W, Bildner Judy
Państwo	Stany Zjednoczone Ameryki
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala CRIES została opracowana do oceny bólu pooperacyjnego u noworodków, ale może być również wykorzystana do oceny bólu przewlekłego. Ocenę wykonuje się w odstępach co godzinę, oceniając 5 parametrów od 0 do 2 pkt., Oceniane są: płacz, zapotrzebowanie na tlen, zmiany parametrów życiowych, wyraz twarzy i jakość snu. Maksymalna ilość punktów wynosi 10, natomiast w przypadku wyniku > 4 należy ponownie ocenić ból, a uzyskując wynik > 6 wskazane jest podanie leku przeciwbólowego.
Źródło bibliograficzne	Krechel S W, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. Paediatric anaesthesia 1995; 5 (1): 53-61.
Źródło on-line	https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/cries-scale.pdf

Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.10.B.3. Skala CRIB
Nazwa skali w języku angielskim	CRIB (Clinical Risk Index for Babies)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Grant JM, Fenton AC, Field DJ (i wsp.)
Państwo	Wielka Brytania
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala obejmuje noworodki urodzone < 31 tyg. ciąży, o masie ciała 1500 gram i mniej, oceniając ich stan w pierwszych dwunastu godzinach życia. Jest skalą porównującą jakość leczenia i opieki w poszczególnych oddziałach neonatologicznych, jak również jest pomocna w przewidywaniu ryzyka zakażeń wewnątrzszpitalnych, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego czy zgonu noworodków. Skala ocenia 6 parametrów: masę ciała, wiek ciążowy, wady wrodzone, najwyższa wartość niedoboru zasad, najwyższa i najniższa wartość stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej. Łączna punktacja 6-10 w skali CRIB wskazuje na 40% ryzyko zgonu, 11-15 punktów sugeruje 70% ryzyko, natomiast wartości powyżej 15-90% ryzyko zgonu noworodka. Jeżeli chodzi o nieprawidłowości neurologiczne, to 0-5 punktów odpowiada 5% ryzyku, 6-10 punktów 12%, natomiast uzyskanie 11 punktów łączy się z 20% ryzykiem zaburzeń.
Źródło bibliograficzne	Lúcia A, Sarquis F, Miyaki M. CRIB score for predicting neonatal mortality risk. Jornal De Pediatria 2002; 78.
Źródło on-line	https://www.scielo.br/j/rsp/a/qY83QcXBRyrT84TXgQsh8Nq/?lang=en&format=pdf

II.11. Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

Karolina Filipaska-Blejder, Robert Ślusarz

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

II. 11. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 11. A. 1. Wskaźnik Funkcjonalny „Repty” (WFR)
- II. 11. A. 2. Skala Wydolności Funkcjonalnej (SWF/FCS)
- II. 11. A. 3. Kwestionariusz Oswestry (ODI)
- II. 11. A. 4. Skala Zmęczenia (MFIS)

II. 11. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II. 11. B. 1. The Functional Independence Measure (FIM)
- II. 11. B. 2. Schwab and England Activities of Daily Living Scale(ADL)

II. 11. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II. 11. C. 1. Skala Glasgow (GCS)
- II. 11. C. 2. Zmodyfikowana skala Rankina (MRS)
- II. 11. C. 3. Rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzke’go (EDSS)

II.11.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	NEUROLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.A.1. Wskaźnik Funkcjonalny „Repty”	
Nazwa skali w języku angielskim	“Repty” Functional Index	
Skrót	WFR	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Opara Józef
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Opara J. Analiza przydatności wybranych skal udarów do oceny wyników rehabilitacji chorych z niedowładem połowicznym. Rozprawa habilitacyjna. Katowice 1996 [1]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena funkcjonalna – samodzielności – czynności dnia codziennego.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak doniesień
	Struktura skali	Skala składa się z oceny 15 pozycji wchodzących w skład pięciu obszarów takich jak: samoobsługa, kontrola zwieraczy, mobilność, lokomocja oraz komunikacja. Elementy oceny to: 1. Spożywanie posiłków; 2. Dbłość o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą; 3. Kąpiel; 4. Ubieranie górnej części ciała; 5. Ubieranie dolnej części ciała; 6. Toaleta; 7. Oddawanie moczu; 8. Oddawanie stolca; 9. Przechodzenie z łóżka na krzesło lub na wózek inwalidzki; 10. Siadanie na muszli klozetowej; 11. Wchodzenie pod prysznic lub do wanny; 12. Chodzenie/jazda na wózku inwalidzkim; 13. Schody; 14. Zrozumienie słuchowe lub wizualne i 15. Mowa werbalna [2,3].
	Orientacyjny czas badania	Brak doniesień
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Przeprowadzone badania z użyciem Wskaźnika Funkcjonalnego „Repty” wskazują, że jest to uniwersalne narzędzie do oceny samodzielności chorego/pacjenta z szeregiem schorzeń układowych [4-8]. Dobre narzędzie do oceny wyników leczenia, kwalifikacji do rehabilitacji czy prognozowania długoterminowego.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Kliniki/Oddziały szpitalne, podstawowa opieka zdrowotna, opieka długoterminowa itp.
	Stan badanych	Pacjenci z uszkodzeniem układu nerwowego i narządu ruchu
	Sytuacje	Choroby naczyniowe, urazy czaszkowo-mózgowe, uszkodzenia obwodowego układu nerwowego, choroby układu pozapiramidowego, choroby mięśni, bóle krzyża, po amputacjach kończyn [3].
	Inne	Pacjenci z zaburzoną samodzielnością w czynnościach życia codziennego [9,10,11].

Osoby, które mogą stosować skalę	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta itp.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Wymagane cytowanie źródła: Opara J. Analiza przydatności wybranych skal udarów do oceny wyników rehabilitacji chorych z niedowładem połowiczym. Rozprawa habilitacyjna. Katowice 1996	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala prosta i łatwa w wykonaniu. Każda pozycja oceniana jest wg punktacji 7, 5, 3 i 1, gdzie: 7 pkt. oznacza - pełną niezależność (wykonywanie bezpiecznie i szybko); 5 pkt. - umiarkowaną zależność (przez nadzór lub asekurację); 3 pkt. – wymagana pomoc i 1 pkt. – całkowita zależność. Minimalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosi 15 maksymalna 105 [1-3].	

Formularz/ kwestionariusz skali

Wskaźnik Funkcjonalny „Repty”

Samoobsługa:	1.	Spożywanie posiłków
	2.	Dbłość o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą
	3.	Kąpiel
	4.	Ubieranie górnej części ciała
	5.	Ubieranie dolnej części ciała
	6.	Toaleta
Kontrola zwieraczy:	7.	Oddawanie moczu
	8.	Oddawanie stolca
Mobilność:	9.	Przechodzenie z łóżka na krzesło lub na wózek inwalidzki
	10.	Siadanie na muszli klozetowej
	11.	Wchodzenie pod prysznic lub do wanny
Lokomocja:	12.	Chodzenie/jazda na wózku inwalidzkim
	13.	Schody
Komunikacja:	14.	Zrozumienie słuchowe lub wizualne
	15.	Mowa werbalna

Punktacja:

7 pkt. Pełna niezależność (wykonywanie bezpiecznie i szybko)

5 pkt. Umiarkowana zależność (przez nadzór lub asekurację)

3 pkt. Wymagana pomoc

1 pkt. Całkowita zależność

Źródło: Opara J. Analiza przydatności wybranych skal udarów do oceny wyników rehabilitacji chorych z niedowładem połowiczym. Katowice: Rozprawa habilitacyjna; 1996.

Bibliografia	
1.	Opara J. Analiza przydatności wybranych skal udarów do oceny wyników rehabilitacji chorych z niedowładem połowiczym. Katowice: Rozprawa habilitacyjna; 1996.
2.	Opara J. Skale udarów. Opole: Politechnika Opolska; 1999.
3.	Opara J. Klinimetria w udarach mózgu. Katowice: AWF; 2005.
4.	Opara J, Szeliga-Cetnarska M, Chromy M, et al. Skale udarów „REPTY”. Wskaźnik Funkcjonalny „REPTY” dla oceny czynności życia codziennego u chorych z niedowładem połowiczym po udarze mózgowym. Część II. Neurol Neurochir Pol 1998; 32(4): 813-822.

5.	Opara J, Dmytryk J, Ickowicz T, et al. Wskaźnik Funkcjonalny „Repty” dla oceny samodzielności chorych z paraplegią. Chir Narz Ruchu Ortop Pol 1997; 33: 445–449.
6.	Pasek J, Opara J, Pasek T, Sieroń A. Ocena czynności życia codziennego w zależności od podtypu przebytego udaru niedokrwiennego mózgu i przeprowadzonej wczesnej rehabilitacji. Udar Mózgu 2009;11(2):41–49.
7.	Deja W. Wczesne i odległe następstwa obrażeń naczyń obwodowych u chorych po zabiegach rekonstrukcyjnych. Ann Acad Med. Gedan 2005; 35: 35-52.
8.	Jabłońska R, Ślusarz R, Królikowska A, Beuth W, Ciemnoczołowski W. Uwarunkowania wydolności funkcjonalnej chorych we wczesnym okresie pooperacyjnym leczenia dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 4: 144-150.
9.	Wysokiński M, Fidecki W. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. [w:] Cybulski M, Krajewska-Kulaś E. (red.) Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Warszawa: PZWL; 2016.
10.	Borowicz AM. Testy służące do oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych. [w:] Wieczorowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz AM. (red.) Fizjoterapia w geriatric. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2011.
11.	Ślusarz R, Biercewicz M. Ocena czynnościowa chorego z dysfunkcją układu nerwowego w opiece długoterminowej – praktyczne narzędzia oceny. Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi. Raabe 2010; 7: 56-75.

Grupa skal	NEUROLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.A.2. Skala Wydolności Funkcjonalnej	
Nazwa skali w języku angielskim	Functional Capacity Scale	
Skrót	SWF/FCS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ślusarz Robert
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Functional Capacity Scale as a Suggested Nursing Tool for Assessing Patient Condition with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage – Part II. Advances in Clinical and Experimental Medicine. 2006;15(4):741-746 [1]; Ślusarz R, Biercewicz M, Rybicka R. Functional Capacity Scale in Assessment of Patients with Intracranial Aneurysms: Reliability and Validity. Journal of Neuroscience Nursing. 2014;46(1):46-54 [2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena funkcjonalna chorego we wczesnym okresie po zabiegu.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak. Kryterium podstawowe – wczesny okres pooperacyjny.
	Struktura skali	Skala składa się z 12 wyznaczników opieki charakterystycznych dla wczesnego okresu pooperacyjnego (po zabiegu) są to: poruszanie się (1), odżywianie (2), czynności higieniczne(3), potrzeby fizjologiczne (4), pomiar funkcji życiowych – GCS (5), oddychanie (6), diagnostyka (7), leczenie przed- i pooperacyjne (8), opatrunek i drenaż (9), nasilenie bólu (10), farmakoterapia (11) i stan neuropsychologiczny (12). W oparciu o powyższe wyznaczniki ocenia się wydolność funkcjonalną pacjenta oraz jego zależność od zespołu pielęgniarskiego [1,3].

	Orientacyjny czas badania	Około 90 sekund
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Obserwacje poczynione w trakcie badań wskazują, iż skala FCS jest przydatnym narzędziem oceny wydolności funkcjonalnej we wczesnym okresie po leczeniu neurochirurgicznym [4-6]. Zgromadzone spostrzeżenia wskazują na przydatność skali FCS w dwojakim sensie. Po pierwsze; ocena za pomocą skali nie jest czasochłonna i może odbywać się wielokrotnie podczas dyżuru. Po drugie; skala ta może również służyć do oceny większości pacjentów neurochirurgicznych z rozpoznaniem guza mózgu [7], urazu czaszkowo-mózgowego [8], czy zmiany zwyrodnieniowej kręgosłupa [9]. Wskazywać na to mogą proste wyznaczniki opieki, charakteryzujące wczesny okres pooperacyjny.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Kliniki/Oddziały zabiegowe
	Stan badanych	Pacjenci z uszkodzeniem układu nerwowego.
	Sytuacje	Choroby i wady naczyniowe, procesy rozrostowe, urazy czaszkowo-mózgowe, urazy kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.
	Inne	Pacjenci po zabiegach chirurgicznych.
Osoby, które mogą stosować skalę	Zespoły pielęgniarские	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Wymagane cytowanie źródła:	
	1. Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Functional Capacity Scale as a Suggested Nursing Tool for Assessing Patient Condition with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage – Part II. <i>Advances in Clinical and Experimental Medicine</i> 2006; 15(4): 741-746. 2. Ślusarz R, Biercewicz M, Rybicka R. Functional Capacity Scale in Assessment of Patients with Intracranial Aneurysms: Reliability and Validity. <i>Journal of Neuroscience Nursing</i> 2014; 46(1): 46-54.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Typowa skala numeryczna od 12 do 48 punktów [1,10,11]. Każdemu wyznacznikowi opieki przypisano od 1 do 4 punktów, gdzie: 4 pkt – pacjent nie wymaga opieki, 3 pkt – pacjent wymaga umiarkowanej opieki, 2 pkt – pacjent wymaga wzmożonej opieki i 1 pkt – pacjent wymaga intensywnej opieki. Na tej podstawie kwalifikujemy pacjenta do określonej grupy opieki. Grupa I (pacjent nie potrzebuje pomocy) (48 – 40 pkt), grupa II (pacjent potrzebuje pomocy) (39 – 31 pkt), grupa III (pacjent potrzebuje znacznej pomocy) (30 – 21 pkt) oraz grupa IV (pacjent wymaga intensywnej opieki) (20 – 12 pkt) [1,11].	

Formularz/ kwestionariusz skali

Skala Wydolności Funkcjonalnej

Lp.	Wyznaczniki opieki	Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV
1.	Poruszanie się*	4	3	2	1
2.	Odżywianie	4	3	2	1
3.	Czynności higieniczne	4	3	2	1
4.	Potrzeby fizjologiczne	4	3	2	1
5.	Pomiar funkcji życiowych – GCS	4	3	2	1
6.	Oddychanie	4	3	2	1
7.	Diagnostyka	4	3	2	1

8.	Leczenie przed- i pooperacyjne	4	3	2	1
9.	Opatrunek/ drenaż	4	3	2	1
10.	Nasilenie bólu**	4	3	2	1
11.	Farmakoterapia	4	3	2	1
12.	Stan neuropsychologiczny***	4	3	2	1

*Reżim łóżkowy (chory nie opuszcza łóżka) dla chorych w grupie III i IV.

**Chory nieprzytomny (8–3 GCS) w zakresie tego wyznacznika otrzymuje 1 pkt.

***Chory nieprzytomny (8–3 GCS) w zakresie tego wyznacznika otrzymuje 1 pkt.

Źródło: Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Functional Capacity Scale as a Suggested Nursing Tool for Assessing Patient Condition with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage – Part II. Adv Clin Exp Med 2006; 15(4): 741-746.

Bibliografia	
1.	Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Functional Capacity Scale as a Suggested Nursing Tool for Assessing Patient Condition with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage – Part II. Adv Clin Exp Med 2006; 15(4): 741-746.
2.	Ślusarz R, Biercewicz M, Rybicka R. Functional Capacity Scale in Assessment of Patients with Intracranial Aneurysms: Reliability and Validity. J Neurosci Nurs 2014; 46(1): 46-54.
3.	Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Postsurgical examination of functional outcome of patients having undergone surgical treatment of intracranial aneurysm. Scand J Caring Sci 2009; 23(1): 130-139.
4.	Ślusarz R, Beuth W, Śniegocki M. Functional Capacity Scale as a new tool for early functional assessment in patients after surgical treatment of intracranial aneurysms: A prospective study involving 128 patients. Med Sci Monit 2012; (18)11: CR680-CR686.
5.	Ślusarz R, Biercewicz M, Rybicka R, Beuth W, Śniegocki M. Functional capacity of patients in the early period after the embolization of cerebrovascular malformations: preliminary findings. J Neurosci Nurs 2012; 44(5): 253-259.
6.	Ślusarz R, Biercewicz M, Smarszcz B, Szewczyk M, Rosińczuk J, Śniegocki M. Application of the functional capacity scale in the early assessment of functional efficiency in patients after aneurysm embolization: preliminary reports. Adv Clin Exp Al 2017; 26(6): 981-986.
7.	Ślusarz R, Biercewicz M, Rosińczuk J, Lorencowicz R. A multicenter study on the early assessment of functional capacity of patients with brain tumor after surgery. J Neurosci Nurs 2019; 51(5): 221-226.
8.	Ślusarz R, Jabłońska R, Królikowska A, Haor B, Barczykowska E, Biercewicz M, Głowacka M, Szrajda J. Measuring scales used for assessment of patients with traumatic brain injury: multicenter studies. Patient Prefer Adher 2015; 9: 869-875.
9.	Ślusarz R, Jabłońska R, Królikowska A. Early Assessment of Functional Capacity with Patients After Degenerative Change in the Spine — Preliminary Reports. Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2014; 3(1): 25–30.
10.	Al-Khindi T, Macdonald RL, Schweizer TA. Cognitive and functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Stroke 2010; 41: e519–536.
11.	Ślusarz R. Functional Capacity Scale (FCS) in Nursing Practice. Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2012; 1(1): 35–40.

Grupa skal	NEUROLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	II.11.A.3. Kwestionariusz Oswestry
Nazwa skali w języku angielskim	Oswestry Disability Index
Skrót	ODI

Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Fairbank Jeremy, Couper Jeremy, Davies James B., O'Brien John P./ Fairbank Jeremy C. T., Pynsent Paul B.
	Rok publikacji	1980/ 2000
	Źródło	Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry Low Back Pain Questionnaire. Physiotherapy 1980; 66: 271-273 [1] / Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine 2000; 25: 2940- 2952 [2]
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Grzegorz Miekisiak, Marta Kollataj, Jan Dobrogowski, Wojciech Kloc, Witold Libionka, Mariusz Banach, Dariusz Latka, Tomasz Sobolewski, Adam Sulewski, Andrzej Nowakowski, Grzegorz Kiwic, Adam Pala, Tomasz Potaczek, Maciej Gierlotka
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Miekisiak G, Kollataj M, Dobrogowski J, Kloc W, Libionka W, Banach M, Latka D, Sobolewski T, Sulewski A, Nowakowski A, Kiwic G, Pala A, Potaczek T, Gierlotka M. Validation and cross-cultural adaptation of the Polish version of the Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976) 2013; 38(4): E237-243 [3]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena stopnia niepełnosprawności spowodowana dolegliwościami bólowymi części lędźwiowej kręgosłupa
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Kryterium podstawowe- ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 10 pytań i dotyczy: intensywności bólu, pielęgnacji/samodzielności (mycie, ubieranie, itp.), podnoszenia przedmiotów, chodzenia, siedzenia, stania, spania, życia towarzyskiego, aktywności seksualnej oraz podróżowania. Odpowiedzi są oceniane w skali od 0 pkt. (najniższa niesprawność) do 5 pkt. (najwyższa niesprawność)[1-5].
	Orientacyjny czas badania	Brak doniesień
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala ODI uważana jest za złoty standard służący do funkcjonalnej oceny pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa [6-8]. Odpowiedzi na pytania pozwalają sklasyfikować, jak bardzo ograniczone jest funkcjonowanie danej osoby podczas wykonywania poszczególnych czynności. Kwestionariusz wykorzystywany jest do oceny efektywności postępowania terapeutycznego, zastosowanych metod fizjoterapeutycznych, a także do porównywania skuteczności zastosowanych metod leczenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa [9-12].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Kliniki/Oddziały zabiegowe, poradnie
	Stan badanych	Pacjenci z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa, przytomni, kontakt słowny zachowany, zorientowani auto- i allopsychicznie
	Sytuacje	Urazy kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, procesy rozrostowe, stany zapalne
	Inne	Pacjenci po zabiegach chirurgicznych

Osoby, które mogą stosować skalę	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta itp.)
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Uzyskanie zgody na wykorzystanie skali oraz pobranie jej z platformy ePROVIDE™ Mapi Research Trust [13]. Dodatkowo cytowanie autorów wersji oryginalnej [1,2] oraz wersji walidowanej do warunków polskich [3].
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Zbiorczy wynik przedstawia się w skali od 0-50 punktów lub w skali procentowej od 0-100%. Maksymalna liczba punktów może wynosić 50 (całkowita niepełnosprawność), a minimalna ilość punktów to 0 (brak niepełnosprawności). Im mniejsza liczba punktów, tym lepszy stan pacjenta. Dokładna interpretacja wyników przedstawia się następująco: 0-4 pkt. (0-8%)- brak niepełnosprawności, 5-14 pkt. (10-28%)- niewielka niepełnosprawność, 15-24 pkt. (30-48%)- średnia niepełnosprawność, 25-34 pkt. (50-64%)- poważna niepełnosprawność, 35-50 pkt. (70-100%)- całkowita niepełnosprawność [1-6]. Na podstawie Kwestionariusza Oswestry można wyznaczyć wskaźnik ODI 2.1a, który określa stopień niepełnosprawności. Wzór ten przedstawia się następująco: $\left[\frac{\text{Suma punktów zebranych z całej ankiety}}{5 \times \text{liczba ilości pytań ankiety}} \right] \times 100$ Interpretacja wskaźnika ODI przedstawia się następująco [14]: I grupa- 0-20%- nieznaczny stopień niepełnosprawności- pacjenci nie wymagają leczenia jedynie edukacji dotyczącej prawidłowej techniki siedzenia, dźwigania, diety i efektywności fizycznej. II grupa- 21-40%- lekki stopień niepełnosprawności- pojawiają się dolegliwości bólowe, pacjenci bywają okresowo niezdolni do pracy, niezbędne jest leczenie usprawniające III grupa- 41-60%- średni stopień niepełnosprawności- ból stanowi poważny problem, pacjenci wymagają pomocy osób trzecich podczas niektórych czynności dnia codziennego. IV grupa- 61-80%- ciężki stopień niepełnosprawności- ból zaburza wszystkie aspekty życia chorego, niezbędne jest wdrożenie właściwego leczenia. V grupa- 81-100%- bardzo ciężki stopień niepełnosprawności- pacjenci są unieruchomieni w łóżku, wymagają opieki osób trzecich, proste czynności powodują występowanie dolegliwości bólowych.
Formularz skali/ kwestionariusz	

Indeks niepełnosprawności Oswestry (ODI) wersja 2.1a

Ten kwestionariusz jest przeznaczony do przekazania nam informacji o tym, jak Pana(i) dolegliwości kręgosłupa (lub nóg) wpływają na Pana(i) zdolność radzenia sobie w codziennym życiu.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź w każdym pytaniu, która najlepiej opisuje Pana(i) stan w dniu dzisiejszym.

Pytanie 1 - Intensywność bólu	
☐	Obecnie nie odczuwam żadnego bólu.
☐	Obecnie ból jest bardzo łagodny.
☐	Obecnie ból jest umiarkowany.

☐	Obecnie ból jest dość silny.
☐	Obecnie ból jest bardzo silny.
☐	Obecnie ból jest nie do wytrzymania.
Pytanie 2 - Czynności pielęgnacyjne (mycie, ubieranie itp.)	
☐	Mogę normalnie wykonywać czynności pielęgnacyjne samodzielnie, bez powodowania dodatkowego bólu.
☐	Mogę normalnie wykonywać czynności pielęgnacyjne samodzielnie, ale jest to bardzo bolesne.
☐	Samodzielne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych jest bolesne i jestem powolny(a) i ostrożny(a).
☐	Potrzebuję pewnej pomocy, ale radzę sobie z większością czynności pielęgnacyjnych.
☐	Potrzebuję pomocy codziennie przy większości wykonywanych przeze mnie czynności.
☐	Nie ubieram się, myję się z trudem i zostaję w łóżku.
Pytanie 3 - Podnoszenie przedmiotów	
☐	Mogę podnosić ciężkie przedmioty bez odczuwania dodatkowego bólu.
☐	Mogę podnosić ciężkie przedmioty, lecz wywołuje to dodatkowy ból.
☐	Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi, jednak mogę je podnosić, jeśli są dogodnie umiejscowione, np. na stole.
☐	Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów, jednak mogę podnosić lekkie i umiarkowanie ciężkie przedmioty, jeśli są one dogodnie umiejscowione.
☐	Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty.
☐	Nie mogę w ogóle niczego podnosić ani przenosić.
Pytanie 4 - Chodzenie	
☐	Ból nie przeszkadza mi w przejściu dowolnego dystansu.
☐	Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 1 kilometra.
☐	Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 500 metrów.
☐	Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 100 metrów.
☐	Mogę chodzić tylko używając laski lub kul.
☐	Większość czasu spędzam w łóżku i muszę czołgać się do toalety.
Pytanie 5 - Siedzenie	
☐	Mogę siedzieć na każdym krześle tak długo, jak chcę.
☐	Mogę siedzieć na moim ulubionym krześle tak długo, jak chcę.
☐	Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż 1 godzinę.
☐	Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż pół godziny.
☐	Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż 10 minut.
☐	Ból całkowicie uniemożliwia mi siedzenie.
Pytanie 6 - Stanie	
☐	Mogę stać tak długo, jak chcę, bez odczuwania dodatkowego bólu.
☐	Mogę stać tak długo, jak chcę, ale wywołuje to dodatkowy ból.
☐	Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż 1 godzinę.

☐	Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż pół godziny.
☐	Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż 10 minut.
☐	Ból całkowicie uniemożliwia mi stanie.
Pytanie 7 - Spanie	
☐	Ból nigdy nie zakłóca mojego snu.
☐	Ból czasami zakłóca mój sen.
☐	Z powodu bólu śpię mniej niż 6 godzin.
☐	Z powodu bólu śpię mniej niż 4 godziny.
☐	Z powodu bólu śpię mniej niż 2 godziny.
☐	Ból całkowicie uniemożliwia mi spanie.
Pytanie 8 - Aktywność seksualna (jeśli dotyczy)	
☐	Moja aktywność seksualna jest normalna i nie powoduje dodatkowego bólu.
☐	Moja aktywność seksualna jest normalna, ale powoduje pewien dodatkowy ból.
☐	Moja aktywność seksualna jest prawie normalna, ale bardzo bolesna.
☐	Moja aktywność seksualna jest mocno ograniczona z powodu bólu.
☐	Moja aktywność seksualna jest prawie żadna z powodu bólu.
☐	Ból uniemożliwia jakąkolwiek aktywność seksualną.
Pytanie 9 - Życie towarzyskie	
☐	Moje życie towarzyskie jest normalne i nie powoduje dodatkowego bólu.
☐	Moje życie towarzyskie jest normalne, ale zwiększa stopień bólu.
☐	Ból nie ma znacznego wpływu na moje życie towarzyskie, poza ograniczaniem bardziej intensywnej aktywności fizycznej, np. sport itp.
☐	Ból ograniczył moje życie towarzyskie i nie wychodzę tak często, jak kiedyś.
☐	Ból ograniczył moje życie towarzyskie do mojego domu.
☐	Nie prowadzę żadnego życia towarzyskiego z powodu bólu.
Pytanie 10 - Podróżowanie	
☐	Mogę podróżować dokądkolwiek bez odczuwania bólu.
☐	Mogę podróżować dokądkolwiek, ale wywołuje to dodatkowy ból.
☐	Ból jest dokuczliwy, ale mogę odbywać podróże dłuższe niż 2 godziny.
☐	Ból ogranicza mnie do podróży krótszych niż 1 godzina.
☐	Ból ogranicza mnie do krótkich, niezbędnych podróży, trwających mniej niż 30 minut.
☐	Ból uniemożliwia mi podróżowanie, z wyjątkiem podróży w celu leczenia.

Wynik

Pana(i) indeks niepełnosprawności Oswestry = %

Źródło: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/oswestry-disability-index>

	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
1.	Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry Low Back Pain Questionnaire. Physiotherapy 1980; 66: 271-273.
2.	Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine 2000; 25: 2940- 2952.
3.	Miekisiak G, Kollataj M, Dobrogowski J, Kloc W, Libionka W, Banach M, Latka D, Sobolewski T, Sulewski A, Nowakowski A, Kiwic G, Pala A, Potaczek T, Gierlotka M. Validation and cross-cultural adaptation of the Polish version of the Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976) 2013; 38(4): E237-243.
4.	Radziwińska A, Weber-Rajek M, Jarowska U, Goch A, Zukow W. Zespoły bólowe kręgosłupa w grupie fizjoterapeutów. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6(6): 553-564.
5.	Opara J. Klinimetria w neurorhabilitacji ocena wyników rehabilitacji neurologicznej. Warszawa: Wyd. PZWL; 2012.
6.	Sheahan PJ, Nelson-Wong EJ, Fischer SL. A review of culturally adapted versions of the Oswestry Disability Index: the adaptation process, construct validity, test-retest reliability and internal consistency. Disabil Rehabil 2015; 37: 2367-2374.
7.	Devine J, Norvell DC, Ecker E et al. Evaluating the correlation and responsiveness of patient-reported pain with function and quality of life outcomes after spine surgery. Spine 2011; 36: 69-74.
8.	Jabłońska R, Królikowska A, Ślusarz R. The use of Repty Functional Index and Oswestry Disability Questionnaire for the Functional Evaluation of the Patients Treated Surgically Because of Intervertebral Disc Damage. JNNN 2014;3(2):64- 74
9.	Godek P, Szczepanowska-Wolowiec B, Golicki D. GOLDIC therapy in degenerative lumbar spinal stenosis: randomized, controlled trial. Regen Med 2022; 17(10): 709-718.
10.	Sakaki K, Yoshii T, Arai Y, Torigoe I, Tomori M, Onuma H, Ogawa T, Hirakawa A, Sakai K, Okawa A. Effectiveness of Lumbosacral Orthosis after Discectomy for Lumbar Disc Herniation: A Prospective Comparative Study. Spine (Phila Pa 1976) 2022; doi: 10.1097/BRS.0000000000004475.
11.	La Rocca G, Mazzucchi E, Pignotti F, Nasto LA, Galieri G, Olivi A, De Santis V, Rinaldi P, Pola E, Sabatino G. Intraoperative CT-guided navigation versus fluoroscopy for percutaneous pedicle screw placement in 192 patients: a comparative analysis. J Orthop Traumatol 2022; 23(1): 44.
12.	Lee DJ, Ahmed SA, Tang OY, Yang DS, Alsoof D, McDonald CL, Eltorai AEM, Daniels AH. Comparative Effectiveness of Sacroiliac Belt versus Lumbar Orthosis Utilization on Nonspecific Low Back Pain: a Crossover Randomized Clinical Trial. Orthop Rev (Pavia) 2022; 14(3): 37471.
13.	https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/oswestry-disability-index
14.	Rapała K. Zespoły bólowe kręgosłupa- zagadnienia wybrane. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 2004.

Grupa skal	NEUROLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.A.4. Skala Zmęczenia (MFIS)	
Nazwa skali w języku angielskim	Modified Fatigue Impact Scale	
Skrót	MFIS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Fisk John D, Ritvo Paul G, Ross Lynn, Haase David A, Marrie Thomas J, Schlech Walter F.
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the fatigue impact scale. Clin Infect Dis 1994; 18(1): 79-83 [1]. Guidelines, Multiple Sclerosis Clinical Practice. / Fatigue and multiple sclerosis: evidence-based management strategies for fatigue in multiple sclerosis. Washington D.C.: Paralyzed Veterans of America; 1998 [2].

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Gruszczak Anna, Bartosik-Psujek Halina, Pocińska Krystyna, Stelmasiak Zbigniew
	Rok publikacji	2009
	Źródło	Gruszczak A, Bartosik-Psujek H, Pocińska K., Stelmasiak Z. Analiza walidacyjna wybranych aspektów psychometrycznych polskiej wersji Zmodyfikowanej Skali Wpływu Zmęczenia (Modified Fatigue Impact Scale) – wyniki wstępne. Neurologia i Neurochirurgia Polska 2009; 43(2): 148-154 [3].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Ocena skutków zmęczenia w zakresie funkcjonowania fizycznego, poznawczego i psychospołecznego
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Kryterium podstawowe- stwardnienie rozsiane i urazy mózgu [4]
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 21 pytań. Ocenie podlega wpływ zmęczenia na poszczególne podskale funkcjonowania fizycznego, poznawczego oraz psychospołecznego w ciągu ostatnich 4 tygodni. Podskala funkcjonowania fizycznego zawiera 9 pytań, poznawczego- 10 pytań, natomiast na część psychospołeczną składają się 2 pytania określające funkcje psychosocjalne. Do opisu punktacji wykorzystuje się skalę Likerta. Odpowiedziom przypisane są kolejne wartości: nigdy – 0 punktów, rzadko – 1, czasami- 2, często- 3, prawie zawsze- 4. Odpowiadając na pytania pacjent określa częstotliwość występowania poszczególnych zdarzeń odnoszących się do zmęczenia w okresie ostatnich 4 tygodni. Skala jest modyfikacją Skali Oceny Stopnia Zmęczenia (Fatigue Severity Scale, FSS) [1–4].
	Orientacyjny czas badania	5-10 minut [5]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	21-elementowa Skala Zmęczenia (MFIS) jest zalecana jako miara wyniku zmęczenia wśród pacjentów ze stwardnieniem rozsianym i jest powszechnie stosowana do określenia ogólnego wyniku zmęczenia [6]. Co więcej, prowadzone są badania z wykorzystaniem skali MFIS, które wykazały, że zmęczenie i niska jakość snu w stwardnieniu rozsianym są ściśle ze sobą powiązane objawami [7]. Kwestionariusz wykorzystywany jest także w badaniach określających wpływ subiektywnego zmęczenia na funkcjonowanie poznawcze w stwardnieniu rozsianym oraz w neuroborelioze [8]. Dodatkowo skala wykorzystywana jest w badaniach jakości życia i oceny skuteczności zastosowanych metod leczenia przede wszystkim w stwardnieniu rozsianym [9,10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Kliniki/Oddziały zabiegowe, Poradnie
	Stan badanych	Pacjenci z zachowaną orientacją auto- i allopsychiczną
	Sytuacje	Stwardnienie rozsiane, urazy mózgu
	Inne	-----
Osoby, które mogą stosować skalę	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, psycholog itp.)	

Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Wymagane cytowanie źródeł autora wersji oryginalnej [1,2] oraz wersji walidowanej do warunków polskich [3].
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Maksymalnie można uzyskać 84 punkty, a najmniej 0. W podskali funkcjonowania fizycznego maksymalny wynik to 36 punktów, w podskali poznawczej- 40 punktów, natomiast w psychospołecznej- 8 punktów. Im wyższy wynik tym większe nasilenie odczuwanego zmęczenia. Punktacja podskali: Podskala fizyczna: zakres od 0 do 36 punktów. Należy dodać wyniki dla następujących pytań: 4+6+7+10+13+14+17+20+21. Podskala poznawcza: zakres od 0 do 40 punktów. Należy dodać wyniki dla następujących pytań: 1+2+3+5+11+12+15+16+18+19. Podskala psychospołeczna: zakres od do 8 punktów. . Należy dodać wyniki dla następujących pytań: 8+9.
Formularz skali/ kwestionariusz	

Poniżej znajduje się lista stwierdzeń opisujących wpływ zmęczenia na jakość naszego życia. Zmęczenie to uczucie fizycznego znużenia i braku energii, od czasu do czasu odczuwane przez wiele osób. W przypadku stwardnienia rozsianego uczucie zmęczenia może pojawić się częściej i mieć silniejszy wpływ niż na osoby zdrowe. Proszę przeczytać uważnie poniższe zdania i zakreślić numer odpowiedzi, która najlepiej wskazuje, jak często zmęczenie dotyczyło Pana/i w ciągu ostatnich 4 tygodni. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie [3].

W ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu zmęczenia...	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Prawie zawsze
Byłem/am mniej uważny/a.	0	1	2	3	4
Miałem/łam trudności w skupieniu uwagi przez dłuższy czas.	0	1	2	3	4
Nie byłem/łam w stanie jasno myśleć.	0	1	2	3	4
Byłem/łam niezdarny/a i niezręczny/a.	0	1	2	3	4
Zapomniałam/łem o różnych rzeczach.	0	1	2	3	4
Musiałem/łam poganiać sam siebie, wykonując czynności fizyczne.	0	1	2	3	4
Miałem/łam mniejszą motywację, żeby wykonywać czynności wymagające wysiłku fizycznego.	0	1	2	3	4
Miałem/łam mniejszą motywację, żeby uczestniczyć w życiu towarzyskim.	0	1	2	3	4
Miałem/łam ograniczoną zdolność wykonywania czynności poza domem.	0	1	2	3	4
Miałem/łam problemy w wykonywaniu wysiłku fizycznego przez dłuższy okres.	0	1	2	3	4
Miałem/łam trudności z podejmowaniem decyzji.	0	1	2	3	4
Miałem/łam mniejszą motywację do wykonywania czynności wymagających myślenia.	0	1	2	3	4
Czułem/łam, że mam słabsze mięśnie.	0	1	2	3	4
Czułem/łam dyskomfort fizyczny.	0	1	2	3	4
Miałem/łam trudności w dokończeniu zdań wymagających myślenia.	0	1	2	3	4
Miałem/łam trudności w zebraniu myśli podczas wykonywania czynności w domu lub w pracy.	0	1	2	3	4

Miałem/łam trudności z dokończeniem zdań wymagających wysiłku fizycznego.	0	1	2	3	4
Myślałem/łam wolniej niż zwykle.	0	1	2	3	4
Miałem/łam trudności z koncentracją.	0	1	2	3	4
Ograniczyłem/łam zajęcia fizyczne.	0	1	2	3	4
Potrzebowałem/łam odpoczywać częściej lub dłużej niż zwykle.	0	1	2	3	4

Obliczanie wyników:

Zmęczenie w wymiarze ogólnym (MFIS total score)= Zmęczenie w wymiarze fizycznym+ Zmęczenie w wymiarze poznawczym+ Zmęczenie w wymiarze psychospołecznym

Zmęczenie w wymiarze fizycznym (Physical MFIS)= pyt. 4+6+7+10+13+14+17+20+21

Zmęczenie w wymiarze poznawczym (Cognitive MFIS)= pyt. 1+2+3+5+11+12+15+16+18+19

Zmęczenie w wymiarze psychospołecznym (Psychosocial MFIS)= pyt. 8+9 [3]

Źródło: Gruszczak A, Bartosik-Psujek H, Pocińska K., Stelmasiak Z. Analiza walidacyjna wybranych aspektów psychometrycznych polskiej wersji Zmodyfikowanej Skali Wpływu Zmęczenia (Modified Fatigue Impact Scale) – wyniki wstępne. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2009; 43(2): 148-154.

Przegląd doniesień		Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
	1.	Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the fatigue impact scale. <i>Clin Infect Dis</i> 1994; 18(1): 79-83.
	2.	Guidelines, Multiple Sclerosis Clinical Practice. / Fatigue and multiple sclerosis: evidence-based management strategies for fatigue in multiple sclerosis. Washington D.C.: Paralyzed Veterans of America; 1998.
	3.	Gruszczak A, Bartosik-Psujek H, Pocińska K., Stelmasiak Z. Analiza walidacyjna wybranych aspektów psychometrycznych polskiej wersji Zmodyfikowanej Skali Wpływu Zmęczenia (Modified Fatigue Impact Scale) – wyniki wstępne. <i>Neurologia i Neurochirurgia Polska</i> 2009; 43(2): 148-154.
	4.	https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/modified-fatigue-impact-scale
	5.	https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-MS-Researchers/Research-Tools/Clinical-Study-Measures/Modified-Fatigue-Impact-Scale-(MFIS)
	6.	Mills RJ, Young CA, Pallant JF, Tennant A. Rasch analysis of the Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) in multiple sclerosis. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> 2010; 81(9): 1049-1051.
	7.	Ruiz-Rizzo AL, Bublak P, Kluckow S, Finke K, Gaser C, Schwab M, Güllmar D, Müller HJ, Witte OW, Rupprecht S. Neural distinctiveness of fatigue and low sleep quality in multiple sclerosis. <i>Eur J Neurol</i> 2022; 29(10): 3017-3027.
	8.	Bellew D, Davenport L, Monaghan R, Cogley C, Gaughan M, Yap SM, Tubridy N, Bramham J, McGuigan C, O’Keeffe F. Interpreting the clinical importance of the relationship between subjective fatigue and cognitive impairment in multiple sclerosis (MS): How BICAMS performance is affected by MS-related fatigue. <i>Mult Scler Relat Disord</i> 2022; 67: 104161.
	9.	Abdulla FA, Albagmi FM, Al-Khamis FA. Factors that influence quality of life in patients with multiple sclerosis in Saudi Arabia. <i>Disabil Rehabil</i> 2022; 44(17): 4775-4783.
	10.	Covey TJ, Golan D, Doniger GM, Sergott R, Zarif M, Bumstead B, Buhse M, Kaczmarek O, Mebrahtu S, Bergmann C, Wilken J, Gudesblatt M. Prolonged visual evoked potential latency predicts longitudinal worsening of fatigue in people with multiple sclerosis. <i>Mult Scler Relat Disord</i> 2022; 67: 104073.

II.11.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

1. Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM)	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.B.1.Pomiar Niezależności Funkcjonalnej
Nazwa skali w języku angielskim	The Functional Independence Measure (FIM)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Granger Carl V, Gresham Glen E. [1]/ Keith Robert A, Granger Carl V., Hamilton Byron B, Sherwin Frances S. [2]
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	FIM składa się z 18 pozycji oceniających 6 obszarów funkcji. Pozycje należą do dwóch domen: motorycznej (13 pozycji) i poznawczej (5 pozycji). Pozycje motoryczne oparte są na pytaniach Indeksu Barthel [3,4]. Skala ta umożliwia ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi (spożywanie posiłków, dbałość o wygląd zewnętrzny, ubieranie górnej oraz dolnej części ciała, toaleta), kontroli zwieraczy (oddawanie moczu oraz stolca), mobilności (przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki, siadanie na muszli klozetowej, wchodzenie pod prysznic lub do wanny), niezależności w zakresie lokomocji (chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim, poruszanie się po schodach), komunikacji (zrozumienie, wypowiedzianie się) i świadomości społecznej (kontakty międzyludzkie, rozwiązywanie problemów, pamięć) [5]. Każda pozycja jest oceniana w 7-punktowej skali, a wynik wskazuje na ilość pomocy wymaganej do wykonania każdej czynności (1 = całkowita pomoc we wszystkich obszarach, 7 = całkowita niezależność we wszystkich obszarach). Oceny są oparte na wydajności, a nie na zdolnościach i można je uzyskać poprzez obserwację, wywiad z pacjentem, wywiad telefoniczny lub dokumentację medyczną. Twórcy FIM zalecają, aby punktacja była ustalana w drodze konsensusu z zespołem multidyscyplinarnym. Tworzony jest końcowy zsumowany wynik, który wynosi od 18 do 126, gdzie 18 oznacza całkowitą zależność/całkowite wymaganie pomocy, a 126 oznacza całkowitą niezależność [3,4]. Skala FIM została zaprojektowana do oceny obszarów dysfunkcji w czynnościach, które często występują u osób z jakimkolwiek postępującym lub odwracalnym zaburzeniem neurologicznym, mięśniowo-szkieletowym lub innym, tj. pacjentów z upośledzeniem ruchomości funkcjonalnej. Dodatkowo skala ta może być stosowana u pacjentów z udarem mózgu, urazowym uszkodzeniem mózgu, urazem rdzenia kręgowego, stwardnieniem rozsianym i u osób starszych objętych opieką rehabilitacyjną. Skala FIM może być stosowana u dzieci w wieku 7 lat [3-5].
Źródło bibliograficzne	Granger CV, Gresham G.E. Functional assessment in rehabilitation medicine. Baltimore: Williams & Wilkins; 1984. Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. The functional independence measure: A new tool for rehabilitation. Adv Clin Rehabil 1987; 1: 6-18.
Źródło on-line	https://www.udsmr.org/products/international https://strokeengine.ca/en/assessments/functional-independence-measure-fim/ https://mops.bip.lgnica.eu/lop/ogloszenia/26546,Program-quotOpieka-wytchnieniowaquot-edycja-2021.html
2. Skala samodzielności Schwab i England	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.B.2.Skala samodzielności Schwab i England
Nazwa skali w języku angielskim	Schwab and England Activities of Daily Living (ADL) Scale

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Schwab Robert S, England Albert C. [1]
Państwo	Szkocja
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Schwab&England pierwotnie przeznaczona została do badania pacjentów z chorobą Parkinsona [1]. Skonstruowana w celu oceny zdolności samodzielnego wykonywania aktywności dnia codziennego. Generalnie ocenia stopień niezależności pacjenta od otoczenia. Wyniki podawane są w wartościach procentowych. Pacjent, który jest całkowicie niezależny od otoczenia i wykonuje wszystkie codzienne czynności bez żadnych problemów i spowolnienia, otrzymuje 100%. Pacjent przewlekłe leżący z dysfunkcją autonomiczną otrzymuje 0%. Skala ta jest stosowana jako kryterium oceny ciężkości i progresji choroby Parkinsona [1,2].
Źródło bibliograficzne	Schwab RS, England AC. Projection technique for evaluating surgery in Parkinson's disease. [w:] Billingham FH, Donaldson MC. (red.) Royal College of Surgeons in Edinburgh. E. & S. Livingstone Ltd.; 1969. Biercewicz M., Haor B., Głowacka M., Fidecki W., Wysokiński M., Antczak A., Podhorecka M. Evaluation of Patients with Dysfunction of the Extra-Pyramidal System — Selection of Measuring Tools in Neurogeriatrics. JNNN 2014;3(2):88–92.
Źródło on-line	

II.11.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

1. Skala Glasgow (GCS)	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.C.1. Skala Glasgow
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	Glasgow Coma Scale (GCS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Teasdale Graham, Jennett Bryan
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Glasgow jest najbardziej rozpowszechnioną skalą stosowaną do oceny głębokości zaburzeń przytomności, klinicznej cechy ostrego uszkodzenia mózgu. Skala została zaprojektowana tak, aby była łatwa w użyciu w praktyce klinicznej na oddziałach ogólnych i specjalistycznych. Aktualnie wykorzystywana jest przez zespoły ratownictwa medycznego, pielęgniarki i lekarzy do oceny wszystkich pacjentów [1-3]. Ocenie podaje się 3 zmienne: - otwieranie oczu: 4 punkty – spontaniczne 3 punkty – na polecenie 2 punkty – na bodźce bólowe 1 punkt – nie otwiera oczu - kontakt słowny: 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie 1 punkt – bez reakcji

	3. reakcja ruchowa: – 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych – 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy – 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego – 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) – 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) – 1 punkt – bez reakcji Uzyskane punkty zostają zsumowane, aby uzyskać łączny wynik 3-15 pkt. i podlegają następującej interpretacji: – GCS 13–15 – łagodne zaburzenia przytomności, – GCS 9–12 – umiarkowane, – GCS 6–8 – brak przytomności, – GCS 5 – odkorowanie, – GCS 4 – odmóżdzenie, – GCS 3 – śmierć mózgowa [4,5]. Skala GCS była początkowo używana wśród pacjentów hospitalizowanych po urazie głowy, natomiast obecnie jest stosowana u wielu pacjentów w szczególności w pierwszych dobach hospitalizacji zwłaszcza w stanach zagrożenia życia oraz zaburzeniach przytomności. W szpitalach służy również do monitorowania zmian stanu zdrowia i stanowi jeden z elementów oceny stanu pacjentów oddziałów intensywnej terapii [4-6].
Źródło bibliograficzne	1. Teasdale G. G, Jennett B. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2(7872): 81-84. 2. Hellmann A, Tukiendorf A, Kaźmierski R. Przydatność wybranych skali klinimetrycznych w prognozowaniu ryzyka zgonu w przebiegu udaru niedokrwiennego mózgu. Neurologia 2010; 12: 57-62. 3. Teasdale G, Maas A, Lecky F, Manley G, Stocchetti N, Murray G. The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. Lancet Neurol 2014; 13(8): 844-854. 4. Mehta R, Chinthapalli K. Glasgow coma scale explained. BMJ 2019; 365: 11296. 5. Green SM, Haukoos JS, Schriger DL. How to Measure the Glasgow Coma Scale. Ann Emerg Med 2017; 70(2): 158-160. 6. Enriquez CM, Chisholm KH, Madden LK, Larsen AD, de Longpré T, Stannard D. Glasgow Coma Scale: Generating Clinical Standards. J Neurosci Nurs 2019; 51(3): 142-146.
Źródło on-line	
2. Zmodyfikowana skala Rankina	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.C.2. Zmodyfikowana skala Rankina
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Modified Rankin Scale (mRS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Rankin John [1]/ van Swieten John C, Koudstaal Peter J, Visser Marie C, Shouten Hennie J, van Gijn Jan [2]

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Zmodyfikowana skala Rankina uznawana jest za miarę globalnej niepełnosprawności. Powszechnie stosowana jako opisowa kategoryzacja funkcjonalnego powrotu do zdrowia pacjentów z chorobami neurologicznymi, a w szczególności z chorobą naczyniowo-mózgową [1-3]. Obecnie również ocena w skali Rankina odgrywa istotną rolę w kwalifikacji do rehabilitacji. Skala ta obejmuje cały zakres wyników czynnościowych od braku objawów, aż do śmierci. Jej kategorie są intuicyjne i łatwe do uchwycenia zarówno przez personel medyczny, jak i samych pacjentów. Wykazano jej równoczesną trafność dzięki silnej korelacji z pomiarami ciężkości udaru (np. objętości zawału) i zgodności z innymi skalami udarowymi, a jej zastosowanie pozwala pośrednio ocenić skuteczność wdrożonej terapii ostrego udaru w badaniach z odpowiednio dobraną wielkością próby. Narzędzie Rankina ocenia pacjentów w 5-cio stopniowej skali. Wynik 0 oznacza brak skarg oraz symptomów, 1- odnotowywane są niewielkie skargi, które nie wpływają w znaczący sposób na tryb życia, 2- niewielki stopień niepełnosprawności, nieznacznej zmianie ulega aktualny tryb życia, 3- średni stopień niepełnosprawności, pojawiają się objawy w znaczący sposób zmieniające aktualny tryb życia oraz wpływające na niezależność pacjenta, 4-umiarkowanie ciężka niepełnosprawność, występujące objawy uniemożliwiają zachowanie samodzielności w codziennym życiu, 5- ciężka niepełnosprawność, całkowity deficyt samoopieki i samopielęgnacji, pacjent uzależniony jest od pomocy opiekuna [1,2,4,5].
Źródło bibliograficzne	- Rankin L. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. <i>Scott Med J</i> 1957; 2: 200–215. - van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van GJ. Inter-observer agreement for the assessment of handicap in stroke patients. <i>Stroke</i> 1988; 19: 604–607. - Broderick JP, Adeoye O, Elm J. Evolution of the Modified Rankin Scale and Its Use in Future Stroke Trials. <i>Stroke</i> 2017; 48(7): 2007-2012. - Harrison JK, McArthur KS, Quinn TJ. Assessment scales in stroke: clinimetric and clinical considerations. <i>Clin Interv Aging</i> 2013; 8: 201–211. - Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 60/2007/ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.
Źródło on-line	
3. Rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzke'go	
Nazwa skali w języku polskim	II.11.C.3. Rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzke'go.
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	Expanded Disability Status Scale (EDSS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kurtzke John Francis [1]
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala EDSS jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych i znanych narzędzi wykorzystywanych do oceny niepełnosprawności wśród osób ze stwardnieniem rozsianym. Dodatkowo stosowana jest do monitorowania zmian stopnia niepełnosprawności w czasie. Pozwala na ocenę progresji choroby oraz skuteczności stosowanej terapii lekowej [2,3]. Skala EDSS jest także szeroko stosowana w badaniach klinicznych [4]. Program lekowy leczenia stwardnienia rozsianego Narodowego Funduszu Zdrowia wymaga przeprowadzania przez lekarza oceny pacjenta w skali EDSS co najmniej raz w roku [5]. Narzędzie EDSS składa się z następujących podskal funkcjonalnych: wzroku, pnia mózgu, układu piramidowego, mózdzku, układu czucia, zwieraczy i wyższych czynności mózgowych, również obejmuje ocenę zdolności poruszania się i samoobsługi. Całkowity wynik EDSS jest określany przez dwa czynniki:

	chód i wyniki z podskal funkcjonalnych. Wynik końcowy skali EDSS może wynieść maksymalnie 10 punktów, gdzie 0 oznacza brak niesprawności, a 10 – śmierć. Im wyższy wynik końcowy, tym większy stopień niepełnosprawności pacjenta. Pierwsze poziomy od 1,0 do 4,5 odnoszą się do osób o wysokim stopniu zdolności do poruszania się, a kolejne poziomy od 5,0 do 9,5 odnoszą się do coraz to większych deficytów w zakresie ruchu i chodzenia [1,2-4,6,7].
Źródło bibliograficzne	1. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). <i>Neurology</i> 1983; 33(11): 1444-1452. 2. Bejer A, Ziemia J. Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane a stopień niesprawności ruchowej – doniesienie wstępne. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i> 2015; 21(4): 402–407. 3. Kowalik J. Niesprawność ruchowa, a jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane poddanych rehabilitacji. <i>Probl Hig Epidemiol</i> 2012; 93(2): 334-340. 4. https://www.mssociety.org.uk/about-ms/treatments-and-therapies/getting-treatment-for-ms/expanded-disability-status-scale 5. https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-stwardnienie-rozsiane 6. https://www.va.gov/MS/Professionals/diagnosis/Kurtzke_Expanded_Disability_Status_Scale.asp 7. Dymecka J, Bidzan M, Rautzko R, Bidzan-Bluma I, Atroszko P. Skala Niesprawności Neurologicznej Szpitala Guy jako istotne narzędzie do oceny objawów występujących u osób z SM. <i>Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania</i> 2017; 22(1): 85-106.
Źródło on-line	

II.12. Podstawowa opieka zdrowotna

Mariola Pietrzak¹, Beata Ostrzycka²

¹ Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Szkoła Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

II.12. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

II. 12. A. 1. KARTA SCORE 2 oraz SCORE2-OP dla krajów wysokiego ryzyka

II. 12. A. 2. Kwestionariusz Przestrzegania Przyjmowania Leków i Współpracy (MMAS-8)

II. 12. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

II. 12. B. 1. Thai Family Health Routine (TFHR)

II. 12. B. 2. Family Practise Scale (FNPS)

II. 12. B. 3. The Dementia Quality of Life Scale for Older Family Carers (DQoL-OC)

II. 12. B. 4. Medication Adherence Questionnaire (MAQ)

II. 12. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

II. 12. C. 1. Test „Wstań I Idź”

II. 12. C. 2. Skala NYHA

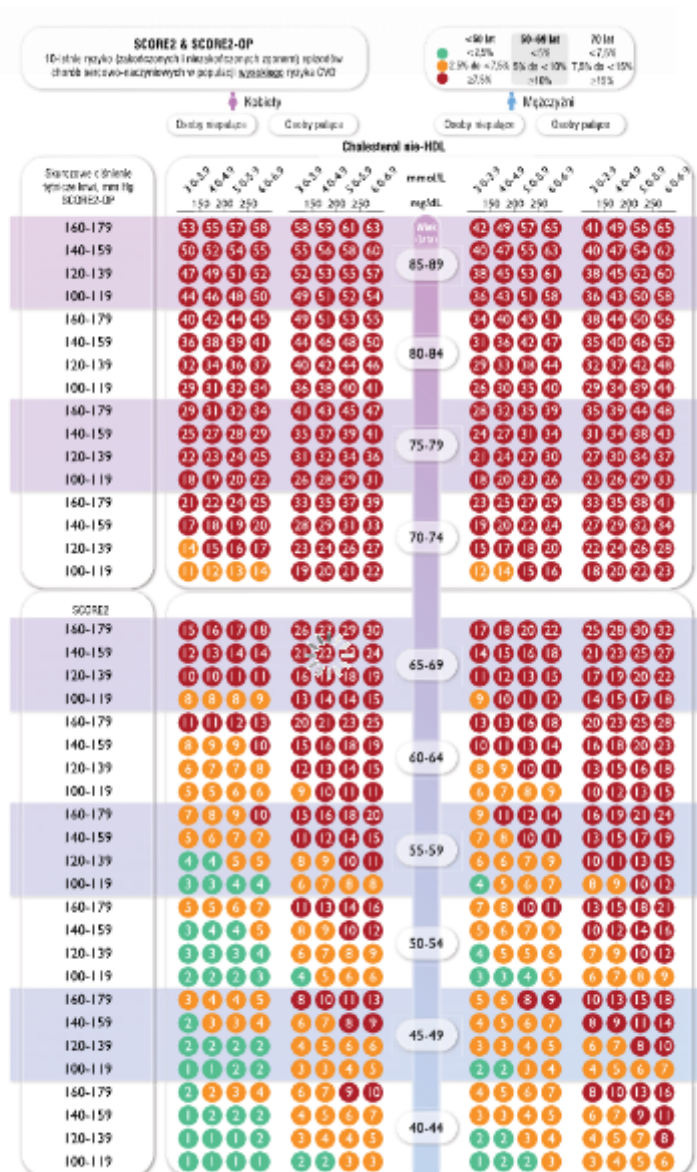
II. 12. C. 3. Skala CCS

II. 12. C. 4. Kwestionariuszem Bólu wg. Laitinena (LPS)

II.12.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.12.A.1. Skala Oceny Ryzyka Wieńcowego oraz Skala Oceny Ryzyka Wieńcowego u Osób Starszych	
Nazwa skali w języku angielskim	Systemic Coronary Risk Estimation Systematic & Coronary Risk Estimation 2-Older Persons	
Skrót	Skale SCORE2 oraz SCORE2-OP	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Frank L.J. Visseren, François Mach, Yvo M. Smulders, David Carballo, Konstantinos C. Koskinas, Maria Böck, Athanase Benetos, Alessandro Biffi, José-Manuel Bo-avida, Davide Capodanno, Bernard Cosyns, Carolyn Crawford, Constantinos H. Davos, Ileana Desormais, Emanuele Di Angelantonio, Oscar H. Franco, Sigrun Halvorsen, F.D. Richard Hobbs, Monika Hollander, Ewa A. Jankowska, Matthias Michal, Simona Sacco, Naveed Sattar, Lale Tokgozoglu, Serena Tonstad, Konstantinos P. Tsioufis, Ineke van Dis, Isabelle C. van Gelder, Christoph Wanner, Bryan Williams
	Rok publikacji	2021
	Źródło	ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur. Heart J., 2021; 42: 3227-3337
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration.
	Rok publikacji	2021
	Źródło	SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J. Jul 1;42(25):2439-2454. doi: 10.1093/eurheartj/ehab309
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Algorytm SCORE2, pozwala na oszacowanie indywidualnego 10-letniego ryzyka zakończonych i niezakończonych zgonem epizodów CVD (zawał serca, udar mózgu) u pozornie zdrowych osób w wieku 40–69 lat z czynnikami ryzyka, które nie są leczone lub są stabilne na przestrzeni kilku lat [1,2]. Algorytm SCORE2-OP pozwala na oszacowanie 5-letniej i 10-letniej częstości występowania zakończonych i nie-zakończonych zgonem epizodów CVD (zawał serca, udar mózgu) skorygowanych o konkurujące ryzyko u pozornie zdrowych osób w wieku ≥ 70 lat [1,2,5].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Karta SCORE 2 nie powinna być stosowana u osób z udokumentowaną CVD (choroba sercowo-naczyniowa) lub innymi stanami związanymi z wysokim ryzykiem, takimi jak DM (cukrzyca), FH (rodzinna hipercholesterolemia) czy inne genetyczne lub rzadkie zaburzenia lipidowe bądź związane z BP (nadciśnienie tętnicze), jak również CKD (przewlekła choroba nerek) oraz u kobiet ciężarnych

	Struktura skali	By ocenić 10-letnie ryzyko wystąpienia epizodów CVD łącznie, należy zidentyfikować odpowiednią grupę krajów oraz korzystać z odpowiedniej tabeli dla płci, statusu palenia tytoniu oraz (najbliższego) wieku. W obrębie tej tabeli należy znaleźć komórkę najbliższą BP oraz nie-HDL-C danej osoby. Oszacowane ryzyko należy następnie zaokrąglić w górę wraz ze zbliżaniem się danej osoby do wyższej kategorii wiekowej [1.2.3].																
	Orientacyjny czas badania	5 min																
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skale SCORE2 oraz SCORE2-OP jest zaktualizowaną skalą SCORE [3], która była wykorzystywana w Polsce w programie profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK). Program ten nadal jest realizowany realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach świadczeń gwarantowanych dla pacjentów w wieku 35-65, u których nie została wykryta choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców). Kolejne świadczenie przysługuje po upływie 5 lat.																
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	40–69 lat oraz >70 lat [1,2]																
	Miejsce badanych	POZ, może również być stosowany z wykorzystaniem aplikacji ESC CVD Risk (dostępnej za darmo w sklepach z aplikacjami)																
	Stan badanych	zdrowi																
	Sytuacje	Algorytmy SCORE2 i SCORE2-OP opracowano w 4 wersjach dla populacji krajów o różnym ryzyku sercowo-naczyniowym: kraje niskiego, średniego, wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (CVD). Przedstawiony kalkulator dotyczy krajów o wysokim ryzyku, do których należą: Albania, Bośnia i Hercegowina, Chorwacja, Czechy, Estonia, Węgry, Kazachstan, Polska, Słowacja, i Turcja [1,2,4].																
	Inne																	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści, lekarze, pielęgniarki Osoby nieprofesjonalne, pacjenci (darmowa aplikacja)																	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Skala ogólnodostępna																
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kategoria ryzyka choroby sercowo-naczyniowej oparte o skale SCORE2 i SCORE2-OP u pozornie zdrowych osób z podziałem na kategorie wiekowe																	
<table><tr><th></th><th><50 lat</th><th>50–69 lat</th><th>≥70 lat*</th></tr><tr><td>Niski do umiarkowanego ryzyka CVD: leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo niesłuszne</td><td><2,5%</td><td><5%</td><td><2,5%</td></tr><tr><td>Wysokie ryzyko CVD: należy rozważyć leczenie czynników ryzyka</td><td>2,5% do <7,5%</td><td>5% do <15%</td><td>2,5% do <15%</td></tr><tr><td>Bardzo wysokie ryzyko CVD: leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo zalecane†</td><td>≥7,5%</td><td>≥15%</td><td>≥15%</td></tr></table>				<50 lat	50–69 lat	≥70 lat*	Niski do umiarkowanego ryzyka CVD: leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo niesłuszne	<2,5%	<5%	<2,5%	Wysokie ryzyko CVD: należy rozważyć leczenie czynników ryzyka	2,5% do <7,5%	5% do <15%	2,5% do <15%	Bardzo wysokie ryzyko CVD: leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo zalecane†	≥7,5%	≥15%	≥15%
	<50 lat	50–69 lat	≥70 lat*															
Niski do umiarkowanego ryzyka CVD: leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo niesłuszne	<2,5%	<5%	<2,5%															
Wysokie ryzyko CVD: należy rozważyć leczenie czynników ryzyka	2,5% do <7,5%	5% do <15%	2,5% do <15%															
Bardzo wysokie ryzyko CVD: leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo zalecane†	≥7,5%	≥15%	≥15%															



Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Visseren F.L.J., Mach F, Yvo Y.M..et al. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur. Heart J., 2021; 42: 3227-3337 2. Opracowane przez Grupę Roboczą do spraw prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej z przedstawicielami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, European Society of Cardiology) oraz 12 towarzystw medycznych. Ze szczególnym udziałem Europejskiego Stowarzyszenia Kardiologii Prewencyjnej (EAPC, European Association of Preventive Cardiology). Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej. Dostępny w Internecie: https://ptkardio.pl/wytyczne/42-wytyczne_esc_2021_dotyczace_prewencji_chorob_ukladu_sercowo_naczyniowego_w_praktyce_klinicznej 3. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J. 2021;42(25):2439-2454. doi: 10.1093/eurheartj/ehab309 4. Chipayo-Gonzales D, Ramakrishna H, Nuñez-Gil IJ. Score2: A New Updated Algorithm to Predict Cardiovascular Disease Risk in Europe. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2022;36(1):18-21. doi: 10.1053/j.jvca.2021.09.033. 5. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. Eur Heart J. 2021;42(25):2455-2467. doi: 10.1093/eurheartj/ehab312. 6. Welnicki M., Mamcarz M. Wydawałoby się zdrowi ludzie... Jak postępować według nowych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących zasad prewencji sercowo-naczyniowej? Kardiologia w praktyce 2021; 3-4(57-58)1: 16-20 7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz.U. 2022 poz. 1355

Grupa skal	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	
Nazwa skali w języku polskim	II.12.A.2. Kwestionariusz Przestrzegania Przyjmowania Leków i Współpracy	
Nazwa skali w języku angielskim	Morisky Medication Adherence Scale	
Skrót	MMAS-8	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ.
	Rok publikacji	2008
	Źródło	Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x. PMID: 18453793; PMCID: PMC2562622.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Jankowska-Polanska B, Uchmanowicz I, Chudiak A, Dudek K, Morisky DE, Szymanska-Chabowska
	Rok publikacji	2016

	Źródło	Jankowska-Polanska B, Uchmanowicz I, Chudiak A, Dudek K, Morisky DE, Szymanska-Chabowska A. Psychometric properties of the Polish version of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale in hypertensive adults. Patient Prefer Adherence. 2016 9;10:1759-66. doi: 10.2147/PPA.S101904. PMID: 27672314; PMCID: PMC5026177.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	MMAS-8 to samoopisowy kwestionariusz przestrzeganie zaleceń lekarskich. MMAS-8 został zaprojektowany w celu ułatwienia identyfikacji barier i zachowań związanych z przestrzeganiem przewlekłych leków
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Kwestionariusz zawiera 8 pytań koncentrujących się wokół „zwyczajów” przyjmowania leków przez pacjenta. Respondent udzielając odpowiedzi posługuje się pięciostopniową skalą odpowiedzi, pozwalającą uzyskać informację dotyczącą regularności przyjmowania leków [1.2.3]. MMAS-8 został zaprojektowany w celu ułatwienia identyfikacji barier i zachowań związanych z przestrzeganiem przyjmowania leków [2,4].
	Orientacyjny czas badania	Kilka minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala wykorzystywana jest do oceny przestrzegania przyjmowania leków w nadciśnieniu tętniczym oraz w innych chorobach przewlekłych [1.2.3.8.9.10]
	Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych
	Miejsce badanych	Szpital, przychodnia, dom pacjenta
	Stan badanych	Pacjenci ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym oraz leczeni hipotensyjnie. Analiza rzetelności narzędzie została sprawdzona u pacjentów w różnych jednostkach chorobowych [8,9]
	Sytuacje	Pacjenci z przewlekłymi chorobami
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarz, pielęgniarka	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		zgoda autora
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wyniki w MMAS-8 mieszczą się w zakresie od 0 do 8, przy czym wyniki <6 oznaczają niski poziom, 6 do 7 oznacza średni, a 8 oznacza wysoki stopień stosowania się do zaleceń przyjmowania leków [1.2].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. <i>J Clin Hypertens</i> (Greenwich). 2008 May;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x. PMID: 18453793; PMCID: PMC2562622 2. Jankowska-Polanska B, Uchmanowicz I, Chudiak A, Dudek K, Morisky DE, Szymanska-Chabowska A. Psychometric properties of the Polish version of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale in hypertensive adults. <i>Patient Prefer Adherence</i>. 2016 9;10:1759-66. doi: 10.2147/PPA.S101904. PMID: 27672314; PMCID: PMC5026177. 3. RAPORT OPIEKA FARMACEUTYCZNA. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2020. https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2021/04/RAPORT_OPIEKA_FARMACEUTYCZNA.pdf 4. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS, Hong YP, Morisky DE. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. <i>PLoS One</i>. 2017 Nov 2;12(11):e0187139. doi: 10.1371/journal.pone.0187139. Erratum in: <i>PLoS One</i>. 2018 Apr 17;13(4):e0196138. PMID: 29095870; PMCID: PMC5667769. 5. Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska I, Šmits D, Mauriņa B, Poplavska E, Urtāne AI. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. <i>Medicina</i> (Kaunas). 2019 Oct 28;55(11):715. doi: 10.3390/medicina55110715. PMID: 31661904; PMCID: PMC6915331. 6. Alalaqi A, Lawson G, Obaid Y, Tanna S. Przestrzeganie farmakoterapii sercowo-naczyniowej przez pacjentów w Iraku: ocena metod mieszanych z wykorzystaniem ilościowej analizy suchej krwi i 8-punktowej skali przestrzegania leków Morisky. <i>PLoS Jeden</i>. 14 maja 2021;16(5):e0251115. doi: 10.1371/journal.pone.0251115. PMID: 33989336; PMCID: PMC8121290. 7. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Pharmacol</i>. 2019 Mar 1;10:168. doi: 10.3389/fphar.2019.00168. PMID: 30930769; PMCID: PMC6425867. 8. Tanaka M, Kawakami A, Maeda S, Kunisaki R, Morisky DE. Validity and Reliability of the Japanese Version of the Morisky Medication Adherence Scale-8 in Patients With Ulcerative Colitis. <i>Gastroenterol Nurs</i>. 2021 Jan-Feb 01;44(1):31-38. doi: 10.1097/SGA.0000000000000533. PMID: 33351521. 9. Laghousi D, Rezaie F, Alizadeh M, Asghari Jafarabadi M. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of its Persian version in diabetic adults. <i>Caspian J Intern Med</i>. 2021 Winter;12(1):77-83. doi: 10.22088/cjim.12.1.77. PMID: 33680402; PMCID: PMC7919181. 10. Reynolds K, Viswanathan HN, Muntner P, Harrison TN, Cheetham TC, Hsu JW, Gold DT, Silverman S, Grauer A, Morisky DE, O'Malley CD. Validation of the Osteoporosis-Specific Morisky Medication Adherence Scale in long-term users of bisphosphonates. <i>Qual Life Res</i>. 2014 Sep;23(7):2109-20. doi: 10.1007/s11136-014-0662-3. Epub 2014 Mar 7. PMID: 24604077.

II.12.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	
Nazwa skali w języku angielskim	II.12.B.1. Thai Family Health Routine, TFHR
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kanjanawetang J, Yunibhand J, Chaiyawat W, Wu YW, Denham SA.
Państwo	
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala składa się z 70 pozycji kwestionariusza samoopisowego używanego do pomiaru zdrowia rodzin tajskich poprzez ich rutynowe zachowania w życiu codziennym. Obejmuje sześć czynników, tj. samoopieka, bezpieczeństwo i profilaktyka, zachowania związane ze zdrowiem psychicznym, opieka nad rodziną, opieka nad rodziną i procedury opieki nad chorymi. Rozwój TFHR opierał się na domenach strukturalnych Modelu Zdrowia Rodziny Denhama.
Źródło bibliograficzne	Kanjanawetang J, Yunibhand J, Chaiyawat W, Wu YW, Denham SA. Thai Family Health Routines: scale development and psychometric testing. <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i> . 2009;40(3):629-43. PMID: 19842451.
Źródło on-line	
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	
Nazwa skali w języku angielskim	II.12.B.2. Family Practise Scale, FNPS
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Peggy Simpson, RN, PhD Marie Tarrant, RN, MPH, PhD
Państwo	Kanada
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie jest kwestionariuszem samoopisowym przeznaczonym do pomiaru postrzeganych zmian w praktyce pielęgniarstwa rodzinnego, w tym postaw wobec pracy z rodzinami, krytycznej oceny praktyki pielęgniarstwa oraz wzajemności w relacji pielęgniarka-rodzina. Skala zawiera ilościowe i jakościowe komponenty oceny i jest szeroko stosowana w badaniach pielęgniarstwach na całym świecie. 1. Zwicky, A., Thaqi, Q., Hediger, H., & Naef, R. The influence of nurse characteristics on practice skills and attitudes towards working with families in critical care: A regression analysis. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. 2022; 72,103261. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103261 2. Rodrigues, W. da S., Badagnan, H.F., Nobokuni, A.C., et al. Family Nursing Practice Scale: Portuguese Language Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation. <i>Journal of Family Nursing</i>. 2022; 27(3), 212-221. https://doi.org/10.1177%2F10748407211002152 3. Naef, R., Ernst, J., Mueller, M., Huber, S., & Schmid-Mohler, G. Translation and Psychometric Validation of the German Version of the Family Nursing Practice Scale (FNPS). <i>Journal of Family Nursing</i>. 2021;27(1), 34–42. https://doi.org/10.1177/1074840720969387

	4. Beierwaltes, P., Clisbee, D., & Eggenberger, S.K. An educational intervention incorporating digital storytelling to implement family nursing practice in acute care settings. <i>Journal of Family Nursing</i>. 2020; 26(3), 213-228. https://doi.org/10.1177%2F1074840720935462 5. Naef, R., Kläusler-Troxler, M., Ernst, J., Huber, S., Dinten-Schmid, B., Karen, T., & Petry, H. Translating family systems care into neonatology practice: A mixed method study of practitioners' attitudes, practice skills and implementation experience. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 2020; 102, 103448. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103448 6. Naef, R., Kaeppli, B. M., Lanter, R., & Petry, H. Implementing family systems care through an educational intervention with nurses and midwives in obstetrics and gynecological care: A mixed-methods evaluation. <i>Journal of Family Nursing</i>. 2020; 26(2) 138-152. https://doi.org/10.1177/1074840720915598
Źródło bibliograficzne	Simpson P, Tarrant M. Development of the Family Nursing Practice Scale. <i>Journal of Family Nursing</i> . 2006;12(4):413-425. doi:10.1177/1074840706290806
Źródło on-line	
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	
Nazwa skali w języku angielskim	II.12.B.3. The Dementia Quality of Life Scale for Older Family Carers (DQoL-OC)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Deborah Oliveira, Catherine Vass and Aimee Aubeeluck
Państwo	Anglia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Wielowymiarowe narzędzie do pomiaru subiektywnej jakości życia starszych opiekunów rodzinnych osób żyjących z demencją. Mierzy wpływ sprawowania opieki na jakość relacji społecznych starszych opiekunów rodzinnych; sytuację finansową; zdrowie psychiczne; niezależność, kontrola nad wydarzeniami życiowymi i wolność; zajęcia rekreacyjne, towarzyskie i indywidualne zdrowie fizyczne, ogólne zdrowie; energia i vitalność, zadowolenie z życia i opieki, tożsamość i życia w ogóle. Rose KM, Williams IC, Anderson JG, Geldmacher DS. Development and Validation of the Family Quality of Life in Dementia Scale. <i>Gerontologist</i>. 2021 Aug 13;61(6):e260-e268. doi: 10.1093/geront/gnaa022. PMID: 32329513. Oliveira DC, Vass C, Aubeeluck A. The development and validation of the Dementia Quality of Life Scale for Older Family Carers (DQoL-OC). <i>Aging Ment Health</i>. 2018;22(5):709-716. doi: 10.1080/13607863.2017.1293004. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28282723.
Źródło bibliograficzne	
Źródło on-line	https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/dementia/projects/dqol-oc/
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	
Nazwa skali w języku angielskim	II.12.B.4. Medication Adherence Questionnaire, MAQ
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Skala opracowane przez dr Debi Bhattacharya za zgodą dr Estelle Payerne, Sionowi Scottowi Nathanny Coriolano z University of East Anglia oraz dr Helen May i i Kelly Waterfield ze szpitala uniwersyteckiego Norfolk and Norwich,

Państwo	Anglia
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala MAQ została opracowana na podstawie systematycznego przeglądu wpływu właściwości leków doustnych na preferencje i przestrzeganie zaleceń przez pacjentów. MAQ obejmuje pięć charakterystycznych domen leków: wygoda, smak, wygląd zewnętrzny, skuteczność, tolerancję. Każda domena zawiera od dwóch do sześciu pytań badających aspekty działania leku dla tej cechy z opcją odpowiedzi na 5-punktową skalę Likerta (od zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się). MAQ jest najszybszym w podawaniu i ocenianiu narzędziem oraz został zatwierdzony do wykorzystania w największym zakresie chorób. 1. Zweben A, Piepmeyer ME, Fucito L, O'Malley SS. The clinical utility of the Medication Adherence Questionnaire (MAQ) in an alcohol pharmacotherapy trial. <i>J Subst Abuse Treat.</i> 2017;77:72-78. doi: 10.1016/j.jsat.2017.04.001. Epub 2017 Apr 4. PMID: 28476276; PMCID: PMC5480370. 2. Toll BA, McKee SA, Martin DJ, Jatlow P, O'Malley SS. Factor structure and validity of the Medication Adherence Questionnaire (MAQ) with cigarette smokers trying to quit. <i>Nicotine Tob Res.</i> 2007;9(5):597-605. doi: 10.1080/14622200701239662. PMID: 17454716; PMCID: PMC2527736. 3. Nguyen TM, La Caze A, Cottrell N. Validated adherence scales used in a measurement-guided medication management approach to target and tailor a medication adherence intervention: a randomised controlled trial. <i>BMJ Open.</i> 2016;6(11):e013375. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013375. PMID: 27903564; PMCID: PMC5168495. 4. Besemah NA, Sartika RAD, Sauriasari R. Effect of Pharmacist Intervention on Medication Adherence and Clinical Outcomes of Type 2 Diabetes Mellitus Outpatients in Primary Healthcare in Indonesia. <i>J Res Pharm Pract.</i> 2021;9(4):186-195. doi: 10.4103/jrpp.JRPP_20_59. PMID: 33912501; PMCID: PMC8067894. 5. Aggarwal AN, Kumari R, Grover S. Patient Satisfaction With Inhaled Medication for Asthma. <i>Respir Care.</i> 2018;63(7):859-864. doi: 10.4187/respcare.05544. Epub 2018 Mar 20. PMID: 29559538.
Źródło bibliograficzne	
Źródło on-line	https://www.uea.ac.uk/groups-and-centres/patient-care-group/medication-acceptability-questionnaire

II.12.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.12.C.1. Test „wstań i idź”
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Test Timed Up & Go (TUG)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Podsiadlo D, Richardson S.

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Test ilościowy oceniający chodu i sprawność funkcjonalną osób w wieku geriatrycznym [1,2]. Wykorzystywany do oceny ryzyka upadku pacjenta w wieku geriatrycznym w środowisku zamieszkania [3,4] oraz w gabinecie lekarza, pielęgniarki. Test różnicuje osoby ze skłonnością do upadków od osób, które nigdy nie upadły. Ocenie podlegają dwie podstawowe funkcje życia codziennego: przejście z pozycji stojącej do siedzącej oraz marsz na krótkim dystansie [6,9]. Po wykonaniu TUG można przeprowadzić test „wstań i idź” w wyobraźni (imagined Test Timed Up and Go, iTUG) oraz dwuzadaniowy test „Wstań i idź” (Dual Task Test Timed Up and Go, TUG-DT) [7]. Przeprowadzenie testu: Badany siedzi na krześle z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża 46 cm. Niskie kanapy, miękkie fotele lub krzesła bez podłokietników nie powinny być używane w teście TUG.). Na komendę „START” badany ma za zadanie: – Wstać z krzesła, – pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów (pacjent powinien poruszać się w swoim tempie, istotne jest prawidłowe oznaczenie długości dystansu), – przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans, – wykonać obrót o 180 stopni, – wrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą [4,9, 11]. Test poprzedzony jest opisem słownym oraz próbnym wykonaniem. Badanie wykonywane jest dwukrotnie. Czas jest mierzony za pomocą stopera. Do analizy używany jest wynik z lepszej próby. Wynikiem testu jest czas potrzebny na wykonanie zadania. Interpretacja: <10 s – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa, 10–19 s – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (np. wykonanie testu Tinetti POMA), 20–29 s – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena, ≥30 s – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może sam wychodzić na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego ≥14 s wskazuje na duże ryzyko upadków [9].
Źródło bibliograficzne	Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the “get-up and go” test. Arch Phys Med Rehabil. 1986; 67(6):387-9. PMID: 3487300. Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x. PMID: 1991946. Siegrist M, Freiburger E, Geilhof B, Salb J, Hentschke C, Landendoerfer P, Linde K, Halle M, Blank WA. Fall Prevention in a Primary Care Setting. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(21):365-72. doi: 10.3238/arztebl.2016.0365. Murphy K, Lowe S. Improving fall risk assessment in home care: interdisciplinary use of the Timed Up and Go (TUG). Home Healthc Nurse. 2013; 1(7):389-96; quiz 396-8. doi: 10.1097/NHH.0b013e3182977cdc. . Pereiro AX, Campos-Magdaleno M, Navarro-Pardo E, Juncos-Rabadán O, Facal D. Normative scores for the Timed Up & Go in a Spanish sample of community-dweller adults with preserved functionality. Aten Primaria. 2021 Aug-Sep;53(7):102065. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102065. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33901769; PMCID: PMC8094903.

	Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.(red.) Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: Wyd. lekarskie PZWL;2017 Wieczorowska-Tobis K., Neuman-Podczaska A (red naukowa wydania polskiego) Geriatria. Praktyczny przewodnik. Warszawa: Wyd. lekarskie PZWL; 2021 Szostek-Rogula S., Zamysłowska-Szmytko E. Przegląd skal i testów dla oceny czynnościowej pacjenta z zawrotami głowy i zaburzeniami równowagi. Otolaryngologia 2015, 14(3): 141-149 Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. (red.) Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2007 Wysokiński M, Fidecki W. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. [w:] Cybulski M., Krajewska-Kułak E. (red.) Opieka nad osobami starszymi: przewodnik zespołu terapeutycznego. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2016.
Źródło on-line	https://www.mp.pl/geriatria/skale/131464,test-wstan-i-idz-timed-up-and-go-tug
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.12.C.2. Klasyfikacja czynnościowa Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego na podstawie nasilenia objawów oraz aktywności fizycznej
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	NYHA Classification - The Stages of Heart Failure
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Zaproponowana przez Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Klasyfikacja wykorzystywana jest do opisywania ciężkości niewydolności serca (<i>heart failure, HF</i>) uwzględniając objawy zespołu klinicznego. W klasyfikacji czynnościowej zostały wyróżnione cztery klasy niewydolności serca. Klasa I Bez ograniczenia aktywności fizycznej. Zwykła aktywność fizyczna nie powoduje nadmiernej duszności, zmęczenia ani kołatania serca. Klasa II Niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej. Komfort w spoczynku, natomiast zwykła aktywność fizyczna powoduje nadmierną duszność, zmęczenie lub kołatanie serca. Klasa III Znaczne ograniczenie aktywności fizycznej. Komfort w spoczynku, natomiast mniejsza niż przeciętna aktywność fizyczna powoduje nadmierną duszność, zmęczenie lub kołatanie serca. Klasa IV Niemożność wykonywania jakiejkolwiek aktywności fizycznej bez wystąpienia dyskomfortu. Objawy podmiotowe serca mogą występować w spoczynku. Po podjęciu jakiejkolwiek aktywności fizycznej uczucie dyskomfortu ulega zwiększeniu.
Źródło bibliograficzne	
Źródło on-line	Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, European Society of Cardiology) do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca Ze specjalnym udziałem Asocjacji Niewydolności Serca (HFA, Heart Failure Association) Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego Wytyczne ESC 2021 dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. Dostępny w Internecie: https://ptkardio.pl/wytyczne/44-wytyczne_esc_2021_dotyczace_diagnostyki_i_leczenia_ostrej_i_przewleklej_niewydolnosci_serca Dostęp:24.10.2022

Przykład 3.																	
Nazwa skali w języku polskim	II.12.C.3. Klasyfikacja dławicy piersiowej na podstawie jej nasilenia wg Canadian Cardiovascular Society (CCS)																
Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	Canadian Cardiovascular Society grading of angina pectoris																
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Canadian Cardiovascular Society																
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Klasyfikacja powszechnie używana jest do oceny nasilenia dławicy, celem wyznaczenia progu wysiłku, po którego przekroczeniu pojawiają się dolegliwości. <table><tr><th>Stopień</th><th>Zaawansowanie dławicy</th><th></th></tr><tr><td>I</td><td>dławica tylko podczas wyczerpującego wysiłku</td><td>dławica podczas wyczerpującej, szybko wykonywanej lub długotrwałej zwykłej aktywności (chodzenie lub wchodzenie po schodach)</td></tr><tr><td>II</td><td>dławica podczas umiarkowanego wysiłku</td><td>niewielkie ograniczenie zwykłych aktywności, gdy się je wykonuje gwałtownie, po posiłku, w chłodzie, podczas silnego wiatru wiejącego w twarz, w stresie lub podczas pierwszych kilku godzin po przebudzeniu, ale także podczas wchodzenia pod górę, pokonywania więcej niż jednego piętra w zwykłym tempie i w zwykłych okolicznościach</td></tr><tr><td>III</td><td>dławica podczas niewielkiego wysiłku</td><td>problemy z przejściem jednej lub dwóch przecznic lub z wejściem na pierwsze piętro w zwykłym tempie i w zwykłych okolicznościach</td></tr><tr><td>IV</td><td>dławica w spoczynku</td><td>dławica pojawia się bez wysiłku</td></tr></table>		Stopień	Zaawansowanie dławicy		I	dławica tylko podczas wyczerpującego wysiłku	dławica podczas wyczerpującej, szybko wykonywanej lub długotrwałej zwykłej aktywności (chodzenie lub wchodzenie po schodach)	II	dławica podczas umiarkowanego wysiłku	niewielkie ograniczenie zwykłych aktywności, gdy się je wykonuje gwałtownie, po posiłku, w chłodzie, podczas silnego wiatru wiejącego w twarz, w stresie lub podczas pierwszych kilku godzin po przebudzeniu, ale także podczas wchodzenia pod górę, pokonywania więcej niż jednego piętra w zwykłym tempie i w zwykłych okolicznościach	III	dławica podczas niewielkiego wysiłku	problemy z przejściem jednej lub dwóch przecznic lub z wejściem na pierwsze piętro w zwykłym tempie i w zwykłych okolicznościach	IV	dławica w spoczynku	dławica pojawia się bez wysiłku
Stopień	Zaawansowanie dławicy																
I	dławica tylko podczas wyczerpującego wysiłku	dławica podczas wyczerpującej, szybko wykonywanej lub długotrwałej zwykłej aktywności (chodzenie lub wchodzenie po schodach)															
II	dławica podczas umiarkowanego wysiłku	niewielkie ograniczenie zwykłych aktywności, gdy się je wykonuje gwałtownie, po posiłku, w chłodzie, podczas silnego wiatru wiejącego w twarz, w stresie lub podczas pierwszych kilku godzin po przebudzeniu, ale także podczas wchodzenia pod górę, pokonywania więcej niż jednego piętra w zwykłym tempie i w zwykłych okolicznościach															
III	dławica podczas niewielkiego wysiłku	problemy z przejściem jednej lub dwóch przecznic lub z wejściem na pierwsze piętro w zwykłym tempie i w zwykłych okolicznościach															
IV	dławica w spoczynku	dławica pojawia się bez wysiłku															
Źródło bibliograficzne																	
Źródło on-line	Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w przewlekłych zespołach wieńcowych. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (2019). Dostępny w Internecie:https://ptkardio.pl/wytyczne/35wytyczne_esc_dotyczace_rozpoznawania_i_leczenia_przewleklych_zespolow_wiencowych Dostęp: 24.10.2022.																
Przykład 4.																	
Nazwa skali w języku polskim	II.12.C.4. KWESTIONARIUSZEM BÓLU WG. LAITINENA																
Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	Laitinen Pain Scale, LPS																
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Laitinen J.																

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Subiektywne i punktowe narzędzie pozwalające ocenić ból. Skala składa się z czterech wskaźników opisujących ból: nasilenie, częstotliwość występowania, częstotliwość przyjmowania środków przeciwbólowych oraz ograniczenie aktywności fizycznej. Każdej kategorii są przypisane punkty w zakresie 0-4, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 4 jest przypisana do opisu maksymalnie odczuwanych dolegliwości. Każdą kategorię jest obliczana oddzielnie. Następnie sumuje się otrzymane wyniki i łączny wynik wskazuje na natężenie dolegliwości bólowych. Polański J., Chudiak A.K., Rosińczuk J. Kwestionariusze stosowane w ocenie wybranych objawów raka płuca. <i>Medycyna Paliatywna w Praktyce</i> 2016;10, (3): 89-97. Ferenc W., Kulik T.B., Pacian A., Krawczyk M. Ocena bólu przez kobiety z chorobą nowotworową piersi. <i>Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania.</i> 2016; 2 (19): 109-127. Walewicz K.; Taradaj, J.; Dobrzyński, M.; Sopel M.; Kowal, M.; Ptaszkowski K.; Dymarek, R. Wpływ radialnej pozaustrojowej terapii falą uderzeniową na intensywność bólu, sprawność funkcjonalną i parametry kontroli postawy u pacjentów z przewlekłym bólem krzyża: randomizowane badanie kliniczne. <i>J. Clin. Med.</i> 2020, 9, 568. https://doi.org/10.3390/jcm9020568 Zielińska A, Sobolewska-Włodarczyk A, Wiśniewska-Jarosińska M, Gąsiorowska A, Fichna J, Sałaga M. The 25(OH)D3, but Not 1,25(OH)2D3 Levels Are Elevated in IBD Patients Regardless of Vitamin D Supplementation and Do Not Associate with Pain Severity or Frequency. <i>Pharmaceuticals (Basel).</i> 2021;14(3):284. doi: 10.3390/ph14030284. Bień A, Rzońca E, Zarajczyk M, Wilkosz K, Wdowiak A, Iwanowicz-Palus G. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. <i>Qual Life Res.</i> 2020; 29(10):2669-2677. doi: 10.1007/s11136-020-02515-4. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32356276; PMCID: PMC7561574. Koszela K, Woldańska-Okońska M. Age and Sex in Back Pain Intensity-Retrospective Study of Conservatory vs. Surgical Discopathy Treatment. <i>Life (Basel).</i> 2022;12(11):1808. doi: 10.3390/life12111808. Grabiańska E, Leśniewicz J, Pieszyński I, Kostka J. Porównanie działania przeciwbólowego prądów interferencyjnych i TENS u pacjentów z dolegliwościami bólowymi w części lędźwiowo-krzyżowej kregosłupa [Comparison of the analgesic effect of interferential current (IFC) and TENS in patients with low back pain]. <i>Wiad Lek.</i> 2015;68(1):13-9. Polish. PMID: 26094328. Leśniewicz J, Pieszyński I, Zboralski K, Florkowski A. Wpływ wybranych zabiegów fizykalnych na sprawność ruchową kobiet z reumatoidalnym zapaleniem stawów [The effect of selected physical procedures on mobility in women with rheumatoid arthritis]. <i>Pol Merkur Lekarski.</i> 2014 Dec;37(222):335-7. Polish. PMID: 25715572. Łyp M, Kaczor R, Cabak A, Tederko P, Włostowska E, Stanisławska I, Szypuła J, Tomaszewski W. A Water Rehabilitation Program in Patients with Hip Osteoarthritis Before and After Total Hip Replacement. <i>Med Sci Monit.</i> 2016; 22:2635-42. doi: 10.12659/msm.896203.
Źródło bibliograficzne	Laitinen J. Acupuncture and transcutaneous electrostimulation in the treatment of chronic sacrolumbalgia and ischialgia. <i>Am. J. Chinese Med.</i> 1979; 4: 2
Źródło on-line	

II.13. Rehabilitacja

Katarzyna Wesołowska-Górniak

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

II.13. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- II. 13. A. 1. Wskaźnik słabowitości Tilburg (TFI)
- II. 13. A. 1. Kwestionariusz Oswestry (ODI)
- II. 13. A. 1. Wskaźnik niesprawności szyjnej (NDI)
- II. 13. A. 1. Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności kończyn górnych (DASH)

II.13.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II. 13. B. 1. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ)
 - II. 13. B. 2. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index function scale (WOMAC)
 - II. 13. B. 3. Morton Mobility Index (DEMMI)
 - II. 13. B. 4. Berg Balance Scale (BBS)
 - II. 13. B. 5. Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)
 - II. 13. B. 6. Cardiac Rehabilitation Barriers Scale (CRBS)
 - II. 13. B. 7. General Rehabilitation Adherence Scale
 - II. 13. B. 8. Activities Scale for Kids (ASK)
- II.13.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II. 13. C. 1. 1. System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej
- II. 13. C. 1. 2. Skala Ashworth'a/ Zmodyfikowana Skala Ashworth'a
- II. 13. C. 1. 3. Bostoński Kwestionariusz Zespołu Cieśni Nadgarstka (BCTQ)
- II. 13. C. 1. 4. Zmodyfikowana Skala Rankina (MRS)

II.13.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	REHABILITACJA	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.A.1. Wskaźnik słabowitości Tilburg	
Nazwa skali w języku angielskim	Tilburg Frailty Indicator	
Skrót	TFI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Gobbens Rorert JJ, van Assen Marcel ALM, Luijckx Katrien G, Wijnen-Sponselee Maria Th, Schols Jos MGA
	Rok publikacji	2010
	Źródło	Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(5):344-55. Dostępny w Internecie: https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00406-X/fulltext
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Uchmanowicz Izabella, Jankowska-Polańska Beata, Łoboz-Rudnicka Maria, Manulik Stanisław, Łoboz-Grudzień Krystyna, Gobbens Robert JJ
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Łoboz-Rudnicka M, Manulik S, Łoboz-Grudzień K, Gobbens RJ. Cross-cultural adaptation and reliability testing of the Tilburg Frailty Indicator for optimizing care of Polish patients with frailty syndrome. Clin Interv Aging. 2014;9:997-1001. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz B, Kowalczyk K, Gobbens RJ. Validity and Reliability of the Polish Version of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). J Frailty Aging. 2016;5(1):27-32.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala ocenia w sposób globalny występowanie zespołu kruchości uwzględniając składowe fizyczne, psychologiczne oraz społeczne
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Skala składa się z dwóch części oceniających determinanty słabowitości oraz składniki słabowitości uwzględniając podział na składniki fizyczne, psychologiczne oraz społeczne
	Orientacyjny czas badania	10 minut

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Wskaźnik Słabowitości Tilburg jest narzędziem oceniającym zespół kruchości, które zostało przetłumaczone i walidowane do warunków polskich. Z uwagi na fakt, iż występowanie zespołu kruchości wśród osób w wieku podeszłym może prowadzić do zwiększenia chorobowości, niepełnosprawności, śmiertelności, może zwiększać izolację społeczną, czy też obniżać jakość życia, to wykorzystanie opisywanego narzędzia do oceny zespołu kruchości może pomóc we wdrażaniu działań zapobiegających występowaniu niekorzystnych zdarzeń medycznych u osób dotkniętych tym zespołem [1]. Narzędzie jest zatem przydatne w identyfikowaniu deficytów funkcjonalnych osób w wieku podeszłym, a co za tym idzie w planowaniu właściwej strategii postępowania w procesie leczenia [2]. Według doniesień, opisywane narzędzie może mieć swoje zastosowanie w ocenie ryzyka śmiertelności ogólnej [3, 4], a także w ocenie ryzyka niepełnosprawności osób w wieku podeszłym – szczególnie jego część oceniająca czynniki fizyczne [5, 6]. W ostatnich latach narzędzie było wykorzystywane w ocenie zespołu kruchości jako czynnika współlistniejącego ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia niekorzystnych zdarzeń medycznych, jak ponowna hospitalizacja pacjentów z niewydolnością mięśnia sercowego [7], nasilenie objawów związanych z występowaniem migotania przedsionków [8], kinezofofia wśród pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu [9], niska adherencja do zaleceń lekarskich wśród pacjentów z cukrzycą typu II [10], czy niekorzystne rokowanie wśród pacjentów dializowanych [11]. Narzędzie miało także swoje zastosowanie w badaniach oceniających interwencje skutkujące poprawą ogólnej sprawności pacjentów w wieku podeszłym, w różnych domenach będących składowymi zespołu kruchości [12]. Opisywane narzędzie charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (współczynnik rzetelności α -Cronbacha zawiera się w przedziale od 0,66 do 0,80; natomiast rzetelność oceniona za pomocą wzoru Kude-ra-Richardsona 20 mieściła się w przedziale od 0,69 do 0,78) [13].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	≥ 60 lat
	Miejsce badanych	Narzędzie wykorzystywano zarówno w ocenie osób starszych mieszkających w społeczności, a także zamieszkujących domy opieki.
	Stan badanych	Badany świadomie udziela odpowiedzi na pytania lub samodzielnie wypełnia kwestionariusz ankiety.
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Formularz skali/kwestionariusz ankiety może być wypełniany samodzielnie przez osoby badane, a także przez pracowników ochrony zdrowia w trakcie wywiadu przeprowadzanego z osobą badaną. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Skala w wolnym dostępie, jej użycie nie wymaga zgody autorów

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Część B Składowe słabowitości: Pytanie 11: tak = 0, nie = 1 Pytanie 12 – 18: nie = 0, tak = 1 Pytanie 19: nie lub czasami = 0, tak = 1 Pytanie 20 oraz 21: nie = 0, tak lub czasami = 1 Pytanie 22: tak = 0, nie = 1 Pytanie 23: nie = 0, tak = 1 Pytanie 24: nie = 0, tak lub czasami = 1 Pytanie 25: tak = 0, nie = 1 Punkt odcięcia: 5 (świadczy o zespole kruchości)
Formularz skali/ kwestionariusz	

Część A Determinanty słabowitości

1. Jakiej jesteś płci?
 - ☐ mężczyzna
 - ☐ kobieta
2. Ile masz lat? lata/lat
3. Jaki jest twój stan cywilny?
 - ☐ żonaty/mężatka/mieszkam z partnerem
 - ☐ nieżonaty/niezamężna
 - ☐ w separacji/rozwódziona/a
 - ☐ wdowa/wdowiec
4. W jakim kraju się urodziłeś?
 - ☐ Polska
 - ☐ Inny, (podaj kraj)
5. Jakie posiadasz wykształcenie?
 - ☐ żadne lub podstawowe
 - ☐ średnie
 - ☐ wyższe zawodowe lub wyższe
6. Do której kategorii zalicza się miesięczny dochód netto w twoim gospodarstwie domowym?
 - ☐ 600 PLN lub mniej
 - ☐ 601 - 900 PLN
 - ☐ 901 - 1200 PLN
 - ☐ 1201 - 1500 PLN
 - ☐ 1501 - 1800 PLN
 - ☐ 1801 - 2100 PLN
 - ☐ 2101 PLN lub więcej
7. Ogólnie rzecz biorąc, jak oceniasz swój styl życia pod kątem zdrowia?
 - ☐ zdrowy
 - ☐ ani zdrowy, ani niezdrowy
 - ☐ niezdrowy

8. Czy masz dwie lub więcej chorób i/lub chroniczne zaburzenia?
- ☐ tak
 - ☐ nie
9. Czy doświadczyłeś jednego lub więcej z następujących zdarzeń w ciągu ostatniego roku?
- a. śmierć ukochanej osoby
 - ☐ tak
 - ☐ nie
 - b. ciężka choroba u siebie
 - ☐ tak
 - ☐ nie
 - c. ciężka choroba u ukochanej osoby
 - ☐ tak
 - ☐ nie
 - d. rozwód lub koniec ważnego związku
 - ☐ tak
 - ☐ nie
 - e. wypadek samochodowy
 - ☐ tak
 - ☐ nie
 - f. przestępstwo
 - ☐ tak
 - ☐ nie
10. Czy jesteś zadowolony ze swego środowiska domowego?
- ☐ tak
 - ☐ nie

Część B Składniki słabowitości

B1 Składniki fizyczne

11. Czy czujesz się zdrowy fizycznie?
- ☐ tak
 - ☐ nie
12. Czy ostatnio straciłeś sporo na wadze, mimo że nie chciałeś? („sporo” to 6 kg lub więcej na przestrzeni ostatnich sześciu miesięcy lub 3 kg w przeciągu ostatniego miesiąca)
- ☐ tak
 - ☐ nie
- Czy na co dzień doświadczasz trudności z powodu:
13. trudności w chodzeniu?
- ☐ tak
 - ☐ nie

14. trudności w utrzymaniu równowagi?

- ☐ tak
- ☐ nie

15. słabego słuchu?

- ☐ tak
- ☐ nie

16. słabego wzroku?

- ☐ tak
- ☐ nie

17. braku siły w dłoniach?

- ☐ tak
- ☐ nie

18. fizycznego zmęczenia?

- ☐ tak
- ☐ nie

B2 Składniki psychologiczne

19. Czy masz problemy z pamięcią?

- ☐ tak
- ☐ czasami
- ☐ nie

20. Czy zdarzył Ci się spadek nastroju na przestrzeni ostatniego miesiąca?

- ☐ tak
- ☐ czasami
- ☐ nie

21. Czy odczuwałeś zdenerwowanie lub podniecenie na przestrzeni ostatniego miesiąca?

- ☐ tak
- ☐ czasami
- ☐ nie

22. Czy umiesz sobie dobrze radzić z problemami?

- ☐ tak
- ☐ nie

B3 Składniki społeczne

23. Czy mieszkasz sam?

- ☐ tak
- ☐ nie

24. Czy zdarza Ci się tęsknić za towarzystwem innych osób?

- ☐ tak
- ☐ czasami
- ☐ nie

25. Czy otrzymujesz wystarczająco dużo wsparcia od innych?

- ☐ tak
☐ nie

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 84 artykułów tematycznych, z czego wybrano 15% do opracowania charakterystyki niniejszej skali.
Bibliografia	1. Wleklik M, Uchmanowicz I. Wskaźnik słabowitości Tilburga – proste narzędzie badawcze do identyfikacji pacjentów z zespołem kruchości. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2015; 4(4): 82-84. 2. Sacha M., Sacha J, Wieczorowska-Tobis K. Simultaneous Employment of the FRAIL Scale and the Tilburg Frailty Indicator May Identify Elderly People Who Require Different Interventional Strategies. Clin Interv Aging 2020; 15: 683-690. 3. Gobbens R, Assen M, Augustijn H, Goumans M, van der Ploeg T. Prediction of Mortality by the Tilburg Frailty Indicator (TFI). Journal of the American Medical Directors Association [serial online]. 2021;22: 607.e1-607.e6. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020306587 Dostęp: 22.09.2022 4. Andreasen J, Aadahl M, Sørensen EE, Eriksen HH, Lund H, Overvad K. Associations and predictions of readmission or death in acutely admitted older medical patients using self-reported frailty and functional measures. A Danish cohort study. Arch Gerontol Geriatr [serial online] 2018; 76: 65-72. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494318300116. Dostęp: 22.09.2022 5. Gobbens RJ, van Assen MALM, Schalk MJ. The prediction of disability by self-reported physical frailty components of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). Arch Gerontol Geriatr, [serial online] 2014. 59(2): 280-7. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494314001010. Dostęp: 22.09.2022 6. Jędrzejczyk M, Foryś W, Czaplą M, Uchmanowicz I. Relationship between Multimorbidity and Disability in Elderly Patients with Coexisting Frailty Syndrome. Int J Environ Res Public Health 2022;19(6): 3461. 7. Uchmanowicz I, Kuśnierz M, Wleklik M, Jankowska-Polańska B, Jaroch J, Łoboz-Grudzień K. Frailty syndrome and rehospitalizations in elderly heart failure patients. Aging Clin Exp Res 2018;30(6):617-23. 8. Młynarska A, Młynarski R, Golba KS. Older age and a higher EHRA score allow higher levels of frailty syndrome to be predicted in patients with atrial fibrillation. Aging Male 2017;20(1):23-7. Dostępny w Internecie: https://doi.org/10.1080/13685538.2016.1241761. Dostęp: 23.09.2022 9. Bąk E, Młynarska A, Marcisz C, Kadłubowska M, Marcisz-Dyla E, Sternal D, et al. Kinesiophobia in Elderly Polish Patients After Ischemic Stroke, Including Frailty Syndrome. Neuropsychiatr Dis Treat 2022;18:707-15. 10. Bonikowska I, Szwamel K, Uchmanowicz I. Adherence to Medication in Older Adults with Type 2 Diabetes Living in Lubuskie Voivodeship in Poland: Association with Frailty Syndrome. J Clin Med 2022;11(6): 1707. 11. Wang J, Huang L, Xu M, Yang L, Deng X, Li B. Study on the Clinical Implications of NLR and PLR for Diagnosing Frailty in Maintenance Hemodialysis Patients and Their Correlations with Patient Prognosis. J Healthc Eng 2022;2022:1267200. 12. Zhang X, Tan SS, Franse CB, Bilajac L, Alhambra-Borrás T, Garcés-Ferrer J, et al. Longitudinal Association Between Physical Activity and Frailty Among Community-Dwelling Older Adults. J Am Geriatr Soc 2020;68(7):1484-93. 13. Gobbens RJ, Uchmanowicz I. Assessing Frailty with the Tilburg Frailty Indicator (TFI): A Review of Reliability and Validity. Clin Interv Aging. 2021;16:863-75.

Grupa skal	REHABILITACJA	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.A.2. Indeks niepełnosprawności Oswestry (ODI) wersja 2.1a	
Nazwa skali w języku angielskim	Oswestry Disability Index	
Skrót	ODI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Fairbank Jeremy
	Rok publikacji	1980
	Źródło	Fairbank JCT, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980;66:271-273
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Miękisiak Grzegorz
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Miekisiak G, Kollataj M, Dobrogowski J, Kloc W, Libionka W, Banach M, Latka D, Sobolewski T, Sulewski A, Nowakowski A, Kiwic G, Pala A, Potaczek T, Gierlotka M. Validation and cross-cultural adaptation of the Polish version of the Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976). 2013 Feb 15;38(4):E237-43
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena objawów i ich intensywności, a także stopnia w jakim ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa wpływa na funkcjonowanie osoby badanej.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Opisywane narzędzie składa się z 10 pytań oraz przypisanych im pięciu stwierdzeń opisujących natężenie bólu lub skalę problemu, jaki sprawia badanym wykonywanie różnych czynności dnia codziennego. Kolejność stwierdzeń występująca po każdym pytaniu ma znaczenie, gdyż są one ułożone stopniowo od stwierdzenia charakteryzującego najlepszy stan osoby badanej do tego, które charakteryzuje ten najgorszy. Wynik określany jest za pomocą procentowej wartości stopnia niepełnosprawności.
	Orientacyjny czas badania	3,5-6 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Narzędzie ma wielorakie zastosowanie, co potwierdzono licznymi publikacjami wyników badań, w których je zastosowano. Doniesienia wskazują, że wynik uzyskany za pomocą ODI może być wskaźnikiem powodzenia interwencji chirurgicznych w obrębie krążka międzykręgowego [14]. Dodatkowo poszczególne składowe kwestionariusza mogą mieć zastosowanie w ocenie czynników predykcyjnych w szacowaniu powodzenia operacji [15]. W ostatnich latach kwestionariusz ODI był wykorzystywany w przekrojowej ocenie dysfunkcji wynikającej z bólu kręgosłupa wśród przedstawicieli zawodów medycznych [16] oraz niemedycznych [17-19] lub w ocenie dolegliwości bólowych kręgosłupa pacjentów w różnym stanie fizjologicznym (np. kobiet w ciąży) [20]. Narzędzie miało także swoje zastosowanie

		w ocenie skuteczności programów rehabilitacyjnych w zmniejszaniu stopnia niepełnosprawności pacjentów z bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa [21, 22], ale także w ocenie rezultatów innych metod leczenia [23] oraz różnych technik operacyjnych w chirurgii kręgosłupa [24, 25]. Stosowano je także w ocenie związku pomiędzy występowaniem objawów klinicznych a parametrami ocenionymi za pomocą specjalistycznych technik obrazowania (np. obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – MRI) [26]. Opisywane narzędzie jest bardzo często wykorzystywane zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej, zapewne ze względu na dobre właściwości psychometryczne. Rzetelność oceniona za pomocą estymacji stabilności bezwzględnej (w tzw. „test-retest”) osiągała wartość 0,99 – 0,83 i spadała wraz z wydłużeniem czasu, który upłynął między badaniami. Współczynnik rzetelności α-Cronbacha dla opisywanego narzędzia był kilkakrotnie oceniany przez różnych autorów, a jego wartość zawierała się w przedziale od 0,71 do 8,87 [27].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli (18-64 lata) oraz osoby w wieku podeszłym (65 i więcej lat)
	Miejsce badanych	Nie określono
	Stan badanych	Występowanie bólu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zastosowanie narzędzia jest bezpłatne, ale wymaga zgody właściciela praw autorskich wersji oryginalnej reprezentowanego przez Mapi Research Trust https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/oswestry-disability-index
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Badany odpowiadając na pytania umieszczone w kwestionariuszu wskazuje stwierdzenie odpowiadające aktualnym objawom Każdemu stwierdzeniu umieszczonemu w kolejności przypisywana jest ranga od 0 do 5 (5- to najgorszy stan funkcjonalny osoby badanej) Podwojenie sumy wyników Jeśli osoba badana odpowiedziała na wszystkie pytania, otrzymany wynik jest wynikiem stopnia niepełnosprawności (w %) Jeśli osoba badana nie odpowiedziała na wszystkie pytania, sumę otrzymanych wyników koryguje się według tabeli poniżej:	

Rehabilitacja

Otrzymany wynik	Liczba pytań, na które udzielono odpowiedzi								
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	3	3	4	5	7	10	20
4	4	5	6	7	8	10	13	20	40
6	7	8	9	10	12	15	20	30	60
8	9	10	11	13	16	20	27	40	80
10	11	12	14	17	20	25	33	50	100
12	13	15	17	20	24	30	40	60	
14	16	18	20	23	28	35	47	70	
16	18	20	23	27	32	40	53	80	
18	20	22	26	30	36	45	60	90	
20	22	25	29	33	40	50	67	100	
22	24	28	31	37	44	55	73		
24	27	30	34	40	48	60	80		
26	29	32	37	43	52	65	87		
28	31	35	40	47	56	70	93		
30	33	38	43	50	60	75	100		
32	36	40	46	53	64	80			
34	38	42	49	57	68	85			
36	40	45	51	60	72	90			
38	42	48	53	63	76	95			
40	44	50	57	67	80	100			
42	47	52	60	70	84				
44	49	55	63	73	88				
46	51	58	66	77	92				
48	53	60	69	80	96				
50	56	62	71	83	100				
52	58	65	74	87					
54	60	68	77	90					
56	62	70	80	93					
58	64	72	83	97					
60	67	75	86	100					
62	69	78	89						
64	71	80	91						
66	73	82	94						
68	76	85	97						
70	78	88	100						
72	80	90							
74	82	92							
76	84	95							
78	87	98							
80	89	100							
82	91								
84	93								
86	96								
88	98								
90	100								

	Przykład: Wynik uzyskany w kwestionariuszu = 20 Podwojenie wyniku = 40 Liczba pytań, na które udzielono odpowiedzi = 9 Skorygowany wynik = 44%
Formularz skali/ kwestionariusz	

Indeks niepełnosprawności Oswestry (ODI) wersja 2.1a

Ten kwestionariusz jest przeznaczony do przekazania nam informacji o tym, jak Pana(i) dolegliwości kręgosłupa (lub nóg) wpływają na Pana(i) zdolność radzenia sobie w codziennym życiu.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź w każdym pytaniu, która najlepiej opisuje Pana(i) stan w dniu dzisiejszym.

Pytanie 1 Intensywność bólu

- Obecnie nie odczuwam żadnego bólu
- Obecnie ból jest bardzo łagodny
- Obecnie ból jest umiarkowany
- Obecnie ból jest dość silny
- Obecnie ból jest bardzo silny
- Obecnie ból jest nie do wytrzymani

Pytanie 2 Czynności pielęgnacyjne (mycie, ubieranie itp.)

- Mogę normalnie wykonywać czynności pielęgnacyjne samodzielnie, bez powodowania dodatkowego bólu
- Mogę normalnie wykonywać czynności pielęgnacyjne samodzielnie, ale jest to bardzo bolesne
- Samodzielne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych jest bolesne i jestem powolny(a) i ostrożny(a)
- Potrzebuję pewnej pomocy, ale radzę sobie z większością czynności pielęgnacyjnych
- Potrzebuję pomocy codziennie przy większości wykonywanych przeze mnie czynności
- Nie ubieram się, myję się z trudem i zostaję w łóżku

Pytanie 3 Podnoszenie przedmiotów

- Mogę podnosić ciężkie przedmioty bez odczuwania dodatkowego bólu
- Mogę podnosić ciężkie przedmioty, lecz wywołuje to dodatkowy ból
- Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi, jednak mogę je podnosić, jeśli są dogodnie umiejscowione, np. na stole

- Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów, jednak mogę podnosić lekkie i umiarkowanie ciężkie przedmioty, jeśli są one dogodnie umiejscowione
- Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty
- Nie mogę w ogóle niczego podnosić ani przenosić

Pytanie 4 Chodzenie

- Ból nie przeszkadza mi w przejściu dowolnego dystansu
- Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 1 kilometra
- Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 500 metrów
- Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 100 metrów
- Mogę chodzić tylko używając laski lub kul
- Większość czasu spędzam w łóżku i muszę czołgać się do toalety

Pytanie 5 Siedzenie

- Mogę siedzieć na każdym krześle tak długo, jak chcę
- Mogę siedzieć na moim ulubionym krześle tak długo, jak chcę
- Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż 1 godzinę
- Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż pół godziny
- Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż 10 minut
- Ból całkowicie uniemożliwia mi siedzenie

Pytanie 6 Stanie

- Mogę stać tak długo, jak chcę, bez odczuwania dodatkowego bólu
- Mogę stać tak długo, jak chcę, ale wywołuje to dodatkowy ból
- Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż 1 godzinę
- Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż pół godziny
- Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż 10 minut
- Ból całkowicie uniemożliwia mi stanie

Pytanie 7 Spanie

- Ból nigdy nie zakłóca mojego snu
- Ból czasami zakłóca mój sen
- Z powodu bólu śpię mniej niż 6 godzin
- Z powodu bólu śpię mniej niż 4 godziny
- Z powodu bólu śpię mniej niż 2 godziny
- Ból całkowicie uniemożliwia mi spanie

Pytanie 8 Aktywność seksualna (jeśli dotyczy)

- Moja aktywność seksualna jest normalna i nie powoduje dodatkowego bólu

- Moja aktywność seksualna jest normalna, ale powoduje pewien dodatkowy ból
- Moja aktywność seksualna jest prawie normalna, ale bardzo bolesna
- Moja aktywność seksualna jest mocno ograniczona z powodu bólu
- Moja aktywność seksualna jest prawie żadna z powodu bólu
- Ból uniemożliwia jakąkolwiek aktywność seksualną

Pytanie 9 Życie towarzyskie

- Moje życie towarzyskie jest normalne i nie powoduje dodatkowego bólu
- Moje życie towarzyskie jest normalne, ale zwiększa stopień bólu
- Ból nie ma znacznego wpływu na moje życie towarzyskie, poza ograniczaniem bardziej intensywnej aktywności fizycznej, np. sport itp
- Ból ograniczył moje życie towarzyskie i nie wychodzę tak często, jak kiedyś
- Ból ograniczył moje życie towarzyskie do mojego domu
- Nie prowadzę żadnego życia towarzyskiego z powodu bólu

Pytanie 10 Podróżowanie

- Mogę podróżować dokądkolwiek bez odczuwania bólu
- Mogę podróżować dokądkolwiek, ale wywołuje to dodatkowy ból
- Ból jest dokuczliwy, ale mogę odbywać podróże dłuższe niż 2 godziny
- Ból ogranicza mnie do podróży krótszych niż 1 godzina
- Ból ogranicza mnie do krótkich, niezbędnych podróży, trwających mniej niż 30 minut
- Ból uniemożliwia mi podróżowanie, z wyjątkiem podróży w celu leczenia

Wynik

Pana(i) indeks niepełnosprawności Oswestry = %

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 100 artykułów tematycznych, z czego wybrano 15% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Werner DAT, Grotle M, Gulati S, Austevoll IM, Madsbu MA, Lønne G, et al. Can a Successful Outcome After Surgery for Lumbar Disc Herniation Be Defined by the Oswestry Disability Index Raw Score? <i>Global Spine J</i> 2020;10(1):47-54. 2. Aimar E, Iess G, Gaetani P, Galbiati TF, Isidori A, Lavanga V, et al. Degenerative Lumbar Stenosis Surgery: Predictive Factors of Clinical Outcome—Experience with 1001 Patients. <i>World Neurosurgery</i> 2021;147:e306-e14. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875020326140?via%3Dihub Dostęp: 23.09.2022 3. Mroczek B, Łubkowska W, Jarno W, Jaraczewska E, Mierzecki A. Occurrence and impact of back pain on the quality of life of healthcare workers. <i>Ann Agric Environ Med</i> 2020;27(1):36-42. Dostępny w Internecie: https://www.aaem.pl/Back-pain-occurrence-and-its-impact-on-the-quality-of-life-of-healthcare-workers,115180,0,2.html Dostęp: 22.09.2022

4.	Tomczyszyn D PA, Solecki L. Ograniczenia w codziennych czynnościach spowodowane bólami krzyża rolników indywidualnych z północnej Lubelszczyzny. Rozprawy Społeczne 2017;11(4):43-9.
5.	Rottermund J, Knapik A, Saulicz E, Myśliwiec A, Saulicz M, Rygiel KA, et al. Ból pleców i szyi wśród nauczycieli szkół w Polsce i jego związek z aktywnością fizyczną. Medycyna Pracy 2015;66(6):771-8.
6.	Karamian BA, Mangan J, Siegel N, Lambrechts MJ, Sirch F, Trivedi A, et al. Workers' Compensation Status and Outcomes Following Lumbar Surgery. World Neurosurgery 2022;161:e730-e9. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875022002376?via%3Dihub Dostęp: 22.09.2022
7.	Bryndał A, Glowinski S, Majchrzycki M. Influence of Pregnancy on the Occurrence of Lumbar Spine Pain in Polish Women: A Retrospective Study. J Pers Med 2022;12(3).
8.	Topolska M, Sapuła R, Topolski A, Marczewski K. Evaluation of the effectiveness of short-term rehabilitation of women with chronic low back pain using the Oswestry and Roland-Morris Disability Scales. Ortop Traumatol Rehabil 2011;13(4):353-60. Dostępny w Internecie: https://ortopedia.com.pl/resources/html/article/details?id=22129 Dostęp: 20.09.2022
9.	Krukowska J, Dudkiewicz I, Balcerzak E, Linek P, Kulma D, Miller E. [Evaluate the efficacy of combination therapy of ultrasound and currents of TENS professionally active in patients with pain of the lumbar spine]. Wiad Lek 2014;67(4):453-9.
10.	Mekhail N, Levy RM, Deer TR, Kapural L, Li S, Amirdelfan K, et al. Durability of Clinical and Quality-of-Life Outcomes of Closed-Loop Spinal Cord Stimulation for Chronic Back and Leg Pain: A Secondary Analysis of the Evoke Randomized Clinical Trial JAMA Neurol. 2022;79(3):251-60.
11.	Nowakowski A, Kubaszewski L, Nawrot P. [Early results utilizing a new minimally invasive technique--VuePass, in spine surgery]. Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol 2005;70(4):269-73.
12.	Austevoll IM, Hermansen E, Fagerland MW, Storheim K, Brox JJ, Solberg T, et al. Decompression with or without Fusion in Degenerative Lumbar Spondylolisthesis. N Engl J Med 2021;385(6):526-38. Dostępny w Internecie: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2100990? Dostęp: 23.09.2022
13.	Arpinar VE, Gliedt JA, King JA, Maiman DJ, Muftuler LT. Oswestry Disability Index scores correlate with MRI measurements in degenerating intervertebral discs and endplates. Eur J Pain 2020;24(2):346-53. Dostępny w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.1490 Dostęp: 23.09.2022
14.	Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976) 2000;25(22):2940-52;

Grupa skal	REHABILITACJA
Nazwa skali w języku polskim	II.13.A.3. Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności kończyn górnych
Nazwa skali w języku angielskim	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure
Skrót	DASH
Wersja skali	Właściwa

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Hudak Pamela L., Amadio Peter C., Bombardier Claire
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). Am J Ind Med. 1996 Jun;29(6):602-8. doi: 10.1002/(SICI)1097-0274(199606)29:6<602::AID-AJIM4>3.0.CO;2-L. Erratum in: Am J Ind Med 1996 Sep;30(3):372. PMID: 8773720.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Golicki Dominik
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Golicki D, Krzysiak M, Strzelczyk P. Translation and cultural adaptation of the Polish version of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) and Quick-DASH questionnaires. Ortop Traumatol Rehabil. 2014 Jul-Aug;16(4):387-95. doi: 10.5604/15093492.1119616. PMID: 25404628.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala ocenia stopień niepełnosprawności wynikający ze schorzeń mięśniowo-szkieletowych kończyn górnych
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Kwestionariusz DASH składa się z 30 pytań, na które osoba badana odpowiada samodzielnie. W polskiej wersji kwestionariusza znajdują się dwa dodatkowe moduły, dotyczące pracy oraz sportu lub gry na instrumencie.
	Orientacyjny czas badania	5-30 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności kończyn górnych DASH przeznaczony jest do pomiaru sprawności fizycznej i objawów u pacjentów z dowolnym lub kilkoma schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi kończyny górnej. Kwestionariusz został zaprojektowany, aby pomóc określić wymiar niepełnosprawności doświadczanej przez osoby z zaburzeniami kończyn górnych, a także monitorować zmiany objawów w funkcji czasu. Narzędzie daje klinicystom i badaczom możliwość oceny dowolnego lub wszystkich stawów kończyny górnej. Dzięki dwóm dodatkowym modułom, kwestionariusz DASH pozwala na pomiar objawów i funkcjonowanie u sportowców, artystów i innych pracowników, których praca wymaga wysokiego stopnia sprawności fizycznej, a którzy mogą mieć trudności tylko przy wysokich poziomach wydajności, wykraczających poza zakres 30-punktowego pomiaru wyników DASH [28]. Opisywane narzędzie ma bardzo liczne zastosowania zarówno wśród klinicystów, jak i wśród badaczy. Narzędzie było wykorzystywane w badaniach oceniających wyniki kompleksowej rehabilitacji rąk [29], czy też w badaniach porównujących skuteczność różnych metod rehabilitacji [30, 31], nawet wirtualnej rzeczywistości [32].

Rehabilitacja

		Za pomocą DASH badano też funkcję ręki po zastosowaniu metod chirurgicznych w leczeniu choroby Dupuytrena [33], lub porównywano rezultaty leczenia zachowawczego z leczeniem operacyjnym pacjentów ze złamaniem dalszej nasady koci promieniowej [34]. Narzędzie stosowano również w ocenie wpływu przywrócenia parametrów radiologicznych po złamaniu dalszej nasady kości promieniowej na funkcję kończyny górnej [34] lub badaniu mającym na celu powiązanie wyników funkcjonalnych ręki z wynikami badań przewodnictwa nerwowego u pacjentów z zespołem kanału nerwu łokciowego po jego dekompresji [35]. Narzędzie wielokrotnie wykorzystywano w ocenie funkcji kończyny górnej u pacjentek po mastektomii [36, 37]. W adaptacjach międzykulturowych narzędzia potwierdzono jego dobre właściwości psychometryczne (współczynnik rzetelności α-Cronbacha w brytyjskiej adaptacji wynosił 0,94–0,98, natomiast rzetelność oceniona tzw. test-retest wynosiła 0,74–0,95) [38].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	18-64
	Miejsce badanych	Nie określono
	Stan badanych	Pacjenci ze schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi kończyn górnych zdolni do samodzielnego wypełnienia kwestionariusza
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Badacze oraz klinicyści. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda właściciela praw autorskich
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wersja właściwa kwestionariusza DASH: Wskaźnik ograniczeń i objawów DASH = $\left[\left(\frac{\text{suma n odpowiedzi}}{n} \right) - 1 \right] \times 25$ gdzie n równa się liczbie udzielonych odpowiedzi. Jeżeli więcej niż 3 pytania zostały pozostawione bez odpowiedzi, obliczenie wskaźnika DASH nie jest możliwe. Powyższa transformacja ma na celu ułatwienie porównań z innymi kwestionariuszami punktowanymi w zakresie od 0 do 100. Wyższa wartość wskaźnika oznacza większe ograniczenia w wykonywaniu czynności. Wynik modułu dodatkowego obliczamy przez: zsumowanie zakreślonych cyfr, podzielenie przez 4 (czyli liczbę pytań), odjęcie 1 i pomnożenie przez 25. Jeżeli jakiekolwiek pytanie zostało pozostawione bez odpowiedzi, obliczenie wyniku modułu dodatkowego nie jest możliwe.	
	Formularz skali/ kwestionariusz	

DASH - KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI KOŃCZYN GÓRNYCH

Właściciel praw autorskich nie wyraził zgody na publikację kwestionariusza

Kwestionariusz w polskiej wersji językowej jest dostępny w Internecie: <https://dash.iwh.on.ca/available-translations>

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 75 artykułów tematycznych, z czego wybrano 15% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure [18.09.2022]. Available from: https://dash.iwh.on.ca/. 2. Yi R, Bratchenko WW, Tan V. Deep Friction Massage Versus Steroid Injection in the Treatment of Lateral Epicondylitis. <i>Hand (N Y)</i> 2018;13(1):56-9 3. Peters SE, Jha B, Ross M. Rehabilitation following surgery for flexor tendon injuries of the hand. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2021;1(1):Cd012479. Dostępny w Internecie: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012479.pub2/full Dostęp: 20.08.2022 4. Pazzaglia C, Imbimbo I, Tranchita E, Minganti C, Ricciardi D, Lo Monaco R, et al. Comparison of virtual reality rehabilitation and conventional rehabilitation in Parkinson's disease: a randomised controlled trial. <i>Physiotherapy</i> 2020;106:36-42. Dostępny w Internecie: https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(18)30128-7/fulltext Dostęp: 20.08.2022 5. Trybus M, Koziej M, Bednarek M, Brudnicki J, Pokrowiecki W. Hand Function Deficiency in Patients with Dupuytren's Disease and Course of Recovery after Palmar Fasciectomy. <i>Acta Chir Orthop Traumatol Cech</i> 2019;86(3):193-8. 6. Marchewka J, Szczechowicz J, Marchewka W, Golec E. Long-term outcomes and complications associated with operative and nonoperative treatment of distal radius fractures. Do we need to restore anatomy to have satisfactory clinical outcome? <i>Folia Med Cracov</i> 2021;61(1):35-48. 7. Koziej M, Trybus M, Banach M, Bednarek M, Chrapusta A, Szuścik M, et al. Comparison of Patient-Reported Outcome Measurements and Objective Measurements after Cubital Tunnel Decompression. <i>Plast Reconstr Surg</i> 2018;141(5):1171-81. Dostępny w Internecie: https://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2018/05000/Comparison_of_Patient_Reported_Outcome.24.aspx Dostęp: 20.08.2022 8. Hansdorfer-Korzon R, Wnuk D, Ławnicki J, Śliwiński M, Gruszecka A. Regarding the Necessity of Functional Assessment Including Motor Control Assessment of Post-Mastectomy Patients Qualified for Latissimus Dorsi Breast Reconstruction Procedure-Pilot Study. <i>Int J Environ Res Public Health</i>. 2020;17(8). 9. Śliwiński M, Wąż P, Zaręba W, Hansdorfer-Korzon R. Motor Control Evaluation as a Significant Component in Upper Limb Function Assessment in Female Breast Cancer Patients after Mastectomy. <i>Healthcare (Basel)</i>. 2021;9(8). 10. Hammond A, Prior Y, Tyson S. Linguistic validation, validity and reliability of the British English versions of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) questionnaire and QuickDASH in people with rheumatoid arthritis. <i>BMC musculoskeletal disorders</i>. 2018;19(1):118. Dostępny w Internecie: https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-018-2032-8 Dostęp: 20.08.2022

	11. Waszczykowski M, Dziańska-Bartkowiak B, Podgórski M, Fabiś J, Waszczykowska A. Role and effectiveness of complex and supervised rehabilitation on overall and hand function in systemic sclerosis patients-one-year follow-up study. Sci Rep. 2021;11(1):15174. Dostępny w Internecie: https://www.nature.com/articles/s41598-021-94549-y Dostęp: 20.08.2022
--	--

Grupa skal	REHABILITACJA	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.A.4. Wskaźnik Nieprawności Szyjnej	
Nazwa skali w języku angielskim	Neck Disability Index	
Skrót	NDI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Vernon Howard
	Rok publikacji	1991
	Źródło	Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. J Manipulative Physiol Ther. 1991 Sep;14(7):409-15.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Guzy Grażyna, Vernon Howard, Polczyk Romuald, Szpitalak Malwina
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Guzy G, Vernon H, Polczyk R, Szpitalak M. Psychometric validation of the authorized Polish version of the Neck Disability Index. Disabil Rehabil. 2013;35(25):2132-7.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Stopień niepełnosprawności spowodowany blem w obrębie szyi.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Skala składa się z 10 pytań oceniających nasilenie bólu, zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego, zdolność do podnoszenia przedmiotów, możliwość czytania, występowanie bólu głowy, możliwość koncentracji, możliwość pracy, jazdy samochodem, jakość snu i możliwość uczestniczenia w rekreacji. Badany wypełnia kwestionariusz zaznaczając jedno z sześciu stwierdzeń opisujących stopień swojej dysfunkcji. Kolejność stwierdzeń występująca po każdym pytaniu ma znaczenie, gdyż są one ułożone stopniowo od stwierdzenia charakteryzującego najlepszy stan osoby badanej do tego, które charakteryzuje ten najgorszy.
	Orientacyjny czas badania	5-10 minut

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Wskaźnik niesprawności szyjnej (ang. Neck Disability Index - NDI) to narzędzie stanowiące własną ocenę stopnia niepełnosprawności u pacjentów, u których występuje ból szyi w fazie ostrej oraz przewlekłej lub w stanach pourazowych. Może być również stosowany do monitorowania efektów leczenia w czasie oraz do klasyfikowania procesu zdrowienia pacjentów po urazach kręgosłupa szyjnego [39]. Narzędzie jest zatem wykorzystywane zarówno w praktyce klinicznej, jak i badawczej, co zostało potwierdzone licznymi doniesieniami. Narzędzie wykorzystywano wielokrotnie w ocenie skuteczności stosowania różnych metod rehabilitacji wśród pacjentów z dysfunkcją w obrębie szyi występującą w przebiegu różnych chorób [40-43], ale także w badaniach porównujących skuteczność leczenia chirurgicznego z leczeniem niechirurgicznym [44]. W badaniach oceniono, że wskaźnik NDI może mieć swoje zastosowanie w prognozowaniu efektów interwencji chirurgicznych [45]. Uznano go za przydatne narzędzie stosowane przez klinicystów w celu oceny stopnia dysfunkcji pacjentów, aby odpowiednio programować działania i prowadzić terapię prowadząc do poprawy stanu zdrowia pacjenta i maksymalizować wyniki kliniczne [46]. NDI był wykorzystywany również w przekrojowej ocenie częstości występowania dysfunkcji w obrębie szyi w różnych grupach zawodowych [47-50]. Ocena parametrów psychometrycznych polskiej adaptacji narzędzia potwierdziła jego dobre właściwości. Wartość współczynnika rzetelności α -Cronbacha oszacowano na 0,82 [51].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli (18-64 lata) oraz osoby w wieku podeszłym (65 i więcej lat)
	Miejsce badanych	Nie określono
	Stan badanych	Występowanie bólu w obrębie szyi
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Zastosowanie narzędzia nie wymaga specjalnego szkolenia	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda właściciela praw autorskich wersji oryginalnej reprezentowanego przez Mapi Research Trust https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neck-disability-index
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik podawany jest w punktach w zakresie 0-50 0 – 4 = Brak niesprawności 5 – 14 = Łagodna niesprawność 15 – 24 = Umiarkowana niesprawność 25 – 34 = Ciężka niesprawność 35 lub więcej = Całkowita niesprawność	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 100 artykułów tematycznych, z czego wybrano 13% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Jones C, Sterling M. Clinimetrics: Neck Disability Index. Journal of Physiotherapy. 2021;67(2):144. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955320300965?via%3Dihub. Dostęp: 28.08.2022 2. Haładaj R, Pingot J, Pingot M. [Assessment of rehabilitation progress in patients with cervical radicular pain syndrome after application of high intensity laser therapy - HILT and Saunders traction device]. Pol Merkur Lekarski. 2015;39(229):23-30 3. Junaid M, Yaqoob I, Shakil Ur Rehman S, Ghous M. Effects of post-isometric relaxation, myofascial trigger point release and routine physical therapy in management of acute mechanical neck pain: a randomized controlled trial. J Pak Med Assoc. 2020;70(10):1688-92. 4. Miao Q, Qiang JH, Jin YL. Effectiveness of percutaneous neuromuscular electrical stimulation for neck pain relief in patients with cervical spondylosis. Medicine (Baltimore). 2018;97(26):e11080 5. Akkan H, Gelecek N. The effect of stabilization exercise training on pain and functional status in patients with cervical radiculopathy. J Back Musculoskelet Rehabil. 2018;31(2):247-52 6. Taso M, Sommers JH, Kolstad F, Sundseth J, Bjorland S, Pripp AH, et al. A randomised controlled trial comparing the effectiveness of surgical and nonsurgical treatment for cervical radiculopathy. BMC musculoskeletal disorders. 2020;21(1):171. Dostępny w Internecie: https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-020-3188-6. Dostęp: 27.08.2022 7. Donk RD, Verbeek ALM, Verhagen WIM, Groenewoud H, Hosman ATF, Bartels R. Substantial clinical benefit for Neck Disability Index revisited: establishing the goal for treatment? Eur Spine J. 2018;27(6):1262-5. Dostępny w Internecie: https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-017-5260-y. Dostęp: 28.08.2022 8. de Abreu Figueirêdo IN, das Graças de Araújo M, Fonseca JB, Vieira CNL, Santiago JA, Dos Santos CN, et al. Occurrence and severity of neck disability in individuals with different types of temporomandibular disorder. Oral Maxillofac Surg. 2021;25(4):471-6. Dostępny w Internecie: https://link.springer.com/article/10.1007/s10006-021-00943-1. Dostęp: 26.08.2022 9. Swat D, Wroński Z, Oleksiak J, Kuźdżał A. Wpływ Pandemii Koronawirusa na Częstość Występowania i Nasilenie Dolegliwości Części Szyjnej Kręgosłupa w Grupie Pracowników Biurowych Przeniesionych do Pracy Zdalnej. Physiotherapy Review. 2020;24:17-30. Dostępny w Internecie: http://physiotherapy.review/WPLYW-PANDEMII-KORONAWIRUSA-NA-CZESTOSC-WYSTEPOWANIA-I-NASILENIE-DOLEGLIWOSCI-CZESCI-SZYJNEJ-KREGOSLUPA-W-GRUPIE-PRACOWNIKOW-BIUROWYCH-PRZENIESIONYCH-DO-PRACY-ZDALNEJ,161,42995,1,0.html. Dostęp: 15.08.2022 10. Mujawar JC, Sagar JH. Prevalence of Upper Cross Syndrome in Laundry Workers. Indian J Occup Environ Med. 2019;23(1):54-6. 11. Jung JW, Kim YK. Scapular Dyskinesis in Elite Boxers with Neck Disability and Shoulder Malfunction. Medicina (Kaunas). 2021;57(12). 12. Głowinski S, Bryndał A, Grochulska A. Prevalence and risk of spinal pain among physiotherapists in Poland. PeerJ. 2021;9:e11715. 13. Guzy G, Vernon H, Polczyk R, Szpitalak M. Psychometric validation of the authorized Polish version of the Neck Disability Index. Disabil Rehabil. 2013;35(25):2132-7.

II.13.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.1. Kwestionariusz Rehabilitacji Zawodowej
Nazwa skali w języku angielskim	Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Finger Monika E, Escorpizo Reuben, Bostan Cristina, De Bie Rob.
Państwo	Szwajcaria
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie ocenia problemy zdrowotne oraz funkcjonalne pacjentów objętych rehabilitacją zawodową. Dostępne jest w wielu wersjach językowych, jak: angielskiej, francuskiej, niemieckiej, rosyjskiej, tureckiej, brazylijskiej, flamandzkiej, japońskiej, duńskiej, islandzkiej, tajwańskiej, chińskiej oraz duńskiej. Dotychczas powstały trzy wersje narzędzia: wersja administrowana przez pracownika ochrony zdrowia oraz wersja do samodzielnego wypełnienia przez osobę badaną i jej skrócony odpowiednik. Użycie kwestionariusza jest bezpłatne, ale wymaga zgody autorów. Zastosowanie narzędzia nie wymaga specjalnego szkolenia. Czas przeznaczony na wypełnienie pełnej wersji szacuje się na 15-25 minut. Narzędzie przeznaczone jest dla osób w wieku 18-64 lata. Według autorów informacje uzyskane za pomocą opisywanego kwestionariusza mogą przyczynić się do poprawy interdyscyplinarnego zrozumienia sytuacji pacjenta oraz wspierać planowanie procesu powrotu do pracy zarobkowej. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, jak rzetelność oceniona za pomocą estymacji stabilności bezwzględnej (w tzw. „test-retest” - korelacja Spearmana osiągnęła wartość 0,79), czy zgodność wewnętrzną na pomiaru oceniona za pomocą współczynnika α -Cronbacha, który wyniósł 0,88. Narzędzie składa się z dwóch części: socjodemograficznej oraz właściwej. W części właściwej badany w 10-stopniowej skali ocenia różne problemy zdrowotne oraz funkcjonalne, które występowały na przestrzeni minionego tygodnia. W ostatnich latach narzędzie było wykorzystywane do porównania stanu funkcjonalnego pacjenta przed oraz po różnych interwencjach medycznych.
Źródło bibliograficzne	Finger ME, Escorpizo R, Bostan C, De Bie R. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation. J Occup Rehabil. 2014;24(3):498-510.
Źródło on-line	https://www.myworq.org/questionnaire_en.php#
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.2. Wskaźnik Choroby Zwyródnieniowej Stawów Uniwersytetów Zachodniego Ontario i McMaster
Nazwa skali w języku angielskim	Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index function scale (WOMAC)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW.
Państwo	Kanada
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala stosowana jest w celu oceny stanu zdrowia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych lub biodrowych, w zakresie bólu, sztywności oraz funkcji. Narzędzie występuje w wielu wersjach językowych (również w polskiej), jednak dostęp do narzędzia jest płatny, a opłata zależy od rodzaju planowanego badania. Mimo, iż powszechny dostęp do opisywanego narzędzia

	jest ograniczony, to jest to równocześnie jedno z najbardziej popularnych narzędzi stosowanych w badaniach nad chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego. Narzędzie podzielone jest na trzy części: część A, oceniającą napięcie bólu, część B oceniającą sztywność stawową oraz część C oceniającą problem, jaki osobie badanej sprawia wykonywanie określonych czynności lub zadań ruchowych. Łączna liczba pytań zawartych w kwestionariuszu to 24. Szacuje się, że wypełnianie kwestionariusza jest krótsze niż 15 minut. Badany w swojej ocenie odnosi się do minionych 48 godzin, a ocena wyrażona jest w pięciostopniowej skali Likert’a lub w wizualnej skali analogowej. Skalę wykorzystywano zarówno wśród młodzieży w przedziale wiekowym 13-17 lat, jak i wśród dorosłych w wieku 18- 64 lata, oraz wśród osób w wieku podeszłym, tj. 65 lat i więcej. Opisywane narzędzie ma swoje zastosowanie przede wszystkim w ocenie aktualnego stanu funkcjonalnego pacjenta oraz w ocenie skuteczności zastosowania różnych terapii w procesie rehabilitacji i leczenia pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych lub biodrowych. Było także wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia chirurgicznego, skuteczności stosowania produktów leczniczych, w tym biologicznych. WOMAC jest często stosowany jako narzędzie porównawcze w ocenie właściwości psychometrycznych innych skal.
Źródło bibliograficzne	Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15: 1833–40
Źródło on-line	https://www.womac.com/index.php
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.3. Wskaźnik Mobilności de Mortona
Nazwa skali w języku angielskim	de Morton Mobility Index (DEMMI)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Natalie A do Morton, Megan Davivson, Jennifer L Keating
Państwo	Australia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala została opracowana, aby mierzyć zmiany w mobilności wśród pacjentów geriatrycznych w warunkach klinicznych. Narzędzie dostępne jest w wielu tłumaczeniach, w tym mandaryńskim, holenderskim, niemieckim, tajskim, duńskim oraz tureckim. Skala składa się z oceny zdolności do wykonania różnych zadań ruchowych przez osobę badaną w różnych pozycjach ciała w zakresie od 0 do 2 (gdzie „0” oznacza „niezdolny”, „1” oznacza „zdolny” lub „zdolny z asystą”, natomiast „2” oznacza „niezależny”). Zadania oceniane w pozycji leżącej na łóżku to: tzw. „mostek”, czyli uniesienie miednicy w górę w pozycji leżenia z kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych i stopami opartymi o podłoże, przewracanie się na boki oraz zmiana pozycji z leżącej na siedzącą. W pozycji siedzenia na krześle ocenia się zdolność siedzenia bez podparcia, zmianę pozycji z siedzenia na krześle do stania za pomocą wsparcia na podłokietnikach oraz zmianę pozycji z siedzenia na krześle do stania bez podparcia ramionami. W pozycji stojącej ocenia się stanie bez wsparcia, stanie ze złączonymi nogami, stanie na palcach oraz stanie tandemowe z zamkniętymi oczami (pięta jednej stopy ułożona przed palcami drugiej stopy). Badany powinien utrzymać równowagę w pozycjach stojących przez przynajmniej 10 sekund.

	W ocenie chodu bierze się pod uwagę przebyty dystans z dowolną pomocą (np. kule łokciowe, laska) lub bez pomocy. Ostatnim elementem skali jest równowaga dynamiczna, którą ocenia się za pomocą następujących zadań ruchowych: podniesienie długopisu z podłogi, cofnięcie się o 4 kroki, podskok obunóż. Ocenę należy przeprowadzać w kolejności od pozycji leżącej do oceny równowagi dynamicznej. Suma punktów uzyskana w ocenie daje surowy wynik (w zakresie od 0 do 19), który następnie konwertuje się na wynik DEMII (w zakresie od 0 do 100). Tabela konwertująca wyniki dostępna jest wraz z kwestionariuszem do badania. Szacuje się, że czas potrzebny do wykonania całościowej oceny wynosi mniej niż 10 minut. Mimo, iż skala powstała z przeznaczeniem dla grupy osób w wieku 65 i więcej lat, to stosowano ją również w młodszej populacji. Oceniono, że minimalna zmiana istotna klinicznie dla opisywanego narzędzia wynosi 8 punktów. Opisywane narzędzie było wykorzystywane zarówno w praktyce klinicznej, jak i badaniach naukowych. Przykładowe zastosowania to: ocena stanu funkcjonalnego pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19, pacjentów po udarze w fazie podostrej, pacjentów z chorobą Parkinsona, chorobą zwyrodnieniową stawów, demencją. Narzędzie miało także zastosowanie w ocenie postępów rehabilitacji i neurorehabilitacji.
Źródło bibliograficzne	de Morton NA, Davidson M, Keating JL. The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. Health Qual Life Outcomes. 2008 Aug 19;6:63. doi: 10.1186/1477-7525-6-63. PMID: 18713451; PMCID: PMC2551589.
Źródło on-line	https://www.demmi.org.au/
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.4. Skala Równowagi Berg
Nazwa skali w języku angielskim	Berg Balance Scale (BBS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Berg Katherine, Wood-Dauphinee Sharon, Williams J.I., Gayton David
Państwo	Kanada
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala została opracowana w celu oceny zdolności do utrzymania równowagi statycznej i dynamicznej u osób w wieku podeszłym. Obejmuje 14 zadań ruchowych o różnym stopniu trudności. Zadania podzielone są na 3 domeny: równowaga w pozycji siedzącej, równowaga na stojąco i równowaga dynamiczna. W badaniu ocenia się takie zadania ruchowe, jak: siedzenie, bezpieczne przemieszczanie się między krzesłami, utrzymanie równowagi w pozycji stojącej z nogami rozstawionymi oraz złączonymi, w pozycji stania na jednej nodze, oraz w pozycji stania ze stopami w jednej linii (jedna za drugą) z otwartymi i zamkniętymi oczami, utrzymania równowagi dynamicznej podczas sięgania i pochylania się. Wynik oceny stanowi suma punktów uzyskanych w badaniu w zakresie od 0 do 56, gdzie wyższy wynik prezentuje lepszą równowagę. Ocena równowagi wykonana za pomocą opisywanego narzędzia zajmuje ok 15-20 minut. Badanie może przeprowadzić każda osoba z wykształceniem medycznym po krótkim szkoleniu lub szczegółowym zapoznaniem się z instrukcją wykonania testu. Skala ma swoje zastosowanie nie tylko do oceny równowagi osób w wieku podeszłym, ale także osób z różnymi chorobami i niepełnosprawnością. Zastosowanie skali wymaga użycia krzesła, stopera, stopnia (step) oraz centymetra (linijki). W badaniach potwierdzono trafność skali w ocenie ryzyka upadków. Wynik uzyskany w badaniu o wartości 40 punktów i mniej jest wartością predykcyjną dla zwiększonego ryzyka licznych

	upadków oraz doznawania urazów wynikających z upadku. Właśnie dlatego opisywane narzędzie ma swoje zastosowanie w przesiewowym badaniu ryzyka upadków. Szacuje się, że maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w skali BBS, będąca wartością pożądaną, spada wraz z wiekiem, a jej maksymalną wartość (56 punktów) osiągają zwykle osoby do 69 roku życia. Spadek szacuje się na 0,75 punktu rocznie, co oznacza, że wartość pożądana dla osób w wieku 75 lat wyniesie 51 punktów.
Źródło bibliograficzne	Berg K, Wood-Dauphine S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. <i>Physiotherapy Canada</i> . 1989;41(6):304-11.
Źródło on-line	https://neuropt.org/docs/default-source/cpgs/core-outcome-measures/core-measure-berg-balance-scale-(bbs)_final-2019.pdf?sfvrsn=6e845043_0
Przykład 5.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.5. Zmodyfikowany Kwestionariusz Dotyczący Wpływu Przemęczenia
Nazwa skali w języku angielskim	Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Nicolas G LaRocca; Deborah M. Miller
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Zmodyfikowany Kwestionariusz Dotyczący Wpływu Przemęczenia jest zmodyfikowaną wersją 40 punktowej Skali Wpływu Przemęczenia (FIS), a także jednym z elementów Inwentarza Jakości Życia w stwardnieniu rozsianym (MSQLI). Jest to narzędzie oceniające wpływ zmęczenia w sposób wielowymiarowy, tj. na funkcje fizyczne, poznawcze i psychospołeczne, które odpowiadają poszczególnym częściom skali. Dziewięć pozycji skali dotyczy oceny stanu fizycznego, dziesięć dotyczy oceny stanu poznawczego, a dwie pozycje przeznaczone są do oceny funkcji psychospołecznych, co łącznie daje 21 pozycji. Do narzędzia opracowano także skróconą, pięcioelementową wersję. Badani na pięciostopniowej skali Likert'a oceniają zgodność z poszczególnymi stwierdzeniami, gdzie „0” odpowiada ocenie „nigdy”, a „4” – „prawie zawsze”. Ocena odnosi się do ostatnich 4 tygodni. Przykładowe sytuacje oceniane w skali to wpływ przemęczenia na skupienie uwagi, roztrągnięcie czy motywacja do angażowania się w spotkania towarzyskie. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w badaniu to 84 i wyższy wynik odpowiada większemu zmęczeniu. Za różnicę istotną klinicznie w wyniku MFIS uznano 4 punkty. Przeprowadzenie badania przy użyciu opisywanej skali zajmuje około 10 minut. W badaniach potwierdzono użyteczność skali nie tylko w ocenie zmęczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, ale także innych pacjentów neurologicznych i reumatologicznych. Ponadto narzędzie wielokrotnie wykorzystywano w ocenie skuteczności stosowania różnych metod rehabilitacji lub innych metod farmakologicznych i nefarmakologicznych na odczuwanie zmęczenia wśród pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Narzędzie było wykorzystane także w ocenie wpływu zmęczenia na adhezję do zaleceń terapeutycznych oraz w ocenie zmęczenia w funkcji czasu u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.
Źródło bibliograficzne	Marrie RA, Miller DM, Chelune GJ, Cohen JA. Validity and reliability of the MSQLI in cognitively impaired patients with multiple sclerosis. <i>Mult Scler</i> . 2003 Dec;9(6):621-6 Fischer JS, LaRocca NG, Miller DM, Ritvo PG, Andrews H, Paty D. Recent developments in the assessment of quality of life in multiple sclerosis (MS). <i>Mult Scler</i> . 1999 Aug;5(4):251-9. Review

	The Consortium of Multiple Sclerosis Centers Health Services Research Subcommittee. MSQLI Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory: A User's Manual. National Multiple Sclerosis Society. 1997. 65p
Źródło on-line	https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/modified-fatigue-impact-scale
Przykład 6.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.6. Skala Barrier w Rehabilitacji Kardiologicznej
Nazwa skali w języku angielskim	Cardiac Rehabilitation Barriers Scale (CRBS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Grace Sherry L, Evindar Alexandria, Kung Tabitha N, Scholey Patricia E, Stewart Donna E
Państwo	Kanada
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Barrier w Rehabilitacji Kardiologicznej została przygotowana do wielopoziomowej oceny barier w uczestniczeniu w programie rehabilitacji kardiologicznej z perspektywy pacjenta, ale uwzględniając również poziom lekarza oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Narzędzie powstało do celów badawczych. Największym obszarem zastosowania prezentowanego narzędzia jest identyfikacja różnic w barierach w uczestniczeniu w rehabilitacji kardiologicznej między regionami lub na poziomie różnych modeli organizacji opieki zdrowotnej. Może być ono administrowane zarówno pacjentom szpitalnym, jak i pacjentom w ambulatorium. Może także służyć jako badanie przesiewowe pacjentów z największymi barierami w podjęciu rehabilitacji kardiologicznej w celu wdrażania interwencji ograniczających te bariery. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń podzielonych na cztery domeny: postrzeganie własnego stanu zdrowia, czynniki logistyczne, czynniki zawodowe/ograniczenia czasowe, oraz choroby współistniejące/ stan funkcjonalny. Badany w 5-punktowej skali Likert'a ocenia w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem. Jednym z przykładowych stwierdzeń dotyczących barier wynikających z samego pacjenta jest: „uważam, że ćwiczenia są męczące lub bolesne”, z poziomu lekarza: „mój lekarz uważał, że rehabilitacja nie jest konieczna”, a z poziomu systemu: „czas oczekiwania na przyjęcie na rehabilitację kardiologiczną był zbyt długi”. Wynikiem jest suma uzyskanych punktów, im wyższy wynik, tym większe bariery w uczestniczeniu w rehabilitacji kardiologicznej. Narzędzie przetłumaczono na wiele języków (np., portugalski, francuski, koreański, chiński), natomiast brakuje polskiej wersji językowej.
Źródło bibliograficzne	Grace SL, Evindar A, Kung TN, Scholey PE, Stewart DE. Automatic referral to cardiac rehabilitation. Med Care. 2004 Jul;42(7):661-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000129901.05299.aa. PMID: 15213491.
Źródło on-line	-
Przykład 7	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.7. Skala Ogólnej Adherencji do Rehabilitacji
Nazwa skali w języku angielskim	General Rehabilitation Adherence Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Atta Abbas Naqvi, Mohamed Azmi Hassali, Syed Baqir Shyum Naqvi, Sadia Shakeel Madiha Zia, Mustajab Fatima, Wajiha Iffat, Irfanullah Khan, Amnah Jahangir, and Muhammad Nehal Nadir
Państwo	Pakistan
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Ogólnej Adherencji do Rehabilitacji jest stosunkowo nowym narzędziem i może mieć zastosowanie w ocenie skutków rehabilitacji w kontekście przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych. Narzędzie składa się z 8 pytań, za pomocą których badany ocenia w czterostopniowej skali stopień uczestniczenia w rehabilitacji i powody, dla których to uczestniczenie jest przerwane.

Źródło bibliograficzne	Naqvi AA, Hassali MA, Naqvi SBS, Shakeel S, Zia M, Fatima M, Iffat W, Khan I, Jahangir A, Nadir MN. Development and validation of the General Rehabilitation Adherence Scale (GRAS) in patients attending physical therapy clinics for musculoskeletal disorders. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Feb 1;21(1):65. doi: 10.1186/s12891-020-3078-y. PMID: 32007095; PMCID: PMC6995046.
Źródło on-line	-
Przykład 8	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.B.8. Skala Aktywności dla Dzieci
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Activities Scale for Kids
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Young Nancy L, Yoshida Karen K, Williams Ivan J, Bombardier Claire, Wright James G
Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Aktywności dla Dzieci ocenia poziom niepełnosprawności wśród dzieci. Zawiera 30 pozycji podzielonych na 9 domen (higiena osobista, ubieranie się, jedzenie i picie, zabawa, poruszanie się, umiejętność stania, pokonywanie schodów, transfer i inne), a wyniki podaje się jako odsetek pełnej funkcji. ASK podzielony jest na dwie wersje, obejmujące te same czynności, ale zawierające różne możliwości odpowiedzi. ASKc- zdolność (z ang. ASKc – capability) ocenia to, co dziecko może wykonać, natomiast ASKp – (z ang. ASKp – performance) ocenia to, co dziecko zwykle robi. Badany wypełnia kwestionariusz zawierający poszczególne stwierdzenia. Do kwestionariusza dołączony jest arkusz oceny, który wypełnia osoba badająca na podstawie uzyskanych odpowiedzi i z niego wylicza wynik. Ocena dwóch wersji kwestionariusza pozwala na uzyskanie dwóch różnych, ale uzupełniających się informacji o wykonywaniu przez dziecko danej czynności. Skalę wielokrotnie wykorzystywano w ocenie funkcji i stopnia niepełnosprawności wśród pacjentów z różnymi chorobami wieku dziecięcego lub po urazach oraz w ocenie skuteczności różnorodnych interwencji medycznych.
Źródło bibliograficzne	Young NL, Yoshida KK, Williams JI, Bombardier C, Wright JG. The role of children in reporting their disability. Arch Phys Med Rehabil 1995; 76: 913–8
Źródło on-line	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0895435699001134

II.13.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.C.1. System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Gross Motor Function Classification System (GMFCS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Palisano Robert, Rosenbaum Peter, Walter Stephen, Russel Dianne, Wood Ellen, Galuppi Barbara

Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	System klasyfikacji funkcji motoryki dużej został stworzony w celu funkcjonalnej klasyfikacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na podstawie poziomu ich niepełnosprawności ruchowej. Celem zastosowania opisywanego systemu jest oszacowanie stopnia zdolności do samoobsługi w życiu codziennym. System jest pięciostopniowy i wyższy stopień oznacza większy poziom niepełnosprawności. Pacjent sklasyfikowany w I poziomie GMFCS prezentuje najwyższy poziom funkcjonowania – „chodzący bez ograniczeń”. To pacjent, który porusza się samodzielnie bez ograniczeń ze strony narządu ruchu, pokonując swobodnie dystans powyżej 200 m oraz napotykaną bariery architektoniczne. Dziecko w tym stopniu osiąga zdolność chodu między 18. miesiącem a 2. rokiem życia, chodząc wykorzystuje meble, ale nie potrzebuje dodatkowej asekuracji, potrafi swobodnie i płynnie zmieniać pozycję z siedzącej na czworaczka, samodzielnie siedzieć oraz manipulować w tej pozycji rękoma. Dziecko nie musi asekurować się z użyciem poręczy w czasie chodzenia po schodach oraz może uprawiać wybrany sport. Na II poziomie GMFCS sklasyfikowane są osoby z większym stopniem niepełnosprawności – „chodzące z ograniczeniami”. Osoby te nie osiągnęły umiejętności chodzenia do 2. roku życia. Dziecko w tym okresie jest zdolne do poruszania się raczkując lub pełzając. Utrzymanie pozycji siedzącej wymaga podpierania się kończynami górnymi lub dodatkowego podparcia. Dziecko zdobywa umiejętność chodu ok. 4. roku życia i wymaga asekuracji/pomocy, szczególnie przy pokonywaniu dłuższych dystansów. Stopniowo zdobywa umiejętność pokonywania barier, np. schodów, ale z asekuracją poręczy. Potrzebuje zaopatrzenia ortopedycznego przy dłuższych dystansach oraz chodząc po nierównym terenie. Poziom III klasyfikacji GMFCS to pacjent „chodzący z zaopatrzeniem ręcznym”. Jest to dziecko, które wykształciło umiejętność chodu ok. 4. roku życia. Schody pokonuje tylko w asyście opiekuna, a dłuższe dystanse powinno pokonywać na wózku. IV stopień GMFCS to pacjent „niechodzący, ale samodzielnie poruszający się na wózku. To dziecko, które umiejętność siedzenia osiągnęło dopiero ok. 3. roku życia, ale bez samodzielnego utrzymywania równowagi. Siedząc na wózku dziecko powinno być zabezpieczone pasami stabilizującymi tułów lub miednicę. V stopień GMFCS to pacjent „transportowany przez opiekuna”. Są to osoby z dużym uszkodzeniem OUN, które do 2. roku życia nie kontrolują samodzielnie głowy. Osoby te nie osiągną umiejętności samodzielnego poruszania się, nawet przy pomocy zaopatrzenia ortopedycznego
Źródło bibliograficzne	Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 1997 Apr;39(4):214-23. doi: 10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x. PMID: 9183258.
Źródło on-line	https://cerebralpalsy.org.au/our-research/about-cerebral-palsy/what-is-cerebral-palsy/severity-of-cerebral-palsy/gross-motor-function-classification-system/
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.C.2. II Skala Ashworth’a/ Zmodyfikowana Skala Ashworth’a
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Ashworth Scale/ Modified Ashworth Scale (MAS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Wersja oryginalna: Ashworth Brayan Wersja zmodyfikowana: Bohannon Rihard W. Smith Melissa B.

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Zmodyfikowana Skala Ashworth'a jest jednym z najbardziej powszechnych narzędzi klinicznych służącym do oceny wzmożonego napięcia mięśniowego. Narzędzie powstało na bazie pięciostopniowej (0-4) skali opracowanej przez Brayan'a Ashworth'a, którą zmodyfikowali Bohannon i Smith dodając jeden punkt pośredni. W opisywanej skali „0” oznacza brak wzmożonego napięcia mięśniowego, „1” – niewielki wzrost napięcia mięśniowego pojawiający się na końcu zakresu ruchu, „1+” – niewielki wzrost napięcia mięśniowego manifestujący się zwiększeniem oporu na początku i jego odpuszczeniem w drugiej połowie zakresu ruchu, „2” – znaczne wzmożenie napięcia mięśniowego w większości zakresu ruchu, ale ruch bierny jest możliwy do wykonania, „3” – znaczny wzrost napięcia mięśniowego, a ruch bierny jest trudny do wykonania, „4” – badana kończyna usztywniona w charakterystycznym zgięciu lub w wyproście. Narzędzie było wielokrotnie wykorzystywane zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych. Za pomocą skali oceniano skuteczność stosowania metod nacelowanych na zmniejszenie wzmożonego napięcia mięśniowego, takich jak na przykład wstrzyknięcia toksyny botulinowej czy przeszkońska stymulacja rdzenia kręgowego oraz metod rehabilitacji, w tym również z zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości.
Źródło bibliograficzne	Wersja zmodyfikowana: Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther. 1987 Feb;67(2):206-7. doi: 10.1093/ptj/67.2.206. PMID: 3809245.
Źródło on-line	-
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.C.3. Bostoński Kwestionariusz Zespołu Cieśni Nadgarstka
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Boston Carpal Tunnel Questionnaire
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	D W Levine, Barry P. Simmons
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Jest to jedno z najczęściej stosowanych narzędzi do oceny stopnia nasilenia objawów i dysfunkcji pacjentów z zespołem cieśni nadgarstka. Kwestionariusz składa się z dwóch skal: skali objawów zawierającą 11 pytań oraz skali funkcji zawierającej 8 pytań. W pierwszej skali badany w sposób subiektywny ocenia nasilenie objawów bólowych występujących zarówno w ciągu dnia, jak i w ciągu nocy oraz czas trwania takich epizodów bólu, a także nasilenie objawów towarzyszących, takich jak mrowienie, uczucie drętwienia, osłabienie siły chwytu. W drugiej skali badany ocenia stopień trudności, jaki sprawia mu wykonywanie czynności manualnych, jak np. pisanie, zapinanie guzików, otwieranie nakrętek. Narzędzie stosowano w ocenie skuteczności zastosowania różnych metod rehabilitacji, iniekcji miejscowych czy też interwencji chirurgicznych na zmniejszenie objawów towarzyszących zespołowi cieśni nadgarstka oraz pogwarę funkcji ręki.
Źródło bibliograficzne	Levine DW, Simmons BP, Koris MJ, Daltroy LH, Hohl GG, Fossel AH, Katz JN. A self-administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. J Bone Joint Surg Am. 1993 Nov;75(11):1585-92. doi: 10.2106/00004623-199311000-00002. PMID: 8245050.
Źródło on-line	

Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.C.4. Zmodyfikowana Skala Rankina
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Modified Rankin Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Wersja oryginalna: Rankin John Wersja zmodyfikowana: Warlow C; van Swieten JC.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Zmodyfikowana skala Rankina jest powszechnie stosowaną skalą do pomiaru stopnia niepełnosprawności lub zależności w czynnościach dnia codziennego osób po udarze lub osób dotkniętych niepełnosprawnością z innych przyczyn neurologicznych. Skala ta jest jedną z najczęściej stosowanych skal w ocenie wyników klinicznych pacjentów po udarze. Została opracowana przez Johna Rankina w 1957 roku i pierwotnie obejmowała pięciostopniową ocenę - od braku istotnej niepełnosprawności do ciężkiej niepełnosprawności. W kolejnych modyfikacjach skali dodano stopień „0” oznaczający „brak objawów” oraz stopień „6” oznaczający „zgon”. Narzędzie wykorzystywano w ocenie skuteczności leczenia ostrego udaru niedokrwinnego mózgu. Klasyfikacja objawów wg. Zmodyfikowanej Skali Rankina uznawana jest jako punkt końcowy wielu badań nad udarami i rekomendowana przez towarzystwa neurologiczne.
Źródło bibliograficzne	Rankin J. Cerebrovascular accidents in patients over the age of 60: II Prognosis Scot Med J. 1957; 2:200-215 van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke. 1988;19:604–607. Farrell B, Godwin J, Richards S, Warlow C. The United Kingdom transient ischaemic attack (UK-TIA) aspirin trial: final results. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1991;54:1044–1054.
Źródło on-line	-

II.14. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne

Ewa Jolanta Węgrzynowska

*Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

II.14.A. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- II.14.A.1. Peabody Developmental Gross Motor Scale (PDMS-GM)
- II.14.A.2. Alberta Infant Motor Scale (AIMS)
- II.14.A.3. Glasgow Coma Scale (CCS)
- II.14.A.4. Bayley Scale of Infant Development Third Edition (Bayley III)
- II.14.A.5. General Developmental Screening Tool Ages and Stages Questionnaires (ASQ)
- II.14.A.6. Skala Non-communicating Children's Pain Checklis(NCCPC)
- II.14.A.7. Ages and Stages Questionnaires (ASQ:SE-2)
- II.14.A.8. Brigance Screens – II
- II.14.A.9. Denver Developmental Screening Test
- II.14.A.10. Child Development Inventory (CDI)

II.14.B. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- II.14.B.1. Skala pediatryczna, pozwalająca określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową
- II.14.B.2. Skala Apgar
- II.14.B.3. Skala Rossa
- II.14.B.4. Skala Silvermana

II.14.A. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.1. Skala Rozwoju Motorycznego
Nazwa skali w języku angielskim	Peabody (Peabody Developmental Gross Motor Scale PDMS-GM)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	M. Folio, R Fewell
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Została stworzona dla specjalistów z różnych dziedzin zajmujących się dziećmi, w tym także dla fizjoterapeutów. Folio i Fewell stworzyli skalę aby: 1) wyszukać dzieci z opóźnionym rozwojem motorycznym, 2) wyszczególnić charakterystyczne mocne strony oraz potrzeby dziecka, 3) ocenić rozwój motoryczny w czasie lub w odpowiedzi na interwencję medyczną, 4) wyodrębnić cele motoryczne i strategię postępowania używając kart skali PDMS-GM PDMS-GM zawiera 170 cech podzielonych na 17 poziomów w zależności od wieku. Cechy zostały pogrupowane na pięć badanych elementów (odruchy, równowaga, brak lokomocji, lokomocja, odbiór i propulsję przedmiotów).
Źródło bibliograficzne	1. Gajewska E. Narzędzia diagnostyczne do oceny wczesnego rozwoju motorycznego stosowane w fizjoterapii dziecięcej. Diagnostic instruments for assessing early motor development in child physiotherapy Zakład Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Neurologia Dziecięca, Vol. 20/2011, nr 40, 2. Strączyńska A, Weber-Rajek M, Radziwińska A, Strojek K, Goch A, Zukow W, Znaczenie diagnostyczne klasyfikacji rozwojowych we wczesnym rozpoznaniu mózgowego porażenia dziecięcego The diagnostic importance of diagnostic developmental classifications in the early diagnosis of cerebral palsy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Katedra Fizjoterapii, Bydgoszcz, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 3. Wójtowicz – Szeffler M, Diagnozowanie rozwoju małego dziecka, Wyd. Difin, 2020 4. Putyński L, Skala Rozwoju Motorycznego Oziereckiego: (historia i współczesne zastosowania) Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica 2, 145-149 1998, 5. J Tecklin, Fizjoterapia pediatryczna, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1992; 6. Hornowska E, Brzezińska A I, Apelt K, Czeremska – Kaliszewska K Rola środowiska w rozwoju małego dziecka. Metody badania, Wydawnictwo naukowe Scholar 2014,
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+rozwoju+motorycznego
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.2. Skala Rozwoju Dziecka
Nazwa skali w języku angielskim	(Alberta Infant Motor Scale AIMS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Marthe C. Piper i Johanne Darrah

Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<i>Skala Rozwoju Dziecka (Alberta Infant Motor Scale –AIMS) jest wystandaryzowaną skalą obserwacji rozwoju motorycznego od urodzenia aż do momentu niezależnego chodzenia, zawierającą 58 elementów składających się na ocenę w czterech pozycjach: pronacji (21 elementów), supinacji (9 elementów), siedzie (12 elementów) i staniu (16 elementów). Każda czynność jest oceniona jako istniejąca lub nie (obserwowana lub nie).</i>
Źródło bibliograficzne	1.Piper M, Darrah J, Alberta infant Motor Scale Score Sheets (AIMS) Package of 50 Score Sheets, Wyd Elsevier, 2. Mikler-Chwastek A, Sprawdzian rozwoju psychoruchowego niemowląt, Wydawnictwo Harmonia 2011, 3. Kieszczyńska K., Ciuraj M., Affanasowicz A., Doroniewicz I. Przegląd nowych, powszechnie stosowanych skal oceny rozwoju niemowląt, Wydawnictwo Katedry Biomechatroniki, 2018
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+rozwoju+dziecka
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.3. Pediatryczna skala Glasgow CCS
Nazwa skali w języku angielskim	Glasgow Coma Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brian Jennet i Graham Teasdale
Państwo	Szkocja
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala używana w pediatrii do określanie stopnia przytomności. Zawiera się w przedziale od 3 do 15 punktów, gdzie 3 oznacza najgorsze rokowanie, a 15 najlepsze. Składa się z trzech elementów: odpowiedź ustna, odpowiedź wzrokowa, odpowiedź ruchowa.
Źródło bibliograficzne	1. Teasdale G., Jennett B., Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale, „The Lancet”, 304 (7872), 1974, s. 81-84, 2. The role of the Glasgow meningococcal septicaemia prognostic score in the emergency management of meningococcal disease.Archives of Disease in Childhood 1999;81:278 3. Thomson AP, Sills JA, Hart CA.;Validation of the Glasgow Meningococcal Septicemia Prognostic Score: a 10-year retrospective survey. Crit Care Med. 1991 Jan;19(1):26-30. 4. Kaczmarek M. Piskorz-Ogórek K praca zbiorowa pod redakcją: Pediatryka i pielęgniarstwo pediatryczne. Wybrane zagadnienia Publikacja dla studentów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu oraz absolwentów tych wydział, wydawnictwo Help-Med., Kraków 2014, 5. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej 6. Skale medyczne zastosowane jako kryteria kwalifikacji do świadczeń rehabilitacji pediatrycznej, Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji pediatrycznej 2019,
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+Glasgow
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.4. Skala Rozwoju Bayley
Nazwa skali w języku angielskim	(Bayley Motor Scale BSID –I) Bayley III – Bayley Scale of Infant Development Third Edition

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Nancy Bayley
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Bayley jest narzędziem stosowanym w diagnozie rozwoju psychoruchowego dzieci jako tzw. „złoty standard”. Oznacza to, że jest zalecane jako narzędzie, po które warto sięgnąć w pierwszej kolejności, szczególnie badając poziom rozwoju dzieci obciążonych wcześniactwem, deficytami rozwojowymi lub innymi trudnościami, jak np. zaburzenia przywiązania, zaburzenia integracji sensorycznej czy trudności w karmieniu. Wartość diagnostyczna tego narzędzia związana jest ze specyficzną konstrukcją skali, warunkami badania oraz jakością informacji zwrotnej o rozwoju dziecka udzielanej rodzicowi, a co za tym idzie, jest przydatna w procesie planowania oddziaływań terapeutycznych i, jak pokazują badania, stanowi wartość prognostyczną dla przyszłego rozwoju dziecka.
Źródło bibliograficzne	1. Bieleninik Ł, Koss M, Bidzan M, Rozwój psychoruchowy jedynaków i bliźniąt przesdwiecznie urodzonych, Polskie Forum Pediatryczne, 2016, tom 21, numer 2, s. 272-289 2. Depczyńska B, Wartość diagnostyczna Oceny Funkcjonalnej Chorych - wersja pediatryczna, w ocenie stanu funkcjonalnego dzieci z mózgowym porażeniem, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2013, 3. Mrozek – Budzyń D, Wpływ szczepień skojarzoną szczepionką przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR) na rozwój psychomotoryczny i umysłowy oraz na występowanie zaburzeń u dzieci, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, 4. Montgomery A, Porównanie rozwoju psychoruchowego w 2. roku życia dzieci urodzonych przedwcześnie w latach 2001-2002 oraz 2011-2012, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2016, 5. Małgorzata Eliks M, Ewa Gajewska E, Wczesna diagnostyka mózgowego porażenia dziecięcego. Czy jest możliwa już w pierwszym półroczu życia? Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 2019, 6. Paturej A, Bronikowska P, Rustecka A, Mierzejewska A, Kalicki B, Późne rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego u 16-letniej dziewczynki – opis przypadku Late diagnosis of cerebral palsy in a 16-year-old girl – a case report, Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej, Wojewódzki Instytut Medyczny, Warszawa, Polska, 2018, 7. Bagnowska K, Skuteczność metody NDT-Bobath w terapii dzieci z mózgowym orażeniem dziecięcym w opinii rodziców, The effectiveness of the method of NDT- Bobath therapy in children with cerebral palsy in the opinion of parents, Nowa Pediatria 4/2014, 8. Hacettepe University, Ocena neurorozwojowa canon z mukowiscydozą, Wyniki oceny neurorozwojowej niemowląt z mukowiscydozą, Hacettepe University, 2021
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+rozwoju+motorycznego
Przykład nr 5	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.5. Narzędzie Badania Przesiewowego Rozwoju
Nazwa skali w języku angielskim	(General Developmental Screening Tool Ages and Stages Questionnaires-ASQ)

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	J Squires
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	ASQ:SE-2, czyli Ages and Stages Questionnaires jest przeznaczony do badań przesiewowych rozwoju społeczno-emocjonalnego niemowląt, dzieci w wieku po niemowlęcym i przedszkolnym (od 1 miesiąca do 72 miesiąca życia). Składa się z 9 wersji kwestionariusza, w zależności od wieku dziecka. ASQ:SE-2 bada siedem sfer funkcjonowania dziecka: samoregulację, spełnianie, zachowania adaptacyjne, autonomię, afekt, komunikację społeczną, interakcję z innymi ludźmi.
Źródło bibliograficzne	1. Gruba J, Testy do diagnozy wybranych aspektów rozwoju dziecka, Gliwice 2018, 2. Larionow, Paweł Wybrane problemy badań w medycynie psychosomatycznej i sposoby na ich rozwiązania: przestrzeń dla nowych osiągnięć, 2022, 3. Squires J, Ph.D., Diane Bricker D, Ph.D., Elizabeth Twombly, M.S., Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2) A Parent-Completed Child Monitoring System for Social-Emotional Behaviors Home Early Childhood, Available Stock, 2015,
Źródło on-line	https://www.helpmegrow.org/ASQ
Przykład nr 6	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.6. Lista kontrolna bólu pooperacyjnego dzieci niekomunikujących się – (NCCPC-R)
Nazwa skali w języku angielskim	Non-communicating Children's Pain Checklist (NCCPC) Skala Non-communicating Children's Pain Checklis
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	LM Breau
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	U osób niemówiących stosuje się m.in. Non-communicating Children's Pain Checklist (NCCPC) Skala Non-communicating Children's Pain Checklist została stworzona dla pacjentów w wieku -18 lat, którzy nie potrafią mówić ze względu na zaburzenia rozwojowe lub niepełnosprawność intelektualną. Składa się z 7 oddzielnych kategorii, w każdej z nich ocenia się określone zachowania lub reakcje fizjologiczne. Każda podkategoria może być oceniana w skali od 0 do 3, jeśli pewne sytuacje nie mają miejsca, należy wybrać opcję ND – nie dotyczy (przykładowo, gdy dziecko nie spożywa posiłków). Gdy dany objaw się nie pojawia wcale podczas obserwacji chorego, zaznacza się opcję 0 punktów, 1 punkt – gdy objaw pojawia się, ale jest rzadko obecny, 2 punkty – objaw pojawia się często, ale nie jest stały, 3 punkty – gdy objaw pojawia się bardzo często lub jest obecny ciągle.

Źródło bibliograficzne	1. Kocot-Kępska M, Szuldrzyński K, Skale oceny bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu, Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJCM Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii Oddziału Klinicznego Alergii i Immunologii UJCM, 2014, 2. Misiólek H, Cettler M, Woron J, Wordliczek J, Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E, Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym — 2014, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu 3Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Zakład Farmakologii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Zakład Badania i Leczenia Bólu, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 2014, 3. Kobylarz K, Szlachta-Jezioro I, Stobiński W, Uśmierzanie bólu pooperacyjnego u dzieci, Oddział Anestezjologii Pediatricznej Katedry Anestezjologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Przegląd Lekarski 2000 /57/4, 4. Szkutnik-Fiedler D, Szalek E, Grześkowiak E, Zasady leczenia bólu pooperacyjnego, medycyna praktyczna dla lekarzy, 2010, 5. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii/Rynek Zdrowia Uśmierzanie bólu ostrego u dzieci. Nowe wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 21 lipca 2022, 6. Zielińska M, Leczenie bólu pooperacyjnego u dzieci medycyna praktyczna dla lekarzy, X Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu – Medycyna Bólu 2019, 7. NIK, Dostępność terapii przeciwbólowej, 2017. https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201501_AiR_009.pdf http://www.community-networks.ca/wp-content/uploads/2015/07/PainChklist_BreauNCCPC-R2004.pdf
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+b%C3%B3lu+pooperacyjnego+dzieci+niekomunikuj%C4%85cych+si%C4%99+
Przykład 7.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.7. ASQ:SE-2 (0-6 lat)
Nazwa skali w języku angielskim	ASQ:SE-2 Ages and Stages Questionnaires
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Jane Squires, Diane Bricker
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	ASQ:SE-2, czyli Ages and Stages Questionnaires jest przeznaczony do badań przesiewowych rozwoju społeczno-emocjonalnego niemowląt, dzieci w wieku po niemowlęcym i przedszkolnym (od 1 miesiąca do 72 miesiąca życia). Składa się z 9 wersji kwestionariusza, w zależności od wieku dziecka. ASQ:SE-2 bada siedem sfer funkcjonowania dziecka: samoregulację, spełnianie, zachowania adaptacyjne, autonomię, afekt, komunikację społeczną, interakcję z innymi ludźmi.

Źródło bibliograficzne	Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2015). Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2): A Parent-Completed Child Monitoring System for Social-Emotional Behaviors
Źródło on-line	https://agesandstages.com/products-pricing/asqse-2/
Przykład 8.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.8. Skala Brigance
Nazwa skali w języku angielskim	Brigance Screens – II
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Albert H. Brigance
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Brigance to narzędzie przesiewowe szeroko stosowane przez szkoły dla dzieci w żłobku, przedszkolu i pierwszej klasie. Jest to test oparty na normach, który porównuje wyniki każdego dziecka z wynikami innych egzaminowanych. Skala Brigance obejmuje różnorodne tematy związane ze szkolnym programem nauczania poprzez serię 12 testów, w tym rozwój języka, biegłość w naukach przyrodniczych i matematyce oraz motorykę dużą.
Źródło bibliograficzne	Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee Pediatrics 2006; 118: 405–420.
Źródło on-line	https://www.curriculumassociates.com/programs/brigance/early-childhood
Przykład 9.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.9. Skala Denver
Nazwa skali w języku angielskim	Denver Developmental Screening Test
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	William K. Frankenburg, Josiah B. Dobbs
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Test pozwala w prosty sposób sprawdzić czy dziecko osiągnęło pewne kroki milowe w rozwoju, w porównaniu do ogólnej populacji rówieśniczej. Jest to tzw. test poszukiwawczy, dzięki któremu wyszukuje i znajduje się dzieci, których rozwój odbiega od normy. Zadania podzielone są na 4 dziedziny: motorykę ogólną, motorykę precyzyjną i adaptacyjną, mowę i kontakt społeczny.
Źródło bibliograficzne	Agnieszka Montgomery: Porównanie rozwoju psychoruchowego w 2. roku życia dzieci urodzonych przedwcześnie w latach 2001-2002 oraz 2011-2012. Poznań, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2016
Źródło on-line	http://www.wbc.poznan.pl/Content/424449/index.pdf
Przykład 10.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.A.10. Skala Rozwoju Dziecka
Nazwa skali w języku angielskim	CDI (Child Development Inventory)

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Harold Ireton
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Wypełnia ją rodzic/opiekun, przeznaczona dla dzieci w wieku od 18 miesięcy do 6 lat. Ocenia motorykę, mowę, samodzielność oraz ogólny rozwój. Czas przeznaczony na wykonanie tego testu to 30–50 minut, podczas gdy dla pozostałych wymienionych potrzeba tylko 10–20 minut.
Źródło bibliograficzne	Ireton, Harold R. Child Development Inventory Assessment of Children's Development, Symptoms, and Behavior Problems. University of Minnesota Health Sciences Center, 1990
Źródło on-line	https://eric.ed.gov/?id=ED356599

II.14.B. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.B.1. Skala pediatryczna, pozwalająca określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Skala Lansky'ego S
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lansky'ego S
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala pediatryczna, pozwalająca określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową
Źródło bibliograficzne	1. Hospital Santa Marcelina, Badanie II fazy dotyczące ewerolimusu u dzieci i młodzieży z opornym na leczenie lub nawrotowym mięśniakomięsakiem prądkowano jądrowe emitujące promieniowanie 2013, 2. Eduardo D. Bruera, Russell K. Portenoy: Cancer Pain: Assessment and Management. Cambridge University Press, 2009, s. 400. ISBN 978-1-139-48337-7. 3. Michael J. Fisch, Eduardo Bruera: Handbook of Advanced Cancer Care. Cambridge University Press, 2003, s. 17. ISBN 978-0-521-01043-6. 4. Roland T. Skeeel: Handbook of Cancer Chemotherapy. Lippincott Williams & Wilkins, 2007, s. 34. ISBN 978-0-7817-6531-2. 5. Rafał Stec, Aleksandra Semeniuk-Wojtaś: Onkologia. Leksykon pojęć medycznych.AsteriaMed, 2016. ISBN 978-83-65515-01-8. 2017-10-31. 6. Paul Glare, Nicholas A. Christakis: Prognosis in Advanced Cancer. OUP Oxford, 2008, s. 27. ISBN 978-0-19-853022-0. 7. Maciej Krzakowski, Piotr Potemski, Krzysztof Warzocha, Pior Wysocki: Onkologia kliniczna. T. I. Via Medica, 2015, s. 450. ISBN 978-83-7599-796-5. 8. S. B. Lansky, M. A. List, L. L. Lansky, C. Ritter-Sterr i inni. The measurement of performance in childhood cancer patients. „Cancer”. 60 (7), s. 1651-1656, 1987. PMID: 3621134.

	9. ESMO: Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores. 2017-10-30. 10.M. M. Oken, R. H. Creech, D. C. Tormey, J. Horton i inni. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. „Am J Clin Oncol”. 5 (6), s. 649- 655, 1982. PMID: 7165009.
Źródło on-line	
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.B.2. Skala Apgar
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Scale Apgar
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Virginie Apgar
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala używana w medycynie w celu określenia stanu noworodka zaraz po porodzie w 1., 3., 5. i 10. minucie życia. Skala została zaprezentowana w 1952 roku na międzynarodowym spotkaniu anestezjologów przez prof. Uniwersytetu Columbia Virginie Apgar, a następnie (1953) opublikowana na łamach „Current researches in anesthesia & analgesia. . Akronim powstał zaś 10 lat później. Dziecko minimalnie może dostać 0, a maksymalnie 10 punktów.
Źródło bibliograficzne	1. Finster M., Wood M. The Apgar score has survived the test of time.. Anesthesiology”. 4 (102), s. 855–7, kwiecień 2005. PMID: 15791116. 2. Marita Przedpełska-Winiarczyk, Wojciech Kułak. Skala Apgar obecnie. „Problemy Higieny i Epidemiologii”. 92 (1), s. 25–29, 2011. Oficyna Wydawnicza MA. ISSN 1895–4316 (pol.). 3. APGAR V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant.. „Current researches in anesthesia & analgesia”. 4 (32), s. 260–7, 1953. PMID: 13083014. 4. Is the Apgar score outmoded?. „Lancet”. 8638 (1), s. 591–92, marzec 1989. PMID: 2564115 5. Reforma brytyjskiego NHS według skali Apgar, Menadżer Zdrowia, 2013, 6. Przedpełska-Winiarczyk M, Kułak W Apgar obecnie, The Agar score at present, Ośrodek Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Koło w Giżycku, Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Probl Hig Epidemiol 2011, 92(1): 25-29 7. Policy Statement: The Apgar score. American Academy of Pediatrics 2006, 117: 1444-1447. 8. Laptook A R, Shankaran S, Ambalavanan N, et al. Outcome of term infants using Apgar scores at 10 minutes following hypoxic-ischemic encephalopathy. Pediatrics 2009, 124(6): 1619-1626. 9. Genzel-Boroviczeny O, Hempelman J, Zoppelli L, et al. Predictive value of the 1-min Apgar score for survival at 23-26 weeks gestational age. Acta Pediatr 2010, 99(12): 1790-1794 10. Pearce JM. Virginia Apgar (1909-1974). Neurological evaluation of the newborn infant. Eur Neurol 2005, 54(3):132-134.
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+apgar
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.B.3. Skala Rossa
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Scale Rossa

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Delgado DH, Rao V, Ross
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala stosowana do oceny niewydolności krążenia u małych dzieci
Źródło bibliograficzne	1. Janina Aleszewicz-Baranowska, Krystyna Kubicka, Wanda Kawalec: Kardiologia dziecięca. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003 2. Skindzielewski J Metody klinicznej oceny zaawansowania niewydolności serca u niemowląt z ubytkiem przegrody międzykomorowej Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Nowa Pediatria 4/2013, 3. Siwińska A, Mroziński B, Surmacz R, Bobkowski W, Ostra niewydolność serca u dzieci, Forum Pediatrii Praktycznej, Nr 7 /2016, 4. P.F. Kantor, J. Loughheed, A. Dancea, M. McGillion, N. Barbosa, C. Chan, R. Dillenburg, J. Atallah, H. Buchholz, C. Chant-Gambacort, J. Conway, L. Gardin, K. George, S. Greenway, D.G. Human, A. Jeewa, J.F. Price, R.D. Ross, S.L. Roche, L. Ryerson, R. Soni, J. Wilson, K. Wong, Niewydolność serca u dzieci – cz. II: leczenie. Aktualne (2014) wytyczne Canadian Cardiovascular Society – komentarz, Canadian Journal of Cardiology, 2013; 29: 1535–1552, 5. Skindzielewski J, Metody klinicznej oceny zaawansowania niewydolności serca u niemowląt z ubytkiem przegrody międzykomorowej, Nowa Pediatria 4/2013, s. 135-142 6. Zipser M, Kwiatkowska J, Potaż P, Wałdoch A, Meyer-Szary J, Kardiomiopatia rozstrzeniowa w populacji dziecięcej, Dilated cardiomyopathy in pediatric population, Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 3, 276–278 7. https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Rossa, 8. http://www.nowapediatria.pl/wp-content/uploads/2014/10/np_2013_135-142.pdf, 9. Metra M, Adamo M, S. Gardner R, S. Baumbach A, Böhm M, Burri H, Butler J, Čelutkienė J, Chioncel O, Cleland J, G, F, Coats A J.S., Crespo-Leiro M, G, Farmakis D, Gilard M, Heymans S, Hoes A W, Jaarsma T, Jankowska E A, Lainscak M, S.P. Lam C, S, P, R. Lyon A R, Price (Wielka Brytania), Giuseppe M.C. Rosano Grupa ds. dokumentów naukowych ESC (ESC Scientific Document Group) Wytyczne ESC 2021 dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca, Zeszyty edukacyjne Kardiológipolska 1/2022,
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+rossa
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	II.14.B.4. Skala Silvermana (in. skala Silvermana–Andersen)
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Scala Silvermana (in. scala Silvermana–Andersen)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	William Silvermana, Dorothy Andersen

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala oceny wydolności układu oddechowego u noworodków. Dusznosc może prowadzić do hipoksemii, hiperkapnii oraz kwasicy. Narastający opór naczyniowy w płucach powoduje przeciek z prawa na lewo przez połączenia krążenia płodowego i w konsekwencji niewydolność wielonarządową. Skala wydolności układu oddechowego została opracowana w 1963 roku przez amerykańskich lekarzy Williama Silvermana oraz Dorothy Andersen.
Źródło bibliograficzne	1. SS. Mathai, U. Raju, M. Kanitkar. Management of Respiratory Distress in the Newborn.. „Med J Armed Forces India”. 63 (3), s. 269-72, Jul 2007. DOI: 10.1016/S0377-1237(07)80152-3. PMID: 27408014. 2. WA. Silverman, DH. Andersen. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants.. „Pediatrics”. 17 (1), s. 1-10, 1956. PMID: język = en 13353856 język = en. 3. AB. Hedstrom, NE. Gove, DE. Mayock, M. Batra. Performance of the Silverman Andersen Respiratory Severity Score in predicting PCO. „J Perinatol”. 38 (5), s. 505-511, 2018. DOI: 10.1038/s41372-018-0049-3. PMID: 29426853 (ang.). 4. Maciej Kaczmarek: Badanie kliniczne dziecka. W: Wanda Kawalec, Ryszard Grenda, Helena Ziolkowska: Pediatrica. T. 2. 2013: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013, s. 86. ISBN 978-83-200-4630-4. 5. https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Silvermana 6. Gadzinowski J., Szymankiewicz M., Gulczyńska E., Podstawy neonatologii. Podręcznik dla studentów. Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Poznań 2014, str. 60–65. 7. Gutkowski P., Badania czynnościowe układu oddechowego u dzieci. Postępy Nauk Med., 2008, 9: 559–564. 8. https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/novorodek/71736,zespol-zaburzen-oddychania 9. Silverman W. A., Anderson D., A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. Pediatrics, 1956, 17: 1. 10. Biarent D, Bingham R, Richmond S, Maconochie I, Wyllie J, Simpson S, Rodriguez Nunez A, Zideman D, Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci, Wydawnictwo PANDIT, Kraków 2005,
Źródło on-line	https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=skala+silvermana

III. SKALE I KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE Z ZASTOSOWANIEM WIODĄCYM W ZABIEGOWYCH DZIAŁACH MEDYCyny

W tym rozdziale opisano wybrane narzędzia, skale, kwestionariusze standaryzowane z zastosowaniem wiodącym w zabiegowych działach medycyny, zarówno w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych, jak i w nauczaniu klinicznym (w symulacji medycznej i w warunkach rzeczywistych), a także w prowadzeniu badań naukowych w tym obszarze. Sklasyfikowano je w pięć grup, a w ramach każdej grupy w trzy pakiety: grupa 1. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne – cz. I (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: *Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R)*, *Skala oceny rany (TELER)*, *Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran (TILI)*, *Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pielęgniarek (KWJPBP)*, *Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pacjenta (SCQIPP)*, *Skala owrzodzeń w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej (WIFI)*, *Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)*, *Skala Rockalla*; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *Scar Cosmesis Assessment and Rating Scale (SCAR)*, *Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS)*, *Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning (ELPO)*; pakiet: *Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala dla oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych (POSSUM)*, *Klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żylniej (CEAP)*, *Skala przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine'a*, *Ocena stopnia ryzyka zakrzepicy żył głębokich (WELLSA)*, *Ocena ryzyka wystąpienia żylniej choroby zakrzepowozatorowej (ŻChZZ) u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym (skala Capriniego)*, *Skala oceniająca głębokość i poziom uszkodzenia tkanek (MCW)*, *Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii (SACS)*, *Skala stosowana w rozpoznawaniu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki (RANSONA)*, *Podstawowa ocena zaawansowania i ciężkości zakażenia w zespole stopy cukrzycowej (PEDIS))*; grupa 2: Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne – cz.II, pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: *Trauma Index*, *Skala Glasgow-Blatchford*, *Skale ryzyka krwawienia podczas leczenia przeciwkrzepliwego (HAS- BLED)*, *Skala Balthazara (CTSI)*, *Skale oceny lęku przedoperacyjnego*, *Skala Boston - Ocena przygotowania jelita do kolonoskopii (BBPS)*, *Klasyfikacja Forresta do oceny ryzyka nawrotu krwawienia z gopp*, *Klasyfikacja Los Angeles oceny nasilenia nadżerkowego zapalenia*

przełyku, Skala Padewska Oceny Ryzyka (ŻChZZ), Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Jorge-Wexnera (Skala Cleveland), Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Rockwooda –Fecal Incontinence Severity Index (FISI), Ocena stanu obrażeń u pacjenta w okresie pourazowym (RTS)); grupa 3. Ortopedia i pielęgniarstwo ortopedyczne, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Formularz Międzynarodowego Komitetu Dokumentacji Kolana (IKDC), Punktowa ocena stawu kolanowego - skala Lysholm & Gillquist, Skala KOOS; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: The Tapper and Hoover grading system, Harris Hip Score (HHS), Musculoskeletal Functional Assessment Questionnaire (MFA), The Activities of Daily Living Scale of the Knee Outcome Survey (ADLS), Lequesne Index of Severity – Knee (Lequesne ISK), Dreiser's functional index, Hip distability and osteoarthritis outcome score (HOOS), Oxford Knee Score, Modified Cincinnati Rating System, Intermittent and constant osteoarthritis pain – hip or knee version (ICOAP); pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: Indeks WOMAC, Skala SF-36, Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne'a, Skala Laitinen; grupa 4. Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo – ginekologiczne, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale (IIFAS), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire for Breast Cancer (EORTC QLQ- BR23), The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, The cervical cancer-specific Quality of Life (EORTC QLQ- CX24), The Fertility Quality of Life (FertiQoL), Female Sexual Function Index Questionnaire (FSFI); pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), Menopause Rating Scale (MRS), Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire– Self-Administered (PCOSQ), Kwestionariusz 30-item Endometriosis Health Profile (EHP-30), The Birth Satisfaction Scale (BBS), The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R), Pregnancy Health Behaviors Scale (PHBS)); grupa 5. Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Skala GRBAS, Skala Lund-Mackay, Skala House'a- Brackmana, Skala Centora.

III.1. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

Marta Hreńczuk, Tomasz Piątek

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawski Uniwersytet Medyczny

III. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- III. 1. A. 1. Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R)
- III. 1. A. 2. Skala oceny rany (TELER)
- III. 1. A. 3. Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran (TILI)
- III. 1. A. 4. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pielęgniarek (KWJPBP)
- III. 1. A. 5. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pacjenta (SCQIPP)
- III. 1. A. 6. Skala owrzodzeń w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej (WIFI)
- III. 1. A. 7. Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)
- III. 1. A. 8. Skala Rockalla

III. 1. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- III. 1. B. 1. Scar Cosmesis Assessment and Rating Scale (SCAR)
- III. 1. B. 2. Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS)
- III. 1. B. 3. Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning (ELPO)

III. 1. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- III. 1. C. 1. Skala dla oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych (POSSUM)
- III. 1. C. 2. Klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żylniej (CEAP)
- III. 1. C. 3. Skala przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine'a
- III. 1. C. 4. Ocena stopnia ryzyka zakrzepicy żył głębokich (WELLSA)

III. 1. C. 5. Ocena ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym (skala Capriniego)

III. 1. C. 6. Skala oceniająca głębokość i poziom uszkodzenia tkanek (MCW)

III. 1. C. 7. Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii (SACS)

III. 1. C. 8. Skala stosowana w rozpoznawaniu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki (RANSONA)

III. 1. C. 9. Podstawowa ocena zaawansowania i ciężkości zakażenia w zespole stopy cukrzycowej (PEDIS)

III.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.1. Stopnie zagrożenia rany infekcją	
Nazwa skali w języku angielskim	Wounds at risk score	
Skrót	W.A.R	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Międzynarodowa grupa ekspertów zajmujących się problematyką leczenia ran z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Austrii, Szwajcarii, Włoch i Królestwa Bahrajnu [1]
	Rok publikacji	2011
	Źródło	Zaprezentowana na konferencji European Wound Management Association, w Brukseli i opisana w Pharmacology and Physiology Journal [1].
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Polskie Towarzystwo Leczenia Ran
	Rok publikacji	
	Źródło	Sapata M, Jawień A, Mrozikiewicz-Rakowska B, i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych - przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. Zalecenia polskiego towarzystwa leczenia ran, Leczenie Ran 2020; 17(1): 1-21.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Opiera się na ocenie czynników ryzyka i predyspozycji do wystąpienia zakażenia rany, a tym samym umożliwia podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych bądź profilaktycznych [1-4].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Obecność rany chirurgicznej, urazowej, przewlekłej, trudno gojącej się.
	Struktura skali	Opisowo-numeryczna

	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Owrodzenia przewlekłe [3], niedokrwienne, cukrzycowe [5-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	W każdym wieku
	Miejsce badanych	Zakłady opieki zdrowotnej - szpitale, Podstawowa Opieka Zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, hospicjum, Zakłady Opiekuńczo Lecznicze, środowisko domowe pacjenta.
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? lekarze, pielęgniarki/rze, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto? opiekun medyczny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każdemu z czynników ryzyka przypisuje się wartość parametryczną (1, 2 lub 3). Jeśli suma punktów przypisanych czynnikom ryzyka jest równa lub przekracza 3, rana zostaje uznana za zagrożoną infekcją i należy podjąć stosowne działania terapeutyczne.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Klasa ryzyka	Przykłady	Punkty W.A.R. (punkty mogą być sumowane, jeśli czynników jest więcej niż jeden)
I	a) nabyte choroby immunosupresyjne (np. cukrzyca) b) upośledzenia immunologiczne nabyte na skutek terapii (np. cyklosporynami, metotreksatem, glikokortykoidami lub przeciwciałami) c) nowotwór lity d) uogólnione zaburzenia hematologiczne e) zaburzenia w gojeniu rany pooperacyjnej skutkujące nieplanowanym gojeniem wtórnym f) rany potencjalnie ciężko skontaminowane okolicy odbytu czy narządów moczowo-płciowych g) problemy higieniczne związane ze środowiskiem zawodo-wo-bytowym h) wiek powyżej 80 lat i) rana niegojąca się dłużej niż rok j) rozmiar rany przekraczający 10 cm ² k) rany przewlekłe (niezależnie od etiologii) o głębokości < 1,5 cm l) przedłużenie hospitalizacji > 3 tygodni	każdy z wymienionych czynników ryzyka to 1 punkt
II	a) ciężkie nabyte upośledzenie odporności (np. infekcja HIV) b) ciężko skontaminowane rany ostre c) ukąszenia, rany klute, postrzelenia, o głębokości 1,5–3,5 cm	każdy z wymienionych czynników ryzyka to 2 punkty

III	a) oparzenia obejmujące > 15% powierzchni ciała b) rany pozostające w bezpośrednim kontakcie z narządami lub strukturami pełniącymi określone funkcje (np. stawami) oraz rany zawierające ciało obce c) ciężkie wrodzone upośledzenia odporności, takie jak agamaglobulinemia d) ukąszenia, rany kłute oraz postrzały, głębsze niż 3,5 cm	każdy z wymienionych czynników ryzyka to 3 punkty
-----	--	---

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Dissemond J, Assadian O, Gerber V, et al. Classification of Wounds at Risk and Their Antimicrobial Treatment with Polihexanide: A Practice-Oriented Expert Recommendation. <i>Skin Pharmacol Physiol</i> 2011;24:245–255. - Sapata M, Jawieñ A, Mrozikiewicz-Rakowska B, i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych - przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. <i>Zalecenia polskiego towarzystwa leczenia ran, Leczenie Ran</i> 2020; 17(1): 1-21. - Bartoszewicz M, Banasiewicz T, Bielecki K, i wsp. Zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach/owrzodzeniach przewlekłych objętych procesem infekcji, <i>Forum Zakażeń</i> 2019;10(1):1-30. - Kramer A, Dissemond J, Kim S, et al. Consensus on wound antisepsis: update 2018, <i>Skin Pharmacology and Physiology</i>, 2018; 31: 28–58. - Jockenhöfer F, Gollnick H, Herberger K. et al. W.A.R. scores in patients with chronic leg ulcers: results of a multicentre study. <i>J Wound Care</i>. 2014;23(1):5-6, 8, 10-2. doi: 10.12968/jowc.2014.23.1.5. - Bartoszewicz M, Junka A, Smutnicka D. i wsp. Mikrobiologiczny aspekt skali oceny rany zagrożonej ryzykiem infekcji W.A.R. <i>Forum Zakażeń</i> 2011;2(3):85–88. - Cwajda-Białasik J, Mościcka P, Szewczyk MT. Wybrane metody leczenia ran przewlekłych. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2019; 1: 1-11. - Mikosiński J, Kotala M, Stücker M. i wsp. Ocena kliniczna opatrunku piankowego zawierającego uwodniony poliuretan stymulujący działanie czynników wzrostu. <i>Journal of Wound Care</i> 2018;27(9):1-12. - Bartoszewicz M. Zakażenia i leczenie ran przewlekłych. <i>Lekarz POZ</i> 2017;1:37-42. - Głowacz J, Szwamel K. Wiedza pielęgniarek na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2022; 16 (1): 31-40.

Grupa skal	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.2. Skala oceny rany TELER	
Nazwa skali w języku angielskim	Treatment Evaluation by Le Roux's method	
Skrót	TELER	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	A Le Roux [1], została włączona do rutynowej praktyki klinicznej przez Department of Vascular Surgery at the Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust in the UK [2].
	Rok publikacji	1995
	Źródło	Le Roux AA. TELER: The concept. <i>Physiotherapy</i> 1995; 79(11): 755-8.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Rany trudno gojące się, jak np. owrzodzenia, rany nowotworowe. Stanowi ona mechanizm pozwalający na definiowanie możliwych do określenia celów terapeutycznych oraz rejestrowanie, czy stan pacjenta lub sposób postępowania zmienia się pod wpływem leczenia lub pielęgnacji (ocena). System pozwala również określić, czy zmiany zachodzące u chorego podczas leczenia i pielęgnacji są nimi spowodowane (przypisanie) [2-6].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	
	Struktura skali	Opisowo-numeryczna [3,6]
	Orientacyjny czas badania	3-5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Rany nowotworowe [3,7-10] Owrzodzenia [3,7] Pęcherzowe oddzielanie się naskórka [6]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	W każdym wieku
	Miejsce badanych	Oddział szpitalny, hospicjum, środowisko domowe pacjenta
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	Autorzy podkreślają trudności związane z oceną ran spowodowane ich rzadkim występowaniem, złożonością oceny oraz gwałtownością z jaką mogą one ulegać zmianie [6].
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? pielęgniarka/rz, lekarz, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto? pacjent, rodzina pacjenta, opiekunowie, opiekun medyczny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	System pomiarowy składa się z dwóch elementów: — 6-punktowej skali, w której 0 oznacza deficyt, którego należy uniknąć, a 5 jest celem leczenia/pielęgnacji; — 6 punktów na skali stanowią kody (0–5), określające cele leczenia i pielęgnacji pod postacią kroków, które w znaczący klinicznie sposób zbliżają lub oddalają danego chorego od wyznaczonego celu. Wskaźnik jest podzielony na 5 przedziałów jakościowych, w których wartość przypisana przedziałowi stanowi różnicę pomiędzy kodami, czyli punktami zaznaczonymi na krzywej wyzdrowienia/ustąpienia objawów [2,6].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

	dyskomfort	martwica	przyleganie opatrunku	wysięk
0	Ciągły dyskomfort, również w czasie snu	Czarny suchy strup martwicy pokrywający ranę	Brak dopasowania, tylko jeden brzeg przylega do rany; wymaga poprawek pomiędzy zmianami opatrunku	Opatrunek, pościel i odzież całkiem przemoczone

1	Ciągły dyskomfort, ale rzadko w czasie snu	Gruba warstwa brunatnej i żółtej martwicy rozpułwnej	Jak powyżej, ale nie wymaga poprawek pomiędzy zmianami opatrunku	Opatrunek, pościel i odzież mokre
2	Częsty dyskomfort	Gruba warstwa martwicy żółtej	Opatrunek nie przylega, jedynie dwa/trzy brzegi przymocowane; wymaga poprawek	Opatrunek mokry; pościel odzież wilgotne
3	Nie więcej niż dwa epizody dyskomfortu	Cienka warstwa żółtej martwicy	Jak wyżej, ale nie wymaga poprawek	Opatrunek mokry pościel, odzież poplamiona jedynie miejscowo
4	Rzadko dyskomfort	Ogniska żółtej martwicy z widocznym dnem rany	Przyleganie opatrunku na obwodzie, ale wymaga poprawek	Tylko opatrunki są mokre
5	Świadomość obecności opatrunku, ale bez dyskomfortu	Czyste dno rany	Cały obwód opatrunku prawidłowo przylega i nie wymaga poprawek pomiędzy zmianami opatrunków	Opatrunek poplamiony, ale nieprzemoczony

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Le Roux AA. TELER: The concept. Physiotherapy 1995; 79(11): 755-8. 2. Grocott P, Browne N, Richardson A. Paliatywne leczenie ran: optymalizacja stosowania systemów klasyfikacyjnych. Polska Medycyna Paliatywna 2004;3(1):45-56. 3. Szymańska P, Wójcik AM, Bazaliński D. i wsp. Zarządzanie raną w obrębie pięty jako element całościowej opieki nad chorym u kresu życia – przegląd literatury i doświadczenia własne. Medycyna Paliatywna 2021; 13(3): 112–123. 4. Grocott P. Assessment of fungating malignant wounds. J Wound Care. 1995 Jul;4(7):333-6. doi: 10.12968/jowc.1995.4.7.333. PMID: 7627800. 5. Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds--generalising from multiple-case study data using a system of reasoning. Int J Nurs Stud. 2001 Oct;38(5):533-45. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00098-5. PMID: 11524100. 6. Grocott P, Blackwell B, Pillay E. et al. Clinical note-making and patient outcome measures using TELER® Wounds International 2011;2(3) 13-16. 7. Grocott P, Browne N, Cowley S. Quality of life: assessing the impact and benefits of care to patients with fungating wounds. Wounds 2005;17(1):8–15. 8. Głowacka M, Sopata M, Gorzelińska L. Postępowanie z chorym z owrzodzeniem nowotworowym. Nowiny Lekarskie 2008;77(3):231–235. 9. Schulz V, Kozell K, Biondo PD et al. The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. Palliat Med. 2009;23(3):266–273. 10. Bazaliński D, Więch P, Chmiel Z. i wsp. Metody oceny i postępowanie z raną nowotworową – przegląd piśmiennictwa. Leczenie Ran 2011;8(4):103–115.

Grupa skali	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.3. Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran
Nazwa skali w języku angielskim	Therapeutic Index for Local Infections
Skrót	TILI
Wersja skali	Właściwa

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Interdyscyplinarny i międzybranżowy panel ekspertów, w skład którego weszli m.in. mikrobiolodzy i klinicyści z różnych dziedzin (w tym dermatolodzy i chirurdzy naczyniowi), specjalizujący się w profilaktyce i leczeniu miejscowych zakażeń ran, z siedmiu krajów europejskich (Austria, Francja, Niemcy, Włochy, Hiszpania, Polska i Wielka Brytania) [1,2].
	Rok publikacji	2019
	Źródło	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ostre i trudno gojące się rany
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	
	Struktura skali	Opisowo-kliniczna
	Orientacyjny czas badania	5-10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Rany ostre (niegojące się rany chirurgiczne, rany urazowe, samouszkodzenia) rany przewlekłe [1-9]. Owrzodzenia troficzne: żyłne, niedokrwienne, żylakowe, zespół stopy cukrzycowej [8,9]. Odleżyny.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	W każdym wieku
	Miejsce badanych	Zakłady opieki zdrowotnej: szpitale, Podstawowa Opieka Zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, hospicjum, Zakłady Opiekuńczo Lecznicze, środowisko domowe pacjenta.
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? pielęgniarki/rze, lekarze, położna/y	
	Osoby nieprofesjonalne, kto? opiekun medyczny	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	W pierwszym kolumnie skali znajduje się sześć pośrednich kryteriów klinicznych rozpoznawania miejscowych zakażeń rany. W medycynie wzrost temperatury, ból, obrzęk, zaczerwienienie, wydzielina o nieprzyjemnym zapachu i zatrzymanie procesu gojenia to klasyczne objawy kliniczne zapalenia. Ponadto określono trzy kryteria prowadzące bezpośrednio do wskazania konieczności zastosowania przeciwdrobnoustrojowego leczenia ran: niegojące się rany pooperacyjne, obecność treści ropnej oraz obecność drobnoustrojów w ranie. Obecność co najmniej 5 z 6 wskazań pośrednich lub choćby jednego wskazania bezpośredniego obliguje do niezwłocznego wdrożenia procedur zgodnych ze strategią TI-MERS [3,5,8].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Parametry wskazań pośrednich	Bezpośrednie wskazanie
Rumień wokół rany	Niegojąca się rana pooperacyjna ³
Miejscowy wzrost ucieplenia	Obecność ropy w ranie
Obrzęk lub naciek okolicy rany	Obecność patogenów w ranie

Ból samoistny lub przy ucisku ¹	
Upośledzone gojenie rany	
Zwiększenie ilości, gęstości i/lub zmiana zabarwienia albo zapachu wysięku ²	

1 – Ograniczony zakres oceny bólu u pacjentów z neuropatią lub przyjmujących środki przeciwbólowe.

2 – Przy braku innej przyczyny tłumaczącej jego nadmiar (np. niewydolność nerek, niewydolność krążenia). Zdaniem ekspertów jednak parametr ten jest trudny do zobiektywizowania. Ponadto na zapach mogą silnie wpływać inne czynniki zewnętrzne, takie jak rodzaj i częstotliwość zmian opatrunku, dobór opatrunków lub higiena ciała. To kryterium zostało uwzględnione w drodze konsensusu, opartego na doświadczeniu klinicznym panelu ekspertów.

3 – Rana nieulegająca wygojeniu w ciągu 7–10 dni od zabiegu.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Dissemond J, Strohal R, Mastronicola D. et al. Therapeutic index for local infections score validity: a retrospective European analysis. <i>J Wound Care</i> 2020;29(12):726–734. - Dissemond J, Gerber V, Lobmann R. et al. Therapeutic index for local infections score (TILI): a new diagnostic tool. <i>J Wound Care</i> 2020;29(12):720–726. - Bartoszewicz M, Krasowski G, Banasiewicz T. i wsp. Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia rany (TILI) jako przydatne narzędzie w efektywnej pielęgnacji ran niegojących się dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych i personelu zakładów opiekuńczo-leczniczych, <i>Forum Zakażeń</i>, 2020;11-6:285-295 - Bartoszewicz M, Banasiewicz T, Bielecki K. et al. Zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. <i>Forum Zakażeń</i> 2019;10(1):1–30. - Milne J, Sharpe A. The TILI score: the new diagnostic tool for identifying wound infection. <i>Wounds UK</i> 2022;18,1:90-96. - Edwards-Jones V, Milne J, Sharpe A (2021) TILI Score Made Easy. <i>Wounds UK</i>, London. Dostępny w internecie: www.wounds-uk.com/made-easy Dostęp: 29.09.2022. - World Health Organization (2020) Antimicrobial resistance. Dostępny w internecie: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance Dostęp: 26.09.2022. - NHSE Patient Safety Alert (2018) Resources to support the safe adoption of the revised National Early Warning Score (NEWS2). Dostępny w internecie: https://www.england.nhs.uk/publication Dostęp: 29.09.2022. - Kucharzewski M, Szkiler E, Krasowski G. i wsp. Algorytmy i wytyczne postępowania terapeutycznego w ranach trudno gojących się. <i>Forum Leczenia Ran</i> 2020;1,3:95-116. - Czczelwska E. Warto wiedzieć – nowy wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran TILI (2021) Dostęp internetowy: https://nursing.com.pl/arttykul/warto-wiedziec-nowy-wskaznik-terapeutyczny-miejscowego-zakazenia-ran-tili-60d05fd59e0a06116147fa17 Dostęp: 01.10.2022.

Grupa skal	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.4. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – wersja dla pielęgniarek	
Nazwa skali w języku angielskim	The Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management	
Skrót	KWJPBP	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Skala, została opracowana w Szwecji przez Eva Idvall, w oryginalnej szwedzkojęzycznej wersji, a następnie przetłumaczona na język angielski [1-5].
	Rok publikacji	2002
	Źródło	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Jaracz Krystyna, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu [6,7].
	Rok publikacji	2005
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Pomiar strategicznych i klinicznych wskaźników jakości w leczeniu bólu pooperacyjnego
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	
	Struktura skali	Punktowa, skala Likerta
	Orientacyjny czas badania	5-10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ocena jakości opieki i ocena działań pielęgniarskich w postępowaniu z bólem pooperacyjnym w pielęgniarstwie chirurgicznym [7-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Każdy oddział zabiegowy
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? pielęgniarki/rze, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		zgoda autora wersji polskiej
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Wersja ta składa się z 12 pytań podzielonych na cztery podskale: Komunikowanie, Działanie, Zaufanie i Środowisko. Odpowiedzi na pytania udzielane są na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza zdecydowanie się nie zgadzam, a 5 oznacza zdecydowanie się zgadzam. Niższe wartości punktowe oznaczają niedoskonałości w świadczeniu opieki w zakresie leczenia bólu. Zakres wyniku ogólnego skali wynosi 12–60 pkt.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

SKALA KLINICZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI POSTĘPOWANIA Z BÓLEM POOPERACYJNYM – WERSJA DLA PIELEŃNIAREK

Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 5 nr najlepiej opisujący Państwa opinię na temat leczenia bólu i opieki zapewnionej pacjentowi po operacji.

<i>1 = zdecydowanie się nie zgadzam</i>	<i>5 = zdecydowanie się zgadzam</i>
1. Przed operacją poinformowałam pacjenta o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mu zaoferowany po zabiegu	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
2. Po operacji rozmawiałam z pacjentem o tym, jak chciałby, aby jego ból był zwalczany	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
3. Pacjent otrzymał pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mu uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
4. Zapewniłam pacjentowi ciszę i spokój, aby miał spokojny sen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
5. Nawet jeśli nie zawsze pacjent prosił, to otrzymywał leki przeciwbólowe	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
6. Pytałam pacjenta, czy nie ma dolegliwości bólowych, gdy zauważałam, że był niespokojny; głęboko oddychał, zmieniał pozycję	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
7. Prosiłam pacjenta o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
8. Pomagałam pacjentowi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuł ulgi	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
9. Zapewniłam pacjentowi miły/ przyjazny pokój	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzanie bólu	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
12. Posiadam wiedzę na temat uśmierzania bólu	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
13. Wierzę pacjentowi, gdy mówi, że odczuwa ból	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Idvall E, Hamrin E, Unasson M. Development of an instrument to measure strategic and clinical indicators in postoperative pain management. Journal of Advanced Nursing, 2002; 37(6): 532-540. - Idvall E., Ehrenberg A.: Nursing documentation of postoperative pain management. Journal of Clinical Nursing, 2002;11: 734-742. - Idvall E., Hamrin E., Unasson M.: Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. Quality and Safety in Health Care, 2002;11: 327-334. - Idvall E.: Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? Journal of Nursing Management, 2004; 12: 162-164. - Idvall E., Berg K., Unasson M., Brudin L.: Differences between nurse and patient assessment on postoperative pain management in two hospitals. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2005;11: 444-451.

	6. Jaracz K., Wdowczyk K, Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. Pielęgniarstwo Polskie, 2005; 1: 9-14.
	7. Popow A, Cierznikowska K, Kozłowska E. i wsp. Postępowanie z bólem pooperacyjnym w samoocenie działań pielęgniarstkich. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 4: 130–135.
	8. Kielbasa L, Kacprzak I, Cygańska E. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta i pielęgniarki. [w:] Przedsiębiorczość i Zarządzenie, Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie, Pielęgniarstwo bez granic, Majchrzak-Kłokocka E, Seliga R. (red.), Tom XIV, zeszyt 10, cz.2, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2013: 23-32.
	9. Jurczak A. i wsp. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. Family Medicine & Primary Care Review 2015; 17, 2: 107–110.
	10. Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. J Nurs Manag. 2007;15(7):756-66. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00753.x. PMID: 17897153.

Grupa skal	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.5. Skala Klinicznych Wskaźników Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – wersja dla pacjenta	
Nazwa skali w języku angielskim	Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management	
Skrót	SCQIPP	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Skala, została opracowana w Szwecji przez Eva Idvall, w oryginalnej szwedzkojęzycznej wersji, a następnie przetłumaczona na język angielski [1]
	Rok publikacji	2002
	Źródło	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Jaracz Krystyna, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu [4-6].
	Rok publikacji	2005
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Postępowanie z bólem pooperacyjnym
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Zabieg operacyjny
	Struktura skali	Punktowa, skala Likerta
	Orientacyjny czas badania	Około 5-10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Ból pooperacyjny u chorych poddanych interwencji chirurgicznej [6-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Każdy oddział zabiegowy
	Stan badanych	Dobry stan psycho-fizyczny, samodzielność wypełnienia kwestionariusza
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? pielęgniarki/rze, lekarze, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto? -----	

Dodatkowe kryteria zastosowania skali	zgoda autora wersji polskiej
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Skala ta jest narzędziem składającym się z 14 pozycji podzielonych na 4 podskale: Komunikowanie, Zaufanie, Działanie i Środowisko. Osoby badane dokonują oceny każdego stwierdzenia za pomocą 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 5 pkt. oznacza „zdecydowanie się zgadzam”, a 1 pkt – „zdecydowanie się nie zgadzam”. Wynik minimum 4,5 pkt. wskazuje na wysoką jakość opieki pielęgniarstwa, natomiast przy jego niższej wartości należy dążyć do poprawy poziomu opieki. Możliwy zakres punktacji dla całości skali wynosi od 14 do 70 pkt., przy czym minimum 63 pkt. świadczą o prawidłowej opiece pielęgniarstwa. Minimalna punktacja wskazująca na prawidłową opiekę pielęgniarstwa w podskalach Środowisko i Komunikowanie powinna wynosić 13,5 pkt., natomiast w podskalach Zaufanie i Działanie – 18,0 pkt. Dodatkowo w kwestionariuszu znajdują się pytania dotyczące nasilenia bólu oraz satysfakcji pacjenta z działań podjętych w celu jego zminimalizowania [1-5].
Formularz skali/ kwestionariusz	

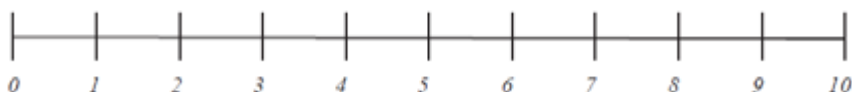
SKALA KLINICZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI POSTĘPOWANIA Z BÓLEM POOPERACYJNYM – WERSJA DLA PACJENTA

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń dotyczących leczenia bólu. Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 5 numer najlepiej opisujący Państwa opinię na temat leczenia bólu i opieki po zabiegu operacyjnym

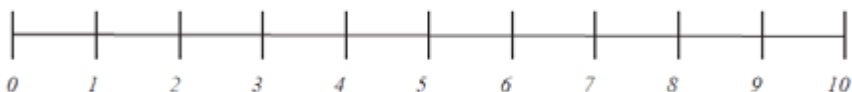
1= zdecydowanie się nie zgadzam	5= zdecydowanie się zgadzam
1. Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie leczenia bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
2. Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierzany.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
3. Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mi uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
4. Zapewniono mi ciszę i spokój, abym miał spokojny sen.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
5. Nawet, jeśli nie zawsze prosiłem, to otrzymywałem leki przeciwbólowe.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
6. Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważył, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycję.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
7. Członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 (lub zaznaczenie na linii prostej) poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem, w południe.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
8. Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
9. Miałem miły/przyjazny pokój.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzanie bólu.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był leczony.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
12. Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat uśmierzania bólu.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
13. Pielęgniarki wierzą mi, gdy mówię im, że mnie boli.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5
14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5

Poniższe pytania dotyczą Twojego bólu po operacji. Proszę zaznaczyć odpowiedź najlepiej przedstawiającą Państwa zdanie.

15. Zaznacz numer określający najsilniejszy ból, jaki odczuwałeś w ciągu ostatnich 24 godzin



16. Zaznacz numer najlepiej określający najmniejszy ból, jaki odczuwałeś w ciągu ostatnich 24 godzin



17. Wskaż numer najlepiej opisujący ból, jaki odczuwasz w tej chwili.



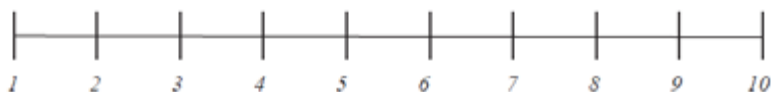
18. Czy po operacji odczuwałeś ból silniejszy niż się spodziewałeś?

1. Tak ☐
2. Nie ☐

19. Czy jesteś zadowolony czy też nie ze sposobu uśmierzania bólu, jaki otrzymałeś po operacji? Zaznacz od 1 do 10.

1 = bardzo niezadowolony

10 = bardzo zadowolony



Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Skokowska B, Bączyk G, Zembroń E. i wsp. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego dokonywana przez chorych po zabiegach ortopedycznych. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> 2016;3 (61):364-375. - Idvall E., Berg A.: Patient assessment of postoperative pain management – Orthopaedic patients compared to other surgical patients. <i>Journal of Orthopaedic Nursing</i>, 2008;12:35-40. - Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. <i>J Nurs Manag.</i> 2007;15(7):756-66. Doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00753.x. PMID: 17897153. - Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i>, 2005; 1 (19): 9-14. 71 - Jurczak A, Kiryk A, Kotwas A. i wsp. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego. <i>Family Medicine & Primary Care Review</i> 2015;17,2:107-110.

	6. Juszczak K, Jaracz K, Kuberka I. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarstwiej w aspekcie bólu pooperacyjnego u chorych poddanych interwencji chirurgicznej. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2016; 4: 173–176. 7. Kielbasa L, Cygańska E, Kacprzak I. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta i pielęgniarzki. <i>Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo bez granic</i> 2013;14,10,2: 23-32. 8. Grochans E, Hyrcza V, Kuczyńska M. i wsp. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2011; 2: 82-87. 9. Bączyk G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarstwiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i>, 2009;7:173-177. 10. Kielbasa L, Kacprzak I, Cygańska E. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta i pielęgniarzki. [w:] <i>Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie, Pielęgniarstwo bez granic</i>, Majchrzak-Kłokocka E, Seliga R. (red.), Tom XIV, zeszyt 10, cz.2, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2013: 23-32.
--	---

Grupa skal	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.6. Ocena rany w krytycznym niedokrwieniu kończyn dolnych i cukrzycy, ocena ryzyka amputacji – Klasyfikacja Wifl	
Nazwa skali w języku angielskim	W – wound, I – ischemia, FI – foot infection	
Skrót	Wifl	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Society for Vascular Surgery – SVS [1,2]
	Rok publikacji	2014 [1,2]
	Źródło	Zhan LX, Branco BC, Armstrong DG i wsp. The Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system based on Wound, Ischemia, and foot Infection (Wifl) correlates with risk of major amputation and time to wound healing. <i>J Vasc Surg</i> 2015; 1-6.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena rany w krytycznym niedokrwieniu kończyn dolnych i cukrzycy, ocena ryzyka amputacji
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Dokonanie pomiaru Wskaźnika Kostka-Ramię (ang. Ankle/brachial index – ABI). U chorych z ABI>1,3 wykonać pomiar wskaźnika paluch-ramię (ang. Toe-pressure – TB) oraz pomiar ciśnienia partialnego tlenu – TcPO2
	Struktura skali	Kliniczno-punktowa
	Orientacyjny czas badania	15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Niedokrwienie kończyn dolnych [1,3-7] Stopa cukrzycowa [8-10]

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Szpital, specjalistyczna opieka ambulatoryjna
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? lekarze, pielęgniarki/rze Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Zwraca się uwagę na takie aspekty jak: obecność i stan kliniczny rany, obecność i stopień niedokrwienia oraz obecność i stopień infekcji. Skala składa się ze stopniowanego systemu punktacji, w której uwzględniane są kolejno wszystkie elementy. Każdy z nich ma cztery stopnie nasilenia, dzięki czemu uzyskuje się siatkę z 64 teoretycznie możliwymi kombinacjami (klasy Wifl). Na podstawie uzyskanych trzech wartości punktowych od 0 do 3, gdzie 0 oznacza brak, 1 łagodne, 2 umiarkowane i 3 poważne ryzyko, chorzy są przypisywani do czterech odpowiadających stadiów klinicznych, w których szacowane jest ryzyko amputacji kończyny. W podobny sposób przewidywana jest korzyść wynikająca z przeprowadzonej rewaskularyzacji.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Stopień	Owrodzenie	Zgorzel
0	brak owrodzenia	brak zgorzeli
Kliniczny opis: niedokrwienny ból spoczynkowy (prezentuje typowe objawy + niedokrwienie 3 stopnia), brak owrodzenia		
1	małe, płytke owrodzenie na dystalnej części kończyny lub stopie, bez widocznej kości, chyba że ograniczone do dystalnego palca stopy	brak zgorzeli
Kliniczny opis: drugorzędna utrata tkanek, możliwa do uratowania z prostą amputacją palca (1 lub 2 palec) lub powłoka skóry		
2	głębsze owrodzenie, z widoczną kością i ścięgnem, nie obejmuje pięty powierzchowne owrodzenie pięty, powiązane z guzem pięty	zgorzel ograniczona do palców
Kliniczny opis: większa utrata tkanek. Możliwa do uratowania z wielokrotną (≥ 3) amputacją palców lub standardową amputacją		
3	widoczne głębokie owrodzenie, obejmujące przodostopie i/lub śródstopie głębokie pełnej grubości owrodzenie pięty ąguz pięty	widoczna zgorzel obejmująca przodostopie i/lub śródstopie, pełnej grubości martwica ąguz pięty
Kliniczny opis: widoczna utrata tkanek możliwa do uratowania tylko z kompleksową rekonstrukcją stopy lub nietradycyjną amputacją, postępowanie obejmujące kompleksowe zarządzanie raną niezbędne dla obszernej opieki nad defektem tkanek		

Stopnie dla bólu spoczynkowego i rany/gangreny:
0 – (niedokrwienny ból spoczynkowy; niedokrwienie 3 stopnia)
1 – łagodny
2 – umiarkowany
3 – poważny

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J. i wsp. Klasyfikacja Wifl jako metoda prognozowania rozwoju miażdżycy tętnic kończyn dolnych i korzyści wynikających z wdrażanych terapii. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 1: 1–7. - Zhan LX, Branco BC, Armstrong DG i wsp. The Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system based on Wound, Ischemia, and foot Infection (Wifl) correlates with risk of major amputation and time to wound healing. J Vasc Surg 2015; 1-6. - Ziaja D, Sznapka M, Ziaja K. i wsp. Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych. Niedokrwienna rana przewlekła stopy u chorych bez cukrzycy — zalecenia leczniczo-pielęgnacyjne. Część I. Chirurgia Pol 2015, 17, 1–2, 23–31.

	4. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink M-L. E.L. i wsp. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych w 2017 roku, przygotowane we współpracy z ESVS. Kardiologia Polska 2017; 75, 11: 1065–1160. Mrozikiewicz- 5. Tokuda T, Hirano K, Sakamoto Y. et al. Use of the Wound, Ischemia, foot Infection classification system in hemodialysis patients after endovascular treatment for critical limb ischemia. J Vasc Surg. 2018;67(6):1762-1768. Rakowska B, Jawień A, 6. Beropoulos E, Stavroulakis K, Schwindt A. et al. Validation of the Wound, Ischemia, foot Infection (WifI) classification system in nondiabetic patients treated by endovascular means for critical limb ischemia. J Vasc Surg. 2016;64(1):95-103. 7. Darling JD, McCallum JC, Soden PA. et al. Predictive ability of the Society for Vascular Surgery Wound, Ischemia, and foot Infection (WifI) classification system following infrapopliteal endovascular interventions for critical limb ischemia. J Vasc Surg. 2016;64(3):616-22. 8. Szewczyk MT. i wsp. Postępowanie z chorym z zespołem stopy cukrzycowej – wytyczne Polskiego towarzystwa leczenia ran 2021: część 1. Leczenie Ran 2021; 18 (3): 71-114. 9. Araszkiewicz A, Bandurska-Stankiewicz E, Borys S. i wsp. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2020. Diabetologia Praktyczna 2020;6,1:1-105 10. Hicks CW, Canner JK, Mathioudakis N. et al. The Society for Vascular Surgery Wound, Ischemia, and foot Infection (WifI) classification independently predicts wound healing in diabetic foot ulcers. J Vasc Surg. 2018;68(4):1096-1103.
--	--

Grupa skal	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.7. Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem	
Nazwa skali w języku angielskim	The Pain Strategies Questionnaire	
Skrót	CSQ	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Anne. C. Rosenstiel, Frances. J. Keefe
	Rok publikacji	1983
	Źródło	Rosenstiel AC, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain 1983;17, 1:33-44.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zygfryd Juczyński
	Rok publikacji	
	Źródło	Juczyński Z. Narzędzia promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012. (Wyd. 2):156 -161.
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Badanie indywidualne lub grupowe. CSQ służy do oceny stosowanych strategii radzenia sobie z bólem i ich skuteczności w opanowywaniu i obniżaniu bólu. Kwestionariusz może mieć zastosowanie w diagnozie i terapii pacjentów z bólem, leczonych ambulatoryjnie lub stacjonarnie.

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	CSQ jest przeznaczony do badania osób chorych, uskarżających się na ból.
	Struktura skali	Sześciostopniowa skala Likerta
	Orientacyjny czas badania	Bez ograniczenia czasu – przeciętnie 15 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Choroby przebiegające z bólem przewlekłym (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, zwyrodnienie stawu biodrowego) [2-6]. Ból nowotworowy [7,8]. Przewlekły ból kostno-szkieletowy [9-10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli
	Miejsce badanych	Każda placówka leczniczo opiekuńcza i opieka ambulatoryjna
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonałisci, kto? psychologowie, socjologowie, pedagodzy, psychoterapeuci, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zakup w Pracowni Testów Psychologicznych
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kwestionariusz składa się z 42 stwierdzeń, opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności poradzenia sobie i obniżenia bólu. Wyniki ujmowane są na 7 skalach odnoszących się do różnych strategii radzenia sobie z bólem. Skala nie posiada norm. Uzyskany wynik porównuje się ze średnim wynikiem jednej z trzech badanych grup klinicznych: pacjentów z bólem kręgosłupa, kobiet z rozpoznaniem migreny, pacjentów z nerwobólem.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Juczyński Z. Narzędzia promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012. (Wyd. 2):156-161. 2. Zielazny P, Biedrowski P, Lezner M. i wsp. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2013; 22 (4): 251–258. 3. Barańska I, Wróbel A. Kontrola bólu i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Med Og Nauk Zdr. 2018;24(3):195-200. 4. Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A. i wsp. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 237–240. 5. Freed RD, Emmert-Aronson BO, Alschuler KN, Otis JD. Confirmatory factor analysis of the Coping Strategies Questionnaire-Revised for veterans with pain Psychol Serv. 2019;16(4):535-542. 6. Baczewska B, Kropornicka B, Dobrzyńska K. i wsp. Strategie radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):281-298.

	7. Kózka M, Walewska E, Ścisło L. iwsp. Radzenie sobie z bólem nowotworowym. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (3): 297–305. 8. Seydi M, Akhbari B, Abdollahi I et al. Confirmatory Factor Analysis, Reliability, and Validity of the Persian Version of the Coping Strategies Questionnaire for Iranian People With Nonspecific Chronic Neck Pain. J Manipulative Physiol Ther. 2021 Jan;44(1):72-84. 9. Sozlu U, Kanik ZH, Gunaydin G. i wsp. The Coping Strategies Questionnaire: Translation, cultural adaptation, reliability and validity in Turkish-speaking patients with chronic musculoskeletal pain Physiother Theory Pract 2021;18;1-10. 10. Religioni U, Czerw A, Sygit K. i wsp. Pain Management Strategies among Cancer Patients. Normalization of the CSQ (The Pain Coping Strategies Questionnaire) Form. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(2):1013.
--	---

Grupa skal	CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.A.8. Skala Rockalla	
Nazwa skali w języku angielskim	The Rockall Risc Score	
Skrót	--	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Timothy Rockall
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996; 38: 316-321.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena rokowania u chorych z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego [1]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego
	Struktura skali	Punktowa
	Orientacyjny czas badania	10-15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego z różnych przyczyn [2-9]. Krwawienie z przewodu pokarmowego u pacjenta pediatrycznego [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	W każdym wieku
	Miejsce badanych	Oddział szpitalny (gastroenterologia, chirurgia ogólna, internistyczny)
	Stan badanych	Możliwość wykonania badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia)
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści, kto? lekarze	
	Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		

Klucz do skali/ interpretacja wy- ników	Interpretacja przedendoskopowa										
	Wynik uzyskuje się po zsumowaniu punktów przed wykonaniem gastroskopii i jego interpretacja jest następująca.										
	liczba punktów	hospitalizacja	gastroskopia	rokowanie							
	0–2	oddział chorób wewnętrznych	do 24 godzin	ryzyko zgonu – 0,1%							
	≥3	decyzja po wykonaniu gastroskopii	pilnie	poważne							
	7			ryzyko zgonu – 50%							
	Interpretacja poendoskopowa										
Wynik uzyskuje się po zsumowaniu punktów po wykonaniu gastroskopii i jego interpretacja jest następująca:											
	liczba punktów	ryzyko nawrotu krwawienia [%]	ryzyko zgonu [%]								
	0	5	0								
	1	3	0								
	2	5	0								
	3	11	3								
	4	14	5								
	5	24	11								
	6	33	17								
	7	44	27								
	8+	42	42								
Ryzyko zgonu w zależności od liczby punktów w ocenie wstępnej											
	Punkty	0	1	2	3	4	5	6	7		
	Ryzyko zgonu (%)	0,2	2	6	11	25	40	49	50		
Ryzyko zgonu i nawrotu krwawienia w zależności od liczby punktów w ocenie ostatecznej											
	Punkty		0	1	2	3	4	5	6	7	8+
	Ryzyko zgonu (%)		0	0	0,2	3	5	11	17	27	41
	Ryzyko nawrotu krwawienia (%)		5	3	5	11	14	24	33	44	42
Formularz skali/ kwestionariusz											

Skala Rockalla do określania rokowania u chorych z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego				
Zmienna	Punkty			
	0	1	2	3
wiek (lata)	<60	60–79	≥80	
wstrząs	bez cech wstrząsu (SBP >100 mm Hg, tętno <100/min)	tachykardia (SBP >100 mm Hg, tętno >100/min)	hipotensja (SBP <100 mm Hg, tętno >100/min)	
choroby współistniejące	bez poważnych chorób		– niewydolność serca – choroba niedokrwienna serca – inne poważne choroby	– niewydolność nerek – niewydolność wątroby – rozsiany nowotwór złośliwy

rozpoznanie	– zespół Mallory’ego i Weissa – bez zmian – bez cech świeżego krwawienia	wszystkie inne rozpoznania	nowotwór złośliwy górnego odcinka przewodu pokarmowego	
cechy krwawienia w endoskopii	stopnie IIc i III wg Forresta		– krew w górnym odcinku przewodu pokarmowego – stopnie Ia–IIb wg Forresta	
<3 pkt – rokowanie dobre, 3–8 pkt – rokowanie pośrednie, >8 pkt – duże ryzyko zgonu				
SBP – ciśnienie tętnicze skurczowe				

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996; 38: 316-321. 2. Głowacki S, Komoń H, Kicki K. i wsp. Ocena skuteczność leczenia pacjentów z objawami krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Specjalistycznego w Siedlicach. Przegląd Gastroenterologiczny 2009; 4, 6: 316–320. 3. Ereeburg EM, Terwee CB, Snel P. et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut 1999;44:331–335. 4. Wong T. Postępowanie w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Medycyna po Dyplomie 2007;03:1-4. Dostępne w internecie: https://podyplomie.pl/medycyna/27628,postepowanie-w-krwawieniu-z-gornego-odcinka-przewodu-pokarmowego, Dostęp: 01.10.2022. 5. Marek T, Baniukiewicz A, Wallner G i wsp. (Grupa robocza konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii). Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżyłakowego. Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (1); 1-22. 6. Frías-Ordoñez JS, Rjona-Granados DS, Urrego-Díaz JA, et. al. Validation of the Rockall score in upper gastrointestinal tract bleeding in a Colombian tertiary hospital. Arq Gastroenterol 2022;59,1: 80-88. 7. Bessa X, O’Callaghan E, Ballest’e B. et al. Applicability of the Rockall score in patients undergoing endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding. Digestive and Liver Disease 2006;38:12–17. 8. Tasliderea B, Sonmeza E, Büşra Özcan A, Comparison of the quick SOFA score with Glasgow-Blatchford and Rockall scores in predicting severity in patients with upper gastrointestinal bleeding. American Journal of Emergency Medicine 2021;45:29–36. 9. Andrew C. Meltzer, Sarah Burnett, Carrie Pinchbeck et. al. Pre-endoscopic rockall and blatchford scores to identify which emergency department patients with suspected gastrointestinal bleed do not need endoscopic hemostasis. The Journal of Emergency Medicine, 2013;44,6:1083–1087. 10. Contreras-Omana R, Alfaro-Reynosob JA, Cruz-Chávez CE. et al. The Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) system vs. the Rockall score as mortality predictors in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: A multicenter prospective study. Revista de Gastroenterología de México. 2017;82(2):123-128.

III.1.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.B.1. Skala oceny i oceny kosmetyki blizn
Nazwa skali w języku angielskim	Scar Cosmesis Assessment and Rating (SCAR)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Jonathan Kantor
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Została początkowo opracowana do oceny liniowych nacięć po operacji. Ocena dokonywana jest na podstawie zdjęć. Składa się z sześciu pytań dotyczących klinicysty punktowanych przez obserwatorów oraz, na które odpowiada pacjent, z punktacją w zakresie od 0 (najlepsza możliwa blizna) do 15 (najgorsza możliwa blizna), oparta na 6 elementach klinicznych i 2 prostych pytaniach dla pacjenta dotyczących objawów (swędzenie i ból) z opcjami odpowiedzi tak/ nie. Skala ta obejmuje obiektywne miary i objawy zgłaszane przez pacjentów. Oceniano blizny po zabiegach chirurgicznych, w tym te wykonywane przez dermatologów, chirurgów plastycznych i chirurgów ogólnych.
Źródło bibliograficzne	Kantor J. The SCAR (Scar Cosmesis Assessment and Rating) scale: development and validation of a new outcome measure for postoperative scar assessment. Br J Dermatol 2016; 175:1394–1396. Roh MR. The SCAR (SCAR Cosmesis assessment and rating) scale: new evaluation method for postoperative scars. Br J Dermatol. 2016;175(6):1151–2
Źródło on-line	https://assets.researchsquare.com/files/rs-34582/v1/0814ae7d-a1fa-425f-adb4-9c2f8c990c85.pdf?c=1631842982
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.B.2. Skala Postaw Pacjenta wobec Blizny
Nazwa skali w języku angielskim	Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Jonathan Kantor
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Dziesięciopunktowa skala strukturalna, gdzie pacjenci oceniają na skali 11 punktowej od 0 (wcale nie ważne) do 10 (najważniejsze) odczucia związane z obecnością blizny. Wykorzystywana w dermatologii, ale wg twórców może być wykorzystana również w chirurgii ogólnej.
Źródło bibliograficzne	Kantor J. Utilizing the Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS) to develop an outcome measure for postoperative scarring: A study in 430 patients. Journal of the American Academy of Dermatology 2016;74,6:1280–1281.
Źródło on-line	https://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)00106-7/fulltext#secsectitle0010 http://www.jaad.org
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.B.3. Skala oceny ryzyka urazów związanych z ułożeniem pacjenta podczas zabiegu chirurgicznego
Nazwa skali w języku angielskim	Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning – ELPO

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Camila Mendonça de Moraes LopesVanderlei José HaasRosana Aparecida Spadoti DantasCheila Gonçalves de OliveiraCristina Maria Galvão
Państwo	Brazylia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Zawiera siedem pozycji, z których każda przedstawia pięć podpunktów (skala Likerta od 1 – całkowicie się nie zgadzam do 5 – całkowicie się zgadzam). Wynik skali mieści się w przedziale od 7 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe ryzyko urazu pacjenta. Badanie prowadzone na bloku operacyjnym, ELPO należy zakładać, gdy pacjent jest ułożony na stole operacyjnym; przy punktowaniu każdej pozycji należy brać pod uwagę najwyższą punktację odpowiadającą pozycji.
Źródło bibliograficzne	Mendonça de Moraes Lopes C, Haas VJ, Spadoti Dantas RA. Et al. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2704 DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704. Lopes do Nascimento FC, Soares Rodrigues MC. Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2020;28 DOI.org/10.1590/1518-8345.2912.3261.
Źródło on-line	https://www.scielo.br/j/rlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfc9C/?lang=en

III.1.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.1. Skala oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych Skala P-POSSUM – ulepszona modyfikacja skali POSSUM Skala V-POSSUM – modyfikacja skali POSSUM dla operacji naczyniowych
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity – POSSUM
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Graham Paul Copeland
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Opracowana w celu dokładniejszej oceny ryzyka powikłań i zgonów w zależności od wykonywanej procedury chirurgicznej i stanu chorego przed zabiegiem operacyjnym. W skali ujęto 12 zmiennych fizjologicznych i 6 czynników operacyjnych, które stwarzają zagrożenie zgonem w okresie okołoperacyjnym. Istotny jest fakt, że zespół leczący może wpływać na poprawę tych zmiennych dzięki odpowiedniemu przygotowaniu chorego do zabiegu. Poszczególne czynniki cechuje współczynnik wpływu zależny od ich wartości. Ryzyko zgonu i wystąpienia powikłań obliczono, stosując regresję logistyczną. Zmienne fizjologiczne: Wiek chorego Stan układu krążenia Stan układu oddechowego Skurczowe ciśnienie tętnicze Tętno Skala śpiączki Glasgow Stężenie hemoglobiny Liczba leukocytów Stężenie mocznika w surowicy Stężenie sodu w surowicy Stężenie potasu w surowicy

	Rytm serca Czynniki operacyjne: Rodzaj zabiegu Zabieg jednokrotny lub wielokrotny Przewidywana utrata krwi Zakażenie otrzewnej Rozległość zmian nowotworowych Pilność zabiegu. W niektórych ośrodkach są wykorzystywane zmodyfikowane skale oceny ryzyka operacyjnego P-POSSUM, ponieważ uważa się, że skala oryginalna zawyża to ryzyko w grupie chorych z niewielkimi obciążeniami. Opracowano również warianty oceny skali dla różnych zabiegów chirurgicznych, np. V-POSSUM dla operacji naczyniowych.
Źródło bibliograficzne	1. Kącka A, Piotrowski M. Ryzyko operacyjne u chorych z otyłością olbrzymią. Chirurgia po Dyplomie 2014;04. Dostępny w Internecie: https://po-dyplomie.pl/chirurgia/16713,ryzyko-operacyjne-u-chorych-z-otyloscia-olbrzymia. Dostęp 28.09. 2022. 2. Zając M, Zając K, Hładki W. Czynniki ryzyka u chorych w podeszłym wieku leczonych w oddziale intensywnej terapii z powodu ostrej choroby chirurgicznej w zakresie jamy brzusznej spowodowanej dysfunkcją przewodu pokarmowego. Ostry Dyżur 2011; 4,2:73-80. 3. Kisa NG, Kisa E, Cevik BE. Prediction of Mortality in Patients After Oncologic Gastrointestinal Surgery: Comparison of the ASA, APACHE II, and POSSUM Scoring Systems. Cureus. 2021 Mar 4;13(3):e13684. Doi: 10.7759/cureus.13684.
Źródło on-line	https://www.sga.waw.pl/possum/
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.2. Klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żyłnej
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	CEAP – Clinical Etiologic Anatomic Pathophysiologic
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Efekt pracy międzynarodowego komitetu American Venous Forum
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Stanowi kompleksowy system klasyfikacji, który ułatwia diagnozowanie i porównywanie różnych przypadków przewlekłych zaburzeń żylnych. Skala CEAP uwzględnia podział kliniczny (clinical – C), etiologiczny (etiological – E), anatomiczny (anatomical – A) i patofizjologiczny (pathophysiological – P)
Źródło bibliograficzne	Jaroszyński A, Zubilewicz R, Przewlekła choroba żylna. Forum Medycyny Rodzinnej 2015;9(5): 400-404.
Źródło on-line	file:///C:/Users/wum/Downloads/44054-81333-1-SM.pdf
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.3. Skala przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine’a
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Fontaine classification
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	dr René Fontaine’a

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Klasyfikacji tej często towarzyszy wskaźnik ABI, który wyraża stosunek ciśnienia na tętnicy stopy do wyższego z ciśnień zmierzonych na obu tętnicach ramiennych (prawidłowa wartość wskaźnika wynosi 0,9-1,15). Skala Fontaine'a podzielona jest na IV stopnie. Stopień I Bezobjawowy. U większości pacjentów nie występują istotne dolegliwości kliniczne, natomiast może dochodzić do mrowienia czy drętwienia kończyn i parestezji. Obserwowana jest również zwiększona wrażliwość kończyn na zimno. Niekiedy obserwowane są siniaki nad naczyniami krwionośnymi, a także brak tętna. (ABI: 0,89-0,7) Stopień II Ten etap uwzględnia fakt, iż pacjenci zwykle po pokonaniu określonego dystansu odczuwają ból. Stopień Iia – chromanie przestankowe o niewielkim nasileniu – dystans chromania powyżej 200 m. (ABI: 0,69-0,41); Stopień Iib – umiarkowane bądź ciężkie chromanie – dystans chromania poniżej 200 m. Stopień III Ten stopień charakteryzuje się występowaniem niedokrwienych bóli spoczynkowych, a także deficytem ukrwienia, który jest najwyższy w dystalnych częściach kończyn. Ból spoczynkowy jest szczególnie dokuczliwy dla pacjentów w nocy. (ABI: 0,4-0,2). Stopień IV Ostatni stopień zaawansowania niedokrwienia kończyn objawia się występowaniem zmian martwiczych, owrzodzeń niedokrwienych, zgorzeli i uszkodzeniem tkanek. Ponadto pacjenci odczuwają bardzo silne bóle spoczynkowe. (ABI: <0,2)
Źródło bibliograficzne	Krasiński Z, Gaciong ZA, Szymański FM. i wsp. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące leczenia zachowawczego u pacjentów z chorobą tętnic kończyn dolnych. Acta Angiol 2019; 25, 2:77–114.
Źródło on-line	https://pl.wikipedia.org/wiki/Klasyfikacja_Fontaine%E2%80%99a
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.4.Skala Wellsa
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Well's Scoring
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Philip Steven Wells
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Wellsa skonstruowana jest z dwóch części: oceny prawdopodobieństwa zakrzepicy żył głębokich i oceny ryzyka zatorowości płucnej. Każdy z czynników ryzyka zakrzepicy żył głębokich wg skali Wellsa punktowany jest tak samo (1 pkt.). Pod uwagę zostały wzięte najważniejsze czynniki sprzyjające schorzeniu. Jeśli symptomatologia przypomina z równym prawdopodobieństwem inną chorobę niż ZŻG, w skali odejmowane są 2 punkty. Wynik interpretuje się następująco: jeśli liczba punktów jest mniejsza lub równa 0 – ryzyko zakrzepicy jest małe, 1 lub 2 punkty w skali oznaczają ryzyko pośrednie, natomiast jeśli liczba punktów jest większa lub równa 3 – istnieje duże prawdopodobieństwo zakrzepicy.
Źródło bibliograficzne	1. Życińska K, Wiktorowicz M, Tomasik D. i wsp. Przydatność skal prognostycznych w diagnostyce zatorowości płucnej. Family Medicine & Primary Care Review 2013; 15, 3: 426–429.

	2. Mikocka J, Sielski J. Jak rozpoznajemy ostrą zatorowość płucną na Oddziałach Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego? Folia Cardiologica 2018; 13, 4: 309–317.
Źródło on-line	https://medycynaistatystyka.pl/skala-wellsa-zakrzepica-zyl-glebokich
Przykład 5.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.5. Ocena ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym, skala Capriniego
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Caprini score
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Joseph Caprini
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Capriniego dotyczy chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym. Caprini wziął pod uwagę wiele czynników sprzyjających rozwojowi ŻChZZ i podzielił je na 4 grupy. Pierwsza grupa jest najliczniejsza, a każdy czynnik oceniany jest w skali na 1 pkt. Elementy w drugiej grupie punktowane są po 2 punkty, a w trzeciej – po 3 punkty. Czynniki w czwartej grupie są oceniane najwyżej (5 pkt.). Należą do nich: stan po świeżo przeżytym udarze mózgu, poważny uraz miednicy lub kończyny dolnej, zabieg alloplastyki stawu oraz przeżyty niedawno ostry uraz rdzenia kręgowego. W zależności od sumy punktów, oceniane jest nie tylko ryzyko incydentu zakrzepowo-zatorowego, ale zalecana jest również odpowiednia profilaktyka. Jeśli pacjent otrzymał w skali 0 punktów, prawdopodobieństwo ŻChZZ jest bardzo małe i nie zaleca się profilaktyki farmakologicznej i mechanicznej – z wyjątkiem wczesnego uruchamiania. W przypadku gdy wynik wynosi 1-2 punkty zalecana jest profilaktyka mechaniczna. Jeśli pacjent otrzymał 3-4 punkty, a ryzyko powikłań krwotocznych jest małe, zaleca się wdrożenie profilaktyki farmakologicznej lub mechanicznej.
Źródło bibliograficzne	Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Książek J. Opis wybranych narzędzi diagnostycznych w ocenie ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Pielęgniarstwo XXI wieku 2016;15,1:5-8.
Źródło on-line	https://medycynaistatystyka.pl/zmodyfikowana-skala-capriniego
Przykład 6.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.6. Skala oceny rany nowotworowej
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Malignant Cutaneous Wound – MCW
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Haisfield-Wolfe Mary Ellen, Baxendale-Cox Lynn M. [1]
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala oceniająca głębokość i poziom uszkodzenia tkanek, szczególnie ran nowotworowych [1-3]

Źródło bibliograficzne	Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. <i>Oncol Nurs Forum</i> 1999;26(6):1055–1064. Bazaliński D, Więch P, Chmiel Z. i wsp. Metody oceny i postępowanie z raną nowotworową – przegląd piśmiennictwa. <i>Leczenie Ran</i> 2011;8(4):103–115. Grocott P, Browne N, Richardson A. Paliatywne leczenie ran: optymalizacja stosowania systemów klasyfikacyjnych. <i>Polska Medycyna Paliatywna</i> 2004;1:45–56. Seaman S. Management of Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer Seminars in Oncology Nursing, 2006;22,3:185–193. Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> 2002;8,2:1-6.
Źródło on-line	https://daspecjalistow.mojarana.pl/ktualności/ocena-rany-nowotworowej
Przykład 7.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.7. Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	Studio Alterazioni Cutanee Stomali - SACS
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	<i>Bosio G., Pisani F., Fonti A., Scrocca A., Morandell C., Anselmi L., Antonini M., Militello G., Mastronicola G., Gasperini S., Lucibello L.</i>
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie pozwalające na wprowadzenie ustandaryzowanej terminologii służącej ocenie i klasyfikacji zmian skórnych wokół stomii oraz ich lokalizacji. Uniwersalny system pozwalający na obiektywną ocenę zmian skórnych wokół stomii. W pierwszej kolejności należy ocenić zmianę skórą, którą oznaczamy literą L. Istnieje 5 kategorii zmian. Następnie topografię czyli położenie zmiany względem słuzówki stomii, którą oznaczamy literą T w pięciostopniowej skali. Topografia wskazuje kwadranty okołostomijne, na których znajduje się zmiana. Przy wyznaczaniu kwadrantów stosujemy orientację wg tarczy zegara.
Źródło bibliograficzne	Bosio G, Pisani F, Fonti A. et. al. Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee post-enterostomie (SACS). <i>Classificazione delle alterazioni peristomali</i> . <i>G Chir</i> 2006;27,617:251-254. Antonini M, Militello G, Manfreda S. et al. A revised version of the original SACS scale for peristomal skin disorders classification. <i>World Council of Enterostomal Therapists Journal</i> , 2016; 36,3: 22-29.
Źródło on-line	https://ptps.pl/narzedzie-sacs/
Przykład 8.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.8. Skala Ransona/ kryteria Ransona
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	Ranson scale/Ranson criteria
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	John Ranson
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Ransona to kryteria rozpoznania i oceny przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Ocena dokonywana jest po przyjęciu pacjenta do szpitala, a po raz drugi po upływie 48 godzin. Kryteria Ransona obejmują 11 klinicznych i laboratoryjnych parametrów, których oceny dokonuje się dwukrotnie w trakcie tej samej hospitalizacji.

Źródło bibliograficzne	Basit H, Ruan GJ, Mukherjee S. Ranson Criteri. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.2021 Sep 28.
Źródło on-line	https://medycynaistatystyka.pl/kryteria-ransona
Przykład 9.	
Nazwa skali w języku polskim	III.1.C.9.Podstawowa ocena zaawansowania i ciężkości zakażenia w zespole stopy cukrzycowej
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	The perfusion, extent, depth, infection and sensation -PEDIS
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF)
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala PEDIS ocenia ukrwienie kończyny, wielkość i głębokość rany, obecność zakażenia i utratę czucia, wyodrębniając 4 stopnie zaawansowania zmian klinicznych zespołu stopy cukrzycowej. Została opracowana głównie do celów badawczych i nie została jeszcze zwalidowana w praktyce klinicznej pod względem rokowania. pod względem klinicznym.
Źródło bibliograficzne	Chuan F, Tang K, Jiang P, Zhou B, He X. Reliability and validity of the perfusion, extent, depth, infection and sensation (PEDIS) classification system and score in patients with diabetic foot ulcer. LoS One. 2015 Apr 13;10(4):e0124739
Źródło on-line	https://www.mp.pl/interna/table/B16.13.4-4 .

III.2. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

Lukasz Murlikiewicz, Sylwia Benirowska

*Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

III.2.A. Wykaz skal powszechnie stosowanych

III. 2. A. 1. Trauma Index

III. 2. A. 2. Skala Glasgow-Blatchford

III. 2. A. 3. Skale ryzyka krwawienia podczas leczenia
przeciwwkrzepliowego (HAS- BLED)

III. 2. A. 4. Skala Balthazara (CTSI)

III. 2. A. 5. Skale oceny lęku przedoperacyjnego

III. 2. A. 6. Skala Boston - Ocena przygotowania jelita do kolonoskopii
(BBPS)

III. 2. A. 7. Klasyfikacja Forresta do oceny ryzyka nawrotu krwawienia
z gopp

III. 2. A. 8. Klasyfikacja Los Angeles oceny nasilenia nadżerkowego
zapalenia przełyku.

III. 2. A. 9. Skala Padewska Oceny Ryzyka (ŻChZZ)

III. 2. A. 10. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala
Jorge-Wexnera (Skala Cleveland)

III. 2. A. 11. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala
Rockwooda –Fecal Incontinence Severity Index (FISI)

III. 2. A. 12. Ocena stanu obrażeń u pacjenta w okresie pourazowym
(RTS)

III.2.A. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	Skala ciężkości urazów
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	III.2.A.1. Trauma Index
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kirkpatrick JR, Youmans RL. Trauma Index: An aide to the evaluation of injury victims. J Trauma. 1971;11:711-14
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala ma zastosowanie podczas szybkiej oceny stanu pacjenta po urazie. Wskaźnik urazu pozwala na szybką ocenę na podstawie punktacji – 1 punkt oznacza uraz mały, (3-4) punkty – uraz umiarkowany, natomiast 6 – uraz duży.
Źródło bibliograficzne	1. Nino Šikić, MD, Želimir Korać, PhD, Ivan Krajačić, MD, Josip Žunić, PhD, War Abdominal Trauma: Usefulness of Penetrating Abdominal Trauma Index, Injury Severity Score, and Number of Injured Abdominal Organs as Predictive Factors, <i>Military Medicine</i>, Volume 166, Issue 3, March 2001, s. 226–230 2. Milholland AV, Cowley RA, Sacco WJ, Development and prospective study of an Anatomical Index and an Acute Trauma Index, <i>The American Surgeon</i>, 01 Apr 1979, s. 246-254 3. Kahraman, Sibel MD; Hu, Peter MS; Stein, Deborah M. MD, MPH; Stansbury, Lynn G. MD, MPH; Dutton, Richard P. MD, MBA; Xiao, Yan PhD; Hess, John R. MD, MPH; Scalea, Thomas M. MD, Dynamic Three-Dimensional Scoring of Cerebral Perfusion Pressure and Intracranial Pressure Provides a Brain Trauma Index That Predicts Outcome in Patients With Severe Traumatic Brain Injury, <i>The Journal of Trauma</i>, March 2011 s. 547-553 4. Hedges JR, Sacco WJ, Champion HR, An analysis of prehospital care of blunt trauma, <i>The Journal of Trauma</i>, 01 Dec 1982, 22(12):989-993 5. William J. Sacco, Arthur V. Milholland, William P. Ashman, Conrad L. Swann-Larry M. Sturdivan, R. Adams, Cowley, Howard R. Champion, William Gill, William B. Long, T. C. McAslan, <i>Computers in Biology and Medicine</i> Volume 7, Issue 1, January 1977, s. 9-20 6. Aldemir M , Taçyildiz I, Girgin S, Predicting Factors for Mortality in the Penetrating Abdominal Trauma, <i>Acta Chirurgica Belgica</i> ,2004, s. 429-434 7. Edward E. Cornwell III M.D., William R. Dougherty M.D., Thomas V. Berne M.D., George Velmahos M.D., Ph.D., James A. Murray M.D., Santiago Chahwan M.D., Howard Belzberg M.D., Andres Falabella M.D., Irma R. Morales R.N., Juan Asensio M.D. Demetrios Demetriades M.D., Ph.D., Duration of antibiotic prophylaxis in high-risk patients with penetrating abdominal trauma: A prospective randomized trial, <i>Journal of Gastrointestinal Surgery</i> , 1999, 648–653
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.2. Glasgow-Blatchford Score
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	Glasgow-Blatchford Bleeding Score

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Oliver Blatchford, MD, PhD
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala ma zastosowanie w ocenie ryzyka krwawienia u pacjentów przed badaniem endoskopowym. Pacjent otrzymujący od 0 do 1 punktów nie wymaga hospitalizacji, badanie endoskopowe można wykonać w warunkach ambulatoryjnych- planowych. Chorzy z wynikiem powyżej 2 punktów wymagają hospitalizacji.
Źródło bibliograficzne	1. Rahman A, Guan J, Khalid S,Munaf A, Mohammad S, Idrisov E, Xiaoping H, Machavarapu A ,Abusaada K, Both Full Glasgow-Blatchford Score and Modified Glasgow-Blatchford Score Predict the Need for Intervention and Mortality in Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding, Digestive Diseases and Sciences 2018 63, s. 3020–3025 2. Kim M.S, Choi J,Won ChS, AIMS65 scoring system is comparable to Glasgow-Blatchford score or Rockall score for prediction of clinical outcomes for non-variceal upper gastrointestinal bleeding, BMC Gastroenterology ,2019, Article number: 136 3. Custovic N, Husic-Selimovic A, Srsen N, Prohic D, Comparison of Glasgow-Blatchford Score and Rockall Score in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding, Med Arch. 2020 ; 74(4): 270–274. 4. Mohamed D, Abdel Rahman A, Glasgow-Blatchford versus Rockall Scoring Systems for Predicting Outcomes of Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding, American Journal of Nursing Research, 2021, Vol. 9, No. 6, 191-199 5. Duan Z, Zhou SW, Niu Z, Use of the Glasgow-Blatchford score during the COVID-19 pandemic needs more rigorous research, Endoscopy 2021; 53(02): 209
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.3. Skala HAS-BLED (znana również jako skala krwawień Birmingham)
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	HAS- BLED
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Ron Pisters I, Deirdre A Lane, Robby Nieuwlaat, Cees B de Vos, Harry J G M Crijns, Gregory Y H Lip
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	HAS-BLED (Birmingham) ^l ma zastosowanie w ocenie ryzyka krwawień u chorych z migotaniem przedsionków w trakcie terapii przeciwkrzepliwych antagonistami witaminy K. Duże ryzyko krwawienia występuje przy wyniku poniżej 3 punktów.
Źródło bibliograficzne	1. Zhu W , He W, Guo L, Wang X, Hong K, The HAS-BLED Score for Predicting Major Bleeding Risk in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-analysis, Clin Cardiol, 2015 Sep;38(9):555-61 2. Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane DA. Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/ Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. J Am Coll Cardiol. 2011 Jan 11;57(2):173-80

	- Gao X, Cai X, Yang Y, Zhou Y, Zhu W. Diagnostic Accuracy of the HAS-BLED Bleeding Score in VKA- or DOAC-Treated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Cardiovasc Med.</i> 2021;8:757087 - Zeng J, Yu P, Cui W, Wang X, Ma J, Zeng C. Comparison of HAS-BLED with other risk models for predicting the bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: A PRISMA-compliant article. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2020 Jun 19;99 - Mueller K, Bernaitis N, Badrick T, Anoopkumar-Dukie S. HAS-BLED Predicts Warfarin Control in Australian Patients treated for Deep Vein Thrombosis. <i>Basic Clin Pharmacol Toxicol.</i> 2017 Mar;120(3):299-302
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.4. ISkala Balthazara
Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	CTSI (Computed Tomography Severity Index) - skala Balthazara Balthazar computed tomography severity index
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Balthazar EJ
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Balthazara ma zastosowanie podczas oceny radiologicznej rozległości martwicy trzustki, wykorzystywana jest podczas opisu tomografii komputerowej jamy brzusznej.
Źródło bibliograficzne	- Petrescu GS, Georgescu I, Petrescu AM, Rădulescu D, Petrescu MO, Pătrașcu Ș. Balthazar Score and Neutrophil-Lymphocytes Ratio in Acute Pancreatitis. <i>Curr Health Sci J.</i> 2019 Jul-Sep;45(3):316-320 - Cheng T, Han TY, Liu BF, Pan P, Lai Q, Yu H, Cao Y. Use of Modified Balthazar Grades for the Early Prediction of Acute Pancreatitis Severity in the Emergency Department. <i>Int J Gen Med.</i> 2022;15:1111-1119 - Leung TK, Lee CM, Lin SY, Chen HC, Wang HJ, Shen LK, Chen YY. Balthazar computed tomography severity index is superior to Ranson criteria and APACHE II scoring system in predicting acute pancreatitis outcome. <i>World J Gastroenterol.</i> 2005 Oct 14;11(38):6049-52 - Kiyak M, Tanoglu A. Comparison of the Efficacy of Balthazar Score and C-Reactive Protein-Albumin Ratio for Determination of Acute Pancreatitis Severity. <i>Curr Health Sci J.</i> 2022 Jan-Mar;48(1):81-87 - Yencilek E, Telli S, Tekesin K, Ozgür A, Cakır O, Türkoğlu O, Meriç K, Simşek M. The efficacy of diffusion weighted imaging for detection of acute pancreatitis and comparison of subgroups according to Balthazar classification. <i>Turk J Gastroenterol.</i> 2014 Oct;25(5):553-7
Przykład 5	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.5. Skale oceny lęku przedoperacyjnego
Nazwa skali w języku angielskimNazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	State Trait Anxiety Inventory (STAI-X1- STAI – X2)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Charles Spielberger STAI, R.L. Gorsuch, and R.E. Lushene

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	State Trait Anxiety Inventory służy do oceny lęku przed zabiegiem operacyjnym. Zawiera dwie niezależne podskale, na które składa się 40 pozycji: 20 z nich służy ocenie lęku — stanu (podskala STAI-X1), czyli lęku uwarunkowanego sytuacyjnie, odczuwanego w chwili badania, kolejnych 20 służy ocenie lęku — cechy (podskala STAI-X2), rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Wynik minimalny to 20 punktów, maksymalny — 80 punktów. Wyższa liczba punktów świadczy o większym poziomie lęku.
Źródło bibliograficzne	1. Kim YH, Choi WJ. Effect of preoperative anxiety on spectral entropy during induction with propofol. <i>Korean J Anesthesiol.</i> 2013 Aug;65(2):108-13 2. Katsohiraki M, Pouloupoulou S, Fyrfiris N, Koutelekos I, Tsiotinou P, Adam O, Vasilopoulou E, Kapritsou M. Evaluating Preoperative Anxiety Levels in Patients Undergoing Breast Cancer Surgery. <i>Asia Pac J Oncol Nurs.</i> 2020 Oct-Dec;7(4):361-364 3. Rocca P, Cocuzza E, Rasetti R, Rocca G, Zanalda E, Bogetto F. Predictors of psychiatric disorders in liver transplantation candidates: logistic regression models. <i>Liver Transpl.</i> 2003 Jul;9(7):721-6 4. Sargin M, Uluer M. The effect of pre-procedure anxiety on sedative requirements for sedation during upper gastrointestinal endoscopy. <i>Turk J Surg.</i> 2020 Dec;36(4):368-373 5. Płotek W, Pielok J, Cybulski M, Samborska R. Emotional processes in patients undergoing coronary artery bypass graft surgeries with extracorporeal circulation in view of selected indicators of the inflammatory condition. <i>Med Sci Monit.</i> 2015 Jan 9;21:105-1
Przykład 6	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.6. Skala boston
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	The Boston Bowel Preparation Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Edwin J. Lai, MD, Audrey H. Calderwood, MD, Gheorghe Doros, PhD, Oren K. Fix, MD, MSc, and Brian C. Jacobson, MD, MPH, FASGE
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Boston stosowana jest do oceny przygotowania jelita grubego do badania kolonoskopowego. BBPS opiera się na ocenie każdego z trzech segmentów jelita grubego: lewego - odbytnica, esica i zstępnica, środkowego - zagięcie wątrobowe, poprzeczna, zagięcie śledzionowe
Źródło bibliograficzne	1. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK, Jacobson BC. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2009 Mar;69(3 Pt 2):620-5 2. Lu W, Zhou K, Cai C, He Y, Jiang H, Li X. Effects on BBPS score with bowel preparation time and dosage. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2022 Jul 8;101(27) 3. Clark BT, Protiva P, Nagar A, Imaeda A, Ciarleglio MM, Deng Y, Laine L. Quantification of Adequate Bowel Preparation for Screening or Surveillance Colonoscopy in Men. <i>Gastroenterology.</i> 2016 Feb;150(2):396-405 4. Jain D, Momeni M, Krishnaiah M, Anand S, Singhal S. Importance of reporting segmental bowel preparation scores during colonoscopy in clinical practice. <i>World J Gastroenterol.</i> 2015 Apr 7;21(13):3994-9

	5. Calderwood AH, Jacobson BC. Comprehensive validation of the Boston Bowel Preparation Scale. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2010 Oct;72(4):686-92 6. Dikkanoğlu B, Duman AE, Hülaga S. Effect of physician-provided education on the quality of bowel preparation. <i>Acta Gastroenterol Belg.</i> 2021 Jul-Sep;84(3):407-41
Przykład 7	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.7. Klasyfikacja Forresta
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeszcze dotyczy</i>)	Forrest classification
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	John A.H. Forrest
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Forresta – ma zastosowanie w klasyfikacji krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Używana jest do celów porównawczych oraz kwalifikacji pacjentów do leczenia endoskopowego.
Źródło bibliograficzne	1. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanan A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I, Arezzo A, Hoffmann RT, Lesur G, de Franchis R, Aabakken L, Veitch A, Radaelli F, Salgueiro P, Cardoso R, Maia L, Zullo A, Cipolletta L, Hassan C. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. <i>Endoscopy.</i> 2015 Oct;47(10):a1-46 2. Yen HH, Wu PY, Wu TL, Huang SP, Chen YY, Chen MF, Lin WC, Tsai CL, Lin KP. Forrest Classification for Bleeding Peptic Ulcer: A New Look at the Old Endoscopic Classification. <i>Diagnostics (Basel).</i> 2022 Apr 24;12(5) 3. Lan T, Tong H, Qian S, Wei B, Huang Z, Wu H, Tan Q, Gao J, Bai S, Gong H, Jiang T, Yang J, Zhang Q, Hu B, Tang C. Prophylactic transcatheter angiographic embolization reduces Forrest IIa ulcer rebleeding: A retrospective study. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2021 Mar 19;100(11) 4. Yang EH, Wu CT, Kuo HY, Chen WY, Sheu BS, Cheng HC. The recurrent bleeding risk of a Forrest IIc lesion at the second-look endoscopy can be indicated by high Rockall scores ≥ 6. <i>Surg Endosc.</i> 2020 Apr;34(4):1592-1601 5. Lee JY, Kim CG, Cho SJ, Kim YI, Choi IJ. Is the Reinitiation of Antiplatelet Agents Safe at 1 Week after Gastric Endoscopic Submucosal Dissection? Assessment of Bleeding Risk Using the Forrest Classification. <i>Gut Liver.</i> 2017 Jul 15;11(4):489-496 6. Kim DS, Jung Y, Rhee HS, Lee SJ, Jo YG, Kim JH, Park JM, Chung IK, Cho YS, Lee TH, Park SH, Kim SJ. Usefulness of the Forrest Classification to Predict Artificial Ulcer Rebleeding during Second-Look Endoscopy after Endoscopic Submucosal Dissection. <i>Clin Endosc.</i> 2016 May;49(3):273-8
Przykład 8	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.8. Klasyfikacja Los Angeles
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeszcze dotyczy</i>)	The Los Angeles Classification ¹ for severity grading of reflux esophagitis

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lars R. Lundell, MD, PhD David Armstrong, MA, MB
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Klasyfikacja Los Angeles służy do oceny nasilenia nadżerkowego zapalenia przełyku oraz ocena nasilenia zmian w chorobie refluksowej przełyku.
Źródło bibliograficzne	1. Kasyap AK, Sah SK, Chaudhary S. Clinical spectrum and risk factors associated with asymptomatic erosive esophagitis as determined by Los Angeles classification: A cross-sectional study. PLoS One. 2018;13(2) 2. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, Johnson F, Hongo M, Richter JE, Spechler SJ, Tytgat GN, Wallin L. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Gut. 1999 Aug;45(2):172-80 3. Lee SH, Jang BI, Kim KO, Jeon SW, Kwon JG, Kim EY, Jung JT, Park KS, Cho KB, Kim ES, Park CG, Yang CH. Endoscopic experience improves interobserver agreement in the grading of esophagitis by Los Angeles classification: conventional endoscopy and optimal band image system. Gut Liver. 2014 Mar;8(2):154-9 4. Nguyen AD, Spechler SJ, Shuler MN, Souza RF, Dunbar KB. Unique Clinical Features of Los Angeles Grade D Esophagitis Suggest That Factors Other Than Gastroesophageal Reflux Contribute to its Pathogenesis. J Clin Gastroenterol. 2019 Jan;53(1):9-14 5. Junko F, Moore D, Omari T, Seiboth G, Abu-Assi R, Hammond P, Couper R. Multichannel impedance monitoring for distinguishing nonerosive reflux esophagitis with minor changes on endoscopy in children. Ther Adv Gastrointest Endosc. 2021 Jan-Dec;14
Przykład 9	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.9. Skala Padewska -Oceny Ryzyka ŻChZZ
Nazwa skali w języku angielskimNazwa skali w języku angielskim/(Jeśli dotyczy)	The Padua Prediction Score was developed to estimate risk of venous thromboembolism (VTE)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	S Barbar I, F Noventa, V Rossetto, A Ferrari, B Brandolin, M Perlati, E De Bon, D Tormene, A Pagnan, P Prandoni
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Padewska jest stosowana w ocenie ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u chorych hospitalizowanych.
Źródło bibliograficzne	1. Wilkowska A, Kujawska-Danecka H, Hajduk A, Ryzyko i profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. Przegląd badań, Psychiatr. Pol. 2018; 52(3): 421–435 2. Nowicki GJ, Chrzan-Rodak A, Barańska M, Ślusarska BJ,Barbara Niedorys B, Zboina B, Risk of venous thromboembolism in patients hospitalized in an orthopedic department, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2021; 1: 51-59

	- Ciebiada M, Barylski M, Kierszniewska-Stępień D, Górską-Ciebiada M, Profilaktyka pierwotna żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u osób w podeszłym wieku, Geriatria 2012; 6: 144-152 - Windyga J, Profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów chorych na nowotwór złośliwy niepoddawanych operacjom chirurgicznym, Via Medica, y 2015, volume 65, number 4, 257–265 - Windyga J, Profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u chorych na raka medycznego, Journal of Oncology 2015;65(4):257-265
--	--

Przykład 10

Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.10. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca
Nazwa skali w języku angielskimNazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	Jorge-Wexnera (Skala Cleveland)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Jorge J.M., Wexner S.D
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Jorge-Wexnera (Skala Cleveland) ma zastosowanie przy ocenie nietrzymania stolca. Składa się z pięciu punktów, pacjent musi udzielić odpowiedzi na warianty: nigdy, rzadko, czasami, często, zawsze. Wynik 0 oznacza doskonałą kontrolę nad trzymaniem stolca, a 20 punktów świadczy o całkowitym nietrzymaniu stolca.
Źródło bibliograficzne	- Devesa JM, Vicente R, Abaira V. Visual analogue scales for grading faecal incontinence and quality of life: their relationship with the Jorge-Wexner score and Rockwood scale. Tech Coloproctol. 2013 Feb;17(1):67-71. - Fonseca AM, Meinberg MF, Lucas DV, Monteiro MV, Figueiredo EM, Fonseca L, Filho AL. Cultural adaptation and validation of the Wexner scale in patients with anal incontinence in a Brazilian population. Int Urogynecol J. 2016 Jun;27(6):959-63 - Heitmann PT, Rabbitt P, Schlothe A, Patton V, Skuza PP, Wattochow DA, Dinning PG. Relationships between the results of anorectal investigations and symptom severity in patients with faecal incontinence. Int J Colorectal Dis. 2019 Aug;34(8):1445-1454 - García-Botello S, Garcés-Albir M, Espi-Macias A, Moro-Valdezate D, Pla-Martí V, Martín-Arevalo J, Ortega-Serrano J. Sphincter damage during fistulotomy for perianal fistulae and its relationship with faecal incontinence. Langenbecks Arch Surg. 2021 Nov;406(7):2497-2505 - Picaud O, Beyer-Berjot L, Parc Y, Karsenty G, Creavin B, Berdah S, Lefevre JH. Laparoscopic rectal dissection preserves erectile function after ileal pouch-anal anastomosis: a two-centre study. Colorectal Dis. 2021 Jan;23(1):123-131 - Lamblin G, Bouvier P, Damon H, Chabert P, Moret S, Chene G, Mellier G. Long-term outcome after overlapping anterior anal sphincter repair for fecal incontinence. Int J Colorectal Dis. 2014 Nov;29(11):1377-83 - Winiarski M, Józwiak D, Pusty M, Dziki A. Zadowolenie z życia po operacji wypadania odbytnicy. Pol Przegl Chir . 2013 styczeń; 85 (1) :29-34

Przykład 11

Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.11. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca
Nazwa skali w języku angielskimNazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	Rockwooda –Fecal Incontinence Severity Index (FISI)

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	T H Rockwood ¹ , J M Church, J W Fleshman, R L Kane, C Mavrantonis, A G Thorson, S D Wexner, D Bliss, A C Lowry
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie, które może być wykorzystane do oceny nasilenia nietrzymania stolca.
Źródło bibliograficzne	1. Lamblin G, Bouvier P, Damon H, Chabert P, Moret S, Chene G, Mellier G. Long-term outcome after overlapping anterior anal sphincter repair for fecal incontinence. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2014 Nov;29(11):1377-83 2. Kucukbas M, Selçuk S, Asoglu MR, Akdemir Y, Karateke A, Cam C. Validation of the Fecal Incontinence Severity Index in a Turkish Population. <i>Female Pelvic Med Reconstr Surg.</i> 2016 Jul-Aug;22(4):283-6 3. Hoen LA, Utomo E, Schouten WR, Blok BF, Korlage IJ. The fecal incontinence quality of life scale (FIQL) and fecal incontinence severity index (FISI): Validation of the Dutch versions. <i>Neurourol Urodyn.</i> 2017 Mar;36(3):710-715. 4. Geynisman-Tan J, Kenton K, Leader-Cramer A, Dave B, Bochenska K, Mueller M, Collins SA, Lewicky-Gaupp C. Anal Penetrative Intercourse as a Risk Factor for Fecal Incontinence. <i>Female Pelvic Med Reconstr Surg.</i> 2018 May-Jun;24(3):252-255 5. Sileri P, Franceschilli L, Cadeddu F, De Luca E, D'Ugo S, Tognoni V, Camperchioli I, Benavoli D, Di Lorenzo N, Gaspari AL, Gentileschi P. Prevalence of defaecatory disorders in morbidly obese patients before and after bariatric surgery. <i>J Gastrointest Surg.</i> 2012 Jan;16(1):62-6 6. Demir N, Yuruyen M, Atay K, Yavuzer H, Hatemi I, Doventas A, Erdinciler DS, Dobrucali A. Prevalence of fecal incontinence and associated risk factors in elderly outpatients: a cross-sectional study. <i>Aging Clin Exp Res.</i> 2017 Dec;29(6):1165-1171 7. Zutshi M, Salcedo L, Hammel J, Hull T. Anal physiology testing in fecal incontinence: is it of any value?. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2010 Feb;25(2):277-82
Przykład 12	
Nazwa skali w języku polskim	III.2.A.12. Ocena stanu obrażeń u pacjenta w okresie pourazowym.
Nazwa skali w języku angielskimNazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)	Revised Trauma Score (RTS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	H R Champion ¹ , W J Sacco, W S Copes, D S Gann, T A Gennarelli, M E Flanagan
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	RTS (Revised Trauma Score) jest wykorzystywana do szybkiego określania stanu pacjenta po ciężkim urazie (polytrauma) i prawdopodobieństwa jego przeżycia. Skala RTS opiera się na trzech podstawowych parametrach fizjologicznych: częstości oddechu, skurczowym ciśnieniu tętniczym krwi i punktacji w skali GCS.

Źródło bibliograficzne	1. Alvarez BD, Razente DM, Lacerda DA, Lothar NS, VON-Bahten LC, Stahlschmidt CM. Analysis of the Revised Trauma Score (RTS) in 200 victims of different trauma mechanisms. <i>Rev Col Bras Cir.</i> 2016 Sep-Oct;43(5):334-340 2. Galvagno SM Jr, Massey M, Bouzat P, Vesselinov R, Levy MJ, Millin MG, Stein DM, Scalea TM, Hirshon JM. Correlation Between the Revised Trauma Score and Injury Severity Score: Implications for Prehospital Trauma Triage. <i>Prehosp Emerg Care.</i> 2019 Mar-Apr;23(2):263-270 3. Orhon R, Eren SH, Karadayı S, Korkmaz I, Coşkun A, Eren M, Katrancıoğlu N. Comparison of trauma scores for predicting mortality and morbidity on trauma patients. <i>Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.</i> 2014 Jul;20(4):258-64 4. Kim SC, Kim DH, Kim TY, Kang C, Lee SH, Jeong JH, Park YJ, Lee SB, Lim D. The Revised Trauma Score plus serum albumin level improves the prediction of mortality in trauma patients. <i>Am J Emerg Med.</i> 2017 Dec;35(12):1882-1886 5. Ahmad HN. Evaluation of revised trauma score in polytraumatized patients. <i>J Coll Physicians Surg Pak.</i> 2004 May;14(5):286-9
------------------------	--

III.3. Ortopedia i pielęgniarstwo ortopedyczne

Monika Tomaszewicz, Wojciech Kaszewski

*Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

III. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

III. 3. A. 1. Formularz Międzynarodowego Komitetu Dokumentacji
Kolana (IKDC)

III. 3. A. 2. Punktowa ocena stawu kolanowego - skala Lysholm
&Gillquist

III. 3. A. 3. Skala KOOS

III. 3. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

III. 3. B. 1. The Tapper and Hoover grading system

III. 3. B. 2. Harris Hip Score (HHS)

III. 3. B. 3. Musculoskeletal Functional Assessment Questionnaire (MFA)

III. 3. B. 4. The Activities of Daily Living Scale of the Knee Outcome
Survey (ADLS)

III. 3. B. 5. Lequesne Index of Severity – Knee (Lequesne ISK)

III. 3. B. 6. Dreiser's functional index

III. 3. B. 7. Hip distability and osteoarthritis outcome score (HOOS)

III. 3. B. 8. Oxford Knee Score

III. 3. B. 9. Modified Cincinnati Rating System

III. 3. B. 10. Intermittent and constant osteoarthritis pain – hip or knee
version (ICOAP)

III. 3. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

III. 3. C. 1. Indeks WOMAC

III. 3. C. 2. Skala SF-36

III. 3. C. 3. Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne'a

III. 3. C. 4. Skala Laitinena

III.3.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IKDC 2000 (ang. International Knee Documentation Committee) - formularz oceny subiektywnej.

Skala Lysholma/ zmodyfikowana skala Lysholma (ang. Lysholm Knee Scoring Scale).

Punktowa ocena stawu kolanowego wg skali KOOS.

Grupa skal	ORTOPEDIA I PIELĘGNIARSTWO ORTOPEDYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.A.1. Formularz Międzynarodowego Komitetu Dokumentacji Kolana	
Nazwa skali w języku angielskim	The International Knee Documentation Committee Knee Ligament Standard Evaluation Form	
Skrót	IKDC	
Wersja skali	Formularz Subiektywnej Oceny Kolana IKDC2000	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Amerykańskie Towarzystwo Ortopedyczne Medycyny Sportowej (American Orthopedic Society for Sports Medicine, AOSSM) i Europejskie Towarzystwo Traumatologii Sportowej, Chirurgii Kolana i Artroskopii (European Society of Sport Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy, ESSKA)
	Rok publikacji	b/d
	Źródło	Amerykańskie Towarzystwo Ortopedyczne Medycyny Sportowej (American Orthopedic Society for Sports Medicine, AOSSM) AOSSM: Anderson, A., Bergfeld, J., Boland, A. Dye, S., Feagin, J., Harner, C. Mohtadi, N. Richmond, J. Shelbourne, D., Terry, G.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	b/d
	Rok publikacji	b/d
	Źródło	b/d
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	b/d
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	b/d
	Struktura skali	Kwestionariusz badania zawiera pytania dotyczące (1) objawów, (2) aktywności sportowej i (3) funkcji kolana. Badania atestacyjne formularza potwierdziły jego wiarygodność, rzetelność i powtarzalność u chorych z uszkodzeniami więzadła krzyżowego przedniego (ang. anterior cruciate ligament, ACL) i więzadeł pobocznych, uszkodzeniami łąkotec, po zwichnięciach rzepki oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi kolan. Tym samym skala IKDC dołączyła do grupy innych metod badania subiektywnego. IKDC jest obecnie jednym z najbardziej popularnych i najczęściej używanych kwestionariuszy.
	Orientacyjny czas badania	b/d

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Do oceny pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego. Piśmiennictwo: Anderson AF. Rating scales. W: Fu FH, Harner CD and Vince KL, eds., Knee Surgery. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 275-96. Hefti F, Muller W, Jakob RP, Stubli HU. Evaluation of knee ligament injuries with the IKDC form. Knee Surg Sports Traumatol Arthroscopy 1993; 1: 226-34. Irrgang JJ, Anderson AF, Boland AL i wsp. Development and validation of the International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form. Am J Sports Med 2001; 29: 600-13. Goradia VK, Grana WA. A comparison of outcomes at 2 to 6 years after acute and chronic anterior cruciate ligament reconstructions using hamstring tendon grafts. Arthroscopy 2001; 17: 383-92. Shelbourne KD, Gray T. Results of anterior cruciate ligament reconstruction based on meniscus and articular cartilage status at the time of surgery. Five- to fifteen-year evaluations. Am J Sports Med 2000; 28: 446-52.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	b/d
	Miejsce badanych	b/d
	Stan badanych	b/d
	Sytuacje	b/d
	Inne	b/d
Osoby, które mogą stosować skalę	Głównie specjaliści ortopedii i traumatologii, rehabilitacji, fizjoterapeuci.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgody wymagane na przeprowadzenie badania
Klucz do skali/interpretacja wyników	Formularz Subiektywnej Oceny Kolana, składa się z pytań dotyczących aktywności chorego oraz subiektywnych objawów chorobowych ze strony stawu kolanowego. Odpowiedzi na każde pytanie są oceniane z zastosowaniem liczebników porządkowych: ocenę 1 przypisuje się 17 odpowiedziom reprezentującym najniższy poziom czynności lub najwyższy poziom dolegliwości. Wynik w tym Formularzu uzyskuje się przez zsumowanie ocen odpowiedzi na poszczególne pytania, pomijając odpowiedź na pytanie 10, a następnie po transformacji tego wyniku do skali 0 do 100. Odpowiedzi punktowane są w skali 0-10. Wynik (Subiektywny Wskaźnik Kolana IKDC) jest zawarty między 0 a 100. Wskaźnik IKDC interpretuje się jako miarę funkcji stawu kolanowego, której wyższe wskaźniki wskazują na wyższy poziom aktywności i niższy poziom dolegliwości	
Formularz skali/ kwestionariusz		
Skala IKDC		
1. Jaki rodzaj czynności może Pani/Pan wykonywać bez bólu kolana?		
☐ bardzo intensywne czynności jak np. skoki, gra w koszykówkę, piłkę nożną		4
☐ intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis		3
☐ umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie		2
☐ lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub ogrodzie		1
☐ nie mogę wykonywać żadnej z powyższych czynności z powodu bólu kolana		0

2. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/Pani ból kolana?		
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stale ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nigdy		
3. Jeśli odczuwał/a Pan/Pani ból, jakie było jego nasilenie?		
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bez bólu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ silny ból		
4. Jak sztywne lub obrzęknięte było Pana/Pani kolano w okresie ostatnich 4 tygodni ?		
☐ w ogóle		4
☐ łagodnie		3
☐ umiarkowanie		2
☐ silnie		1
☐ bardzo silnie		0
5. Jaki rodzaj czynności może Pani/Pan wykonywać bez zauważalnego obrzęku kolana?		
☐ bardzo intensywne czynności jak np. skoki, gra w koszykówkę, piłkę nożną		4
☐ intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis		3
☐ umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie		2
☐ lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub ogrodzie		1
☐ nie mogę wykonywać żadnej z powyższych czynności z powodu obrzęku kolana		0
6. Czy w ostatnich 4 tygodniach miał/a Pan/Pani zablokowane kolano lub odczułeś/aś nagle „przeskoczenie”?		
t a k n i e ☐ 1 ☐ 0		
7. Jaki rodzaj czynności może Pani/Pan wykonywać bez uczucia „uciekania/ustępowania” kolana?		
☐ bardzo intensywne czynności jak np. skoki, gra w koszykówkę, piłkę nożną		4
☐ intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis		3
☐ umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie		2
☐ lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub ogrodzie		1
☐ nie mogę wykonywać żadnej z powyższych czynności z powodu „uciekania/ustępowania” kolana		0
8. Jaki jest największy poziom Pana/Pani normalnej aktywności fizycznej?		
☐ bardzo intensywne czynności jak np. gra w koszykówkę, piłkę nożną		4
☐ intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis		3
☐ umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie		2
☐ lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub jego otoczeniu		1
☐ niezdolność do wykonania żadnej z powyższych czynności		0

9. Czy dolegliwości ze strony kolana wpływają na wykonywanie poniższych czynności?					
	bez trudności (4)	minimalne trudności (3)	umiarkowane trudności (2)	duże trudności (1)	niemożliwe do wykonania (0)
wchodzenie po schodach	☐	☐	☐	☐	☐
schodzenie ze schodów	☐	☐	☐	☐	☐
kłęczenie	☐	☐	☐	☐	☐
kucanie	☐	☐	☐	☐	☐
siedzenie ze zgiętymi kolanami	☐	☐	☐	☐	☐
wstawanie z krzesła	☐	☐	☐	☐	☐
bieg po prostej	☐	☐	☐	☐	☐
podskoki na jednej nodze	☐	☐	☐	☐	☐
szybkie ruszanie i zatrzymywanie	☐	☐	☐	☐	☐

10. Jak oceni Pan/Pani funkcję swojego kolana w skali od 0 do 10 (10 – normalna, nie zaburzona funkcja; 0 – niezdolność do wykonania żadnej czynności dnia codziennego)?												
Funkcja kolana przed urazem:												
niezdolność do wykonywania codziennych czynności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	bez ograniczeń
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Obecna funkcja kolana:												
niezdolność do wykonywania codziennych czynności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	bez ograniczeń
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Grupa skal	ORTOPEDIA I PIEŁĘGNIARSTWO ORTOPEDYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.A.2. Punktowa ocena stawu kolanowego - skala Lysholm & Gillquist	
Nazwa skali w języku angielskim	Lysholm Knee Scoring Scale	
Skrót	Skala Lysholm	
Wersja skali		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Lysholm Jack; Gillquist Jan
	Rok publikacji	1982
	Źródło	Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. Am J Sports Med 1982; 10: 150-4
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Piontek T., Cierniewska-Gorzela K., Naczek J., Cichy K., Szulc A.
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Piontek T., Cierniewska-Gorzela K., Naczek J., Cichy K., Szulc A. Linguistic and cultural adaptation into Polish of the IKDC 2000 subjective knee evaluation from and the Lysholm scale. Polish Orthop Traum. 2012; 77: 115- 119

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	0 – 100 pkt
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Badania Briggsga; Badania Heintjesa
	Struktura skali	Skala zawiera osiem pytań dotyczących występowania utykania (5 pkt.), używania kul/lasek (5 pkt.), występowania uczucia przeskakiwania/blokowania kolana (15 pkt.), niestabilności (25 pkt.), nasilenia dolegliwości bólowych (25 pkt.), obrzęku (10 pkt.), możliwości wchodzenia po schodach (10 pkt.) oraz wykonania przysiadu (5 pkt.) Brak objawów oraz pełna sprawność ruchowa oceniana jest na 100 punktów
	Orientacyjny czas badania	Brak danych
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	do oceny pacjentów z uszkodzeniem więzadeł stawu kolanowego i chrząstki stawowej. Piśmiennictwo: Piontek T., Ciemniowska-Gorzela K., Naczek J., Cichy K., Szulc A. Linguistic and cultural adaptation into Polish of the IKDC 2000 subjective knee evaluation from and the Lysholm scale. Polish Orthop Traum. 2012; 77: 115- 119 Lysholm J., Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. Am J Sports Med. 1982; 10: 150-4 Smith H.J., Richardson J.B., Tennant A. Modification and validation of the Lysholm Knee Scale to assess articular cartilage damage. Osteoarthritis Cartilage. 2009; 17(1): 53-8 Bengtsson J., Mölberg J., Werner S. A study for testing the sensitivity and reliability of the Lysholm knee scoring scale. Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. 1996; 4(1): 27-31 Risberg M. A., Ekeland A. Assessment of functional test after anterior cruciate ligament surgery. J Orthop Sports Phys Ther. 1994; 19(4): 212-7 Briggs K. K., Lysholm J., Tegner Y., Rodkey W. G., Kocher M. S., Steadman J. R. The reliability, validity, and responsiveness of the Lysholm score and Tegner activity scale for anterior cruciate ligament injuries of the knee: 25 years later. Am J Sports Med. 2009; 37(5): 890-7 Heintjes E. M., Bierma-Zeinstra S. M. A., Berger M. Y., Koes B. W. Lysholm scale and WOMAC index were responsive in prospective cohort of young general practice patients. J Clin Epidemiol. 2008; 61(5): 481-8 Risberg M.A., Holm I., Steen H., Beynon B.D. Sensitivity to changes over time for the IKDC from, the Lysholm score, and the Cincinnati knee score. A prospective study of 120 ACL reconstructed patients with a 2 – year follow – up. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 1999; 27: 402-16

		Smith H.J., Richardson J.B., Tennant A. Modification and validation of the Lysholm Knee Scale to assess articular cartilage damage. Osteoarthritis Cartilage. 2009; 17(1): 53-8		
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	b/d		
	Miejsce badanych	b/d		
	Stan badanych	Dysfunkcje stawu kolanowego (np. kolano skoczka, ból w stawie rzepkowo-udowym)		
	Sytuacje	Czułość skali na zmiany kliniczne w przypadku pacjentów po uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego (WKP) była niższa, niż w grupach pacjentów z innymi patologiami stawu kolanowego. Skala nie jest odpowiednia do oceny pacjentów z uszkodzeniem WKP podczas nasilonej aktywności fizycznej. Skala Lysholma jest powtarzalnym, czułym i trafnym narzędziem w ocenie powrotu funkcji u pacjentów po rekonstrukcji WKP.		
	Inne	brak		
Osoby, które mogą stosować skalę	Głównie specjaliści ortopedii i traumatologii, rehabilitacji, fizjoterapeuci			
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgody wymagane na przeprowadzenie badania			
Klucz do skali/interpretacja wyników	Bardzo Dobry (91-100), Dobry (84-90), Dostateczny(65-83) lub Słaby (<64)			
Formularz skali/ kwestionariusz				
Ocena stawu kolanowego wg skali Lysholm				
Utykanie	brak	5		
	niewielkiego stopnia	3		
	obecne	0		
Stosowanie kul łokciowych	nie jest stosowana	5		
	jedna kula lub laska	3		
	chodzenie przy asekuracji dwóch kul	0		
Przeskakiwanie / blokowanie	nie występuje	15		
	przeskakiwanie, nie występuje blokowanie	10		
	występuje okresowe blokowanie	6		
	występuje częste blokowanie	2		
	objaw wystąpił podczas badania	0		
Niestabilność/ uczucie „uciekania nogi”	nie występuje	25		
	występuje rzadko	20		
	występuje podczas ćwiczeń	15		
	występuje podczas normalnej aktywności	10		
	występuje zawsze	0		

Ból	nigdy	25
	rzadko	20
	obecny podczas wysiłku	15
	obecny po więcej niż 2 km marszu	10
	obecny po mniej niż 2 km marszu	5
	stale obecny	0
Wysięki	nie	10
	rzadko podczas wysiłku	6
	często podczas wysiłku	2
	stale	0
Wchodzenie po schodach	bez problemu	10
	z niewielką trudnością	5
	po jednym stopniu	2
	niemożliwe	0
Przysiad	bez problemu	5
	z niewielką trudnością	4
	do 90° zgięcia w kolanie	2
	niemożliwe	0
SUMA PUNKTÓW		

Grupa skal	ORTOPEDIA I PIEŁĘGNIARSTWO ORTOPEDYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.A.3. Skala KOOS(Knee and Osteoarthritis Outcome Score)	
Nazwa skali w języku angielskim	Knee and Osteoarthritis Outcome Score	
Skrót	KOOS	
Wersja skali	Formularz skali KOOS	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Roos EM, Roos HP, Ekdahl C, Lohmander LS
	Rok publikacji	b/d
	Źródło	Roos EM, Lohmander LS. The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. <i>Health Qual Life Outcomes</i> . 2003;1:64
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Paradowski Przemysław
	Rok publikacji	2013, 2015
	Źródło	Paradowski PT, Witoński D, Kęska R, Roos EM: Cross-cultural translation and measurement properties of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) following anterior cruciate ligament reconstruction. <i>Health Qual Life Outcomes</i> 2013; 11: 107. 6.

		Paradowski PT, Kęska R, Witoński D: Validation of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) in patients with osteoarthritis undergoing total knee replacement. BMJ Open 2015; 5
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	b/d
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	b/d
	Struktura skali	Skala KOOS(Knee and Osteoarthritis Outcome Score) stanowi wystandaryzowane narzędzie do oceny funkcji stawu kolanowego. Jest najczęściej stosowaną skalą do oceny stawu kolanowego, pozwala na ocenę stawu przez samych pacjentów. Składa się z 5 części. W pierwszej pacjent określa stopień nasilenia objawów takich jak; obrzęk, sztywność, trzeszczenie, blokowanie kolana podczas prostowania, zginania, możliwość zgięcia i wyprostowania kolana. Druga część stanowi ocenę dolegliwości bólowych w czasie wykonywania różnych czynności. W części trzeciej ocenia pacjent stopień nasilenia dolegliwości bólowych podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Część czwarta dotyczy aktywności sportowej, a ostatnia część piąta dotyczy jakości życia
	Orientacyjny czas badania	b/d
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Do oceny pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego. Po uszkodzeniach struktur w stawie kolanowych (łąkówek, więzadeł krzyżowych) Piśmiennictwo: Roos EM, Roos HP, Lohmander LS. WOMAC Osteoarthritis Index -additional dimensions for use in post-traumatic osteoarthritis of the knee. Osteoarthritis Cartilage 1999; 7: 216-21; Roos EM, Roos HP, Ekdahl C, Lohmander LS. Knee Paradowski PT, Witoński D, Kęska R, Roos EM: Cross-cultural translation and measurement properties of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) following anterior cruciate ligament reconstruction. Health Qual Life Outcomes 2013; 11: 107. 6. Paradowski PT, Kęska R, Witoński D: Validation of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) in patients with osteoarthritis undergoing total knee replacement. BMJ Open 2015; 5
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	b/d
	Miejsce badanych	b/d
	Stan badanych	b/d
	Sytuacje	b/d
	Inne	b/d
Osoby, które mogą stosować skalę	Głównie specjaliści ortopedii i traumatologii, rehabilitacji, fizjoterapeuci.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgody wymagane na przeprowadzenie badania	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Skala KOOS składa się z pięciu rozdziałów obejmujących ocenę: (1) bólu, (2) objawów, (3) aktywności codziennej, (4) aktywności sportowej i rekreacyjnej oraz (5) jakości życia. Ocenie podlega samopoczucie chorego w ciągu tygodnia, w którym badanie jest przeprowadzane. W standardowym formularzu badania zamieszczono możliwości odpowiedzi w zakresie od 0 do 4 punktów według Likerta. Wynik oblicza się osobno dla każdego rozdziału zagadnień. Uzyskanie 100 punktów wskazuje na brak objawów, zaś wartość zerowa świadczy o występowaniu objawów o nasileniu ekstremalnym. Wypełnienie kwestionariusza jest bardzo łatwe i zajmuje nie więcej niż 10 minut. Formularz może być rozesłany do chorych przebywających w domu. W badaniach atestacyjnych potwierdzono, że metoda charakteryzuje się wysoką zdolnością do uchwycenia zmian klinicznych oraz rzetelnością i powtarzalnością (ICC>0.75). Rozdziały skali KOOS: „aktywność sportowa i rekreacyjna” oraz „jakość życia” okazały się bardziej czułe niż rozdziały skali WOMAC: „ból”, „sztywność” i „czynność” w badaniach u chorych po menispektomiach, u których stwierdzono objawy radiologiczne choroby zwyrodnieniowej stawów
--	--

Formularz skali/ kwestionariusz

Ocena stawu kolanowego wg skali KOOS

S1. Czy obserwuje Pan/i obrzęk stawu kolanowego?

☐ nigdy ☐ rzadko ☐ czasami ☐ często ☐ zawsze

S2. Czy czuje Pan/i chrzęszczenie/ tarcie, lub jakikolwiek inny dźwięk podczas ruchu w stawie kolanowym?

☐ nigdy ☐ rzadko ☐ czasami ☐ często ☐ zawsze

S3. Czy Pana/i kolano blokuje się podczas zginania lub prostowania?

☐ nigdy ☐ rzadko ☐ czasami ☐ często ☐ zawsze

S4. Czy może Pan/i kolano całkowicie wyprostować?

☐ nigdy ☐ rzadko ☐ czasami ☐ często ☐ zawsze

S5. Czy może Pan/i kolano całkowicie zgiąć?

☐ nigdy ☐ rzadko ☐ czasami ☐ często ☐ zawsze

S6. Jak duża jest sztywność kolana tuż po pierwszym wstaniu z łóżka?

☐ nie ma ☐ łagodna ☐ średnia ☐ duża ☐ bardzo duża

S7. Jak duża jest sztywność kolana po siedzeniu, leżeniu bądź odpoczynku w ciągu dnia?

☐ nie ma ☐ łagodna ☐ średnia ☐ duża ☐ bardzo duża

P1. Jak często odczuwa Pan/i ból operowanego stawu kolanowego?

☐ nigdy ☐ raz w miesiącu ☐ raz w tygodniu ☐ każdego dnia ☐ cały czas

P2. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas wykonywania, kręcenia i obracania się na pięcie/stopie ze zgiętym kolaniem?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

P3. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas pełnego wyprostowania kolana?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

P4. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas pełnego zginania kolana?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

P5. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas chodzenia po płaskim podłożu?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

P6. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas chodzenia po schodach?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

P7. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas leżenia w łóżku w nocy?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

P8. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas siedzenia lub leżenia?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

P9. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas stania w pozycji wyprostowanej?

☐ żadnego ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ nie do wytrzymania

A1. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i schodzenie ze schodów?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A2. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wchodzenie po schodach?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A3. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wstanie z pozycji siedzącej?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A4. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i stanie?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A5. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i skłon do podłogi/podniesienie przedmiotu z podłogi?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A6. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i chodzenie po płaskim podłożu?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A7. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wsiadanie i wysiadanie z samochodu?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A8. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i robienie zakupów?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A9. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wkładanie skarpet/pończoch/rajstop?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A10. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wstawanie z łóżka?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A11. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i zdejmowanie skarpet/pończoch/rajstop?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A12. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i leżenie w łóżku (z przekręcaniem się na boki, przy zachowaniu przez dłuższy czas pozycji kolana)
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A13. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i korzystanie z natrysku lub wanny?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A14. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i siedzenie?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A15. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i korzystanie z toalety?
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A16. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wykonywanie ciężkich prac domowych (przesuwanie ciężkich przedmiotów, mebli, szorowanie podłóg itp.)
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

A17. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wykonywanie lekkich prac domowych (ścieranie kurzu, gotowanie itp.)
☐ żaden ☐ lekki ☐ średni ☐ duży ☐ bardzo duży

SP1. Czy występują trudności podczas wykonywania przysiadów?
☐ żadne ☐ lekkie ☐ średnie ☐ duże ☐ nie do wykonania

SP2. Czy występują trudności podczas biegania?
☐ żadne ☐ lekkie ☐ średnie ☐ duże ☐ nie do wykonania

SP3. Czy występują trudności podczas skakania?
☐ żadne ☐ lekkie ☐ średnie ☐ duże ☐ nie do wykonania

SP4. Czy występują trudności podczas kręcenia i obracania się na pięcie/stopie ze zgiętym kolaniem?
☐ żadne ☐ lekkie ☐ średnie ☐ duże ☐ nie do wykonania

SP5. Czy występują trudności podczas kłęknięcia?
☐ żadne ☐ lekkie ☐ średnie ☐ duże ☐ nie do wykonania

Q1. Jak często operowane kolano daje Panu/i znać o sobie?
☐ nigdy ☐ raz w miesiącu ☐ raz w tygodniu ☐ każdego dnia ☐ stale

Q2. Czy zmienił Pan/i swoje życie tak, aby unikać potencjalnie niebezpiecznych czynności dla swojego kolana?
☐ w ogóle ☐ trochę ☐ średnio ☐ bardzo ☐ całkowicie

Q3. Do jakiego stopnia ufa Pan/i w sprawność swojego kolana po endoprotezie?
☐ w ogóle ☐ trochę ☐ średnio ☐ bardzo ☐ całkowicie

Q4. Ile ogólnie kłopotu sprawia Panu/i kolano po zabiegu endoprotezy?
☐ w ogóle ☐ trochę ☐ średnio ☐ dużo ☐ bardzo dużo

III.3.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.1. Skala Tappera i Hoovera
Nazwa skali w języku angielskim	The Tapper and Hoover grading system
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Tapper E., Hoover N.
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	System oceny klinicznej chorych po usunięciu łąkotek stawu kolanowego. We- dług tej skali stan kolana może być przyporządkowany jednej z czterech ocen: bardzo dobry (ang. excellent), dobry (good), średni (fair) i zły (poor). Skala jest prosta, lecz podział, który został w niej użyty stanowi wyznacznik wielu innych metod badawczych.
Źródło bibliograficzne	Tapper E, Hoover N. Late results after meniscectomy. J Bone Joint Surg [Am] 1969; 51-A: 517-26.
Źródło on-line	http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.2. Skala Harrisa
Nazwa skali w języku angielskim	Harris Hip Score
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Harris WH.
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz Harrisa (HHS) składa się z trzech części. W pierwszej części znajduje się osiem pytań dotyczących: bólu jakiego pacjent doświadcza na co dzień, odległości jaką pacjent jest w stanie pokonać, samoobsługi związanej z zakładaniem skarpetek lub butów, możliwości korzystania z transportu publicznego, zaopatrzenia ortopedycznego, utykania podczas chodu, poruszania się po schodach, oraz czasu bezbolesnego siedzenia. W części drugiej jest możliwość odpowiedzi „tak” lub „nie”- jeżeli badany spełnia wszystkie cztery wymienione kryteria, wtedy terapeuta zaznacza odpowiedź „tak”, jeżeli choć jedno z kryteriów nie jest spełnione, wtedy należy zaznaczyć odpowiedź negatywną. Ostatnią częścią kwestionariusza Harrisa jest ocena ruchomości.
Źródło bibliograficzne	Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg Am. 1969 Jun;51(4):737-55. Marchetti P, Binazzi R, Vaccari V, Girolami M, Morici F, Impallomeni C, Com-messatti M, Silvello L. Long-term results with cementless Fitek (or Fitmore) cups. J Arthroplasty. 2005 Sep;20(6):730-7. Kościelna P., Pogorzała A.M., Badanie funkcjonalne stawu biodrowego w przy-padku zmian zwyrodnieniowych. Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii, 2020 (6): 51-70
Źródło on-line	https://www.orthopaedicscore.com/scorepages/harris_hip_score.html

Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.3. Kwestionariusz oceny funkcjonalności układu mięśniowo-szkieletowego
Nazwa skali w języku angielskim	Musculoskeletal Functional Assessment Questionnaire (MFA)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Martin D, Engelberg R, Agel J, Snapp D, Swiontkowski MF
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala została zaprojektowana do oceny subiektywnej stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Kwestionariusz składa się ze 101 pytań, na które odpowiada się tylko poprzez potwierdzenie lub negację. Pytania podzielono na następujące kategorie: samoobsługa, odpoczynek i sen, możliwości funkcji ręki i inne czynności precyzyjne, zdolność do poruszania się, prace domowe, praca zawodowa, czas wolny i aktywność rekreacyjna, więzi rodzinne, kojarzenie i myślenie, nastawienie emocjonalne, zdolność do radzenia sobie z przeciwnościami losu i zdolność do adaptacji. Wynik można przedstawiać zarówno w odniesieniu do poszczególnych części, jak i jako ocenę ogólną. W studium porównawczym metod oceny: MFA, SF-36, WOMAC i Sickness Impact Profile (SIP) wszystkie wymienione skale uzyskały wysoką ocenę wiarygodności. Praca oceniała 444 chorych po złamaniach i urazach tkanek miękkich kończyn, chorych z OA oraz z reumatoidalnym zapaleniem stawów kolanowych. Badania wykazały przewagę MFA nad innymi metodami wynikającą między innymi z większej zdolności do badania żądanych parametrów i małym rozrzutem odpowiedzi (tzw. „efekt podłogi” i „efekt sufitu”). Ponadto skala odznacza się większą czułością niż SF-36. MFA może być zatem stosowana jako skala oceny jakości życia u chorych z chorobami układu szkieletowo -mięśniowego.
Źródło bibliograficzne	Martin DP, Engelberg R, Agel J, Swiontkowski MF. Comparison of the musculoskeletal function assessment questionnaire with the Short-Form 36, The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, and the Sickness Impact Profile health status measures. J Bone Joint Surg [Am] 1997; 79-A: 1323-35; Engelberg R, Martin DP, Agel J, Obremsky W, Coronado G, Swiontkowski MF. Musculoskeletal Function Assessment Instrument: criterion and construct validity. J Orthop Res 1996; 14: 182-92; Martin D, Engelberg R, Agel J, Snapp D, Swiontkowski MF. Development of a musculoskeletal extremity health status instrument: the musculoskeletal function assessment instrument. J Orthop Res 1996; 14: 173-81; Bergner M, Bobbitt R, Pollard W, Martin D, Gibson B. The sickness impact profile: validation of a health status measure. Medical Care 1976; 14: 57-67.
Źródło on-line	http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.4. Skala aktywności życia codziennego w zakresie funkcjonalności kolana
Nazwa skali w języku angielskim	The Activities of Daily Living Scale (ADLS) of the Knee Outcome Survey
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Irrgang JJ, Snyder-Mackler L, Wannier R, Fu FH, Harner CD
Państwo	

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz jest instrumentem służącym do oceny stopnia ograniczeń czynnościowych spowodowanych przez choroby i uszkodzenia kolana. ADLS składa się z 17 zagadnień, które opisują wpływ objawów i ograniczeń funkcji na czynności codzienne. Ocenę końcową otrzymuje się po obliczeniu średniej w przedziale od 0 do 100 punktów. Badania kliniczne obejmujące grupę 397 chorych poddanych terapii fizykanej z powodu różnych chorób stawu kolanowego wykazały dużą powtarzalność i wiarygodność oceny, zdolność do pomiaru żądanych parametrów oraz wysoką czułość.
Źródło bibliograficzne	Irrgang JJ, Snyder-Mackler L, Wannier R, Fu FH, Harner CD. Development of the patient-reported measure of function of the knee. J Bone Joint Surg [Am] 1998; 80- A: 1132-45
Źródło on-line	http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf https://www.klinika-rzeszow.pl/wp-content/uploads/2020/09/Kwestionariusz-KOS-ADLS-wersja-polska.pdf
Przykład 5.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.5. Indeks dla stawów kolanowych Lequesne
Nazwa skali w języku angielskim	Lequesne Index of Severity – Knee (Lequesne ISK)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lequesne M.
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz badania został podzielony na rozdziały, które obejmują: (1) 5 pytań dotyczących bólu lub niedogodności, (2) 2 pytania dotyczące chodzenia i (3) 4 pytania poświęcone codziennej aktywności życiowej. Odpowiedzi na poszczególne pytania są punktowane w różny sposób. Wynik końcowy (od 0 do 24 punktów) otrzymuje się po zsumowaniu punktacji za każdą z odpowiedzi.
Źródło bibliograficzne	Lequesne M. Informational indices. Validation of criteria and tests. Scand J Rheumatol 1989; supl. 80: 17-27
Źródło on-line	http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf
Przykład nr 6	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.6. Wskaźnik czynnościowy Dreiser
Nazwa skali w języku angielskim	Dreiser's functional index
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Dreiser R. et al.
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Obejmuje ona 10 pytań dotyczących operacji manualnych (m. in. przekręcania klucza w zamku, zapinania guzika, krojenia, cięcia nożyczkami, podnoszenia, wiązania, pisanie). Każda czynność oceniana jest w skali 0–3, gdzie 0 oznacza wykonywanie czynności bez trudności, 1 – wykonywanie z niewielką trudnością, 2 – z dużą trudnością, a 3 – brak możliwości jej wykonania. Punktacja całości kwestionariusza waha się w granicach 0–30, większa liczba punktów odzwierciedla większe upośledzenie sprawności manualnej. Stosowanie kwestionariusza w dłuższym przedziale czasu pozwala monitorować postęp choroby przejawiający się dysfunkcją czynnościową.
Źródło bibliograficzne	Dreiser R, Maheu E, Guillou GB, Caspard H, Grouin JM. Validation of an algofunctional index for osteoarthritis of the hand. Rev Rhum Engl Ed. 1995; 62: 43S– 53S

Źródło on-line	https://pro.arthrolink.com/en/custom/formulaire/questionnaire-dreiser
Przykład nr 7	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.7. Kwestionariusz HOOS
Nazwa skali w języku angielskim	Hip distability and osteoarthritis outcome score
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Złożony z 5 części. W pierwszej części pytania odnoszą się do objawów ruchowych oraz sztywności stawów biodrowych Kolejną część dotyczy dolegliwości bólowych. W części 3 pytania dotyczą funkcji życia codziennego i odnoszą się do ostatniego tygodnia. Część 4 zawiera pytania związane z uprawianiem sportu i rekreacji. W część 5 znajdują się pytania odnośnie jakości życia.
Źródło bibliograficzne	Nilsson A, Bremander A: Measures of Hip Function and Symptoms. American College of Rheumatology, Arthritis Care & Research Vol. 63, No. S11, November 2011:200 –207. Klassbo M, Larsson E, Mannevik E. Hip disability and osteoarthritis outcome score. An extension of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Scand J Rheumatol. 2003;32(1):46-51. Kościelna P., Pogorzała A.M, Badanie funkcjonalne stawu biodrowego w przypadku zmian zwyrodnieniowych. Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii, 2020 (6): 51-70
Źródło on-line	https://www.orthopaedicscore.com/scorepages/hip_disability_osteoarthritis_outcome_score_hoos.html
Przykład nr 8	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.8. Oksfordzka Skala Oceny Kolana
Nazwa skali w języku angielskim	Oxford Knee Score
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Dawson J., Fitzpatrick R., Murray D., Carr A.
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Pierwotnie skala została opracowana do oceny dolegliwości ze strony stawu kolanowego po zabiegach alloplastyki. Może jednak zostać wykorzystana do oceny również po urazach i w chorobach zwyrodnieniowych stawu kolanowego. Składa się z 12 pytań, które pozwalają ocenić funkcję stawu kolanowego podczas codziennych czynności oraz dolegliwości bólowych w ciągu ostatnich 4 tygodni. Skala została tak zaprojektowana, aby było prosta i szybka w użyciu. Wynik z poszczególnych pytań sumuje się. Wynik najwyższy określa prawidłową i pełną funkcję stawu kolanowego.
Źródło bibliograficzne	Dawson J., Fitzpatrick R., Murray D., Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement surgery. J. Bone Joint Surg 1998; 80-B:63-69 Murray DW, Fitzpatrick R, Rogers K, Pandit H, Beard DJ, Carr AJ, Dawson J. The use of the Oxford hip and knee scores. The Journal of bone and joint surgery. British volume. 2007 Aug;89(8):1010-4
Źródło on-line	https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/oxford-knee-score-oks/

Przykład nr 9	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.9. System Oceny Więzadeł Stawu Kolanowego Cincinnatti
Nazwa skali w języku angielskim	Modified Cincinnatti Rating System
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Noyes FR.
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	System Oceny Więzadeł Stawu Kolanowego Cincinnatti składa się zasadniczo z dwóch części. Część badania fizykalnego oraz formularz służący do oceny czynności stawu kolanowego. Polega na ocenie bólu, obrzęku, stabilności, funkcji stawu kolanowego oraz oceny aktywności sportowej. Ocena końcowa zostaje wyznaczona jako najniższy wynik w każdej kategorii.
Źródło bibliograficzne	Noyes FR, Barber SD, Mooar LA. A rationale for assessing sports activity levels and limitations in knee disorders. Clin Orthop Relat Res. 1989 Sep;(246):238-49 Paradowski P., Ross E., Skale oceny stawu kolanowego. Podstawowe pojęcia. Przegląd metod badawczych. Adaptacja językowa i kulturowa., Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Vol. 6, Nr 4, 2004, 393 – 405 Bentley G, Biant LC, Carrington RW, Akmal M, Goldberg A, Williams AM, Skinner JA, Pringle J. A prospective, randomised comparison of autologous chondrocyte implantation versus mosaicplasty for osteochondral defects in the knee. J Bone Joint Surg Br. 2003 Mar;85(2):223-30
Źródło on-line	https://www.orthopaedicscore.com/scorepages/cincinnatti.html
Przykład nr 10	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.B.10. Skala oceny okresowego i przewlekłego bólu stawu biodrowego lub kolanowego
Nazwa skali w języku angielskim	Intermittent and constant osteoarthritis pain – hip or knee version (ICOAP)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	b/d
Państwo	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Prosta 11 punktowa skala, która pozwala na ocenę odczuwania bólu u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych lub kolanowych, w tym intensywności bólu, częstotliwości i wpływu na nastrój, sen oraz jakość życia . Obejmują ocenę dwóch różnych kryteriach bólowych: bólu przerywanego oraz stałego (przewlekłego), które występują u osób z chorobami zwyrodnieniowymi stawów.
Źródło bibliograficzne	Singh J.A. et al., Reliability and clinically important improvement thresholds for osteoarthritis pain and function scales: a multicenter study., 2014, The Journal of Rheumatology, 41(3), 509-515
Źródło on-line	https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/measure-intermittent-and-constant-osteoarthritis-pain

III.3.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.C.1. Skala WOMAC

Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	WOMAC Osteoarthritis Index																																																										
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Zaprojektowany w latach 80-tych ubiegłego wieku w Kanadzie																																																										
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Metoda ocenia trzy osobne grupy problemów: (1) ból (zawiera 5 szczegółowych pytań), (2) sztywność stawów (2 pytania) oraz (3) czynność (17 pytań). Oryginalna skala WOMAC jest dostępna w dwóch formach: w wersji VAS oraz w wersji 5-stopniowej (od 0 do 4) wg Likerta. Każdy rozdział kwestionariusza podlega osobnej ocenie. W wersji Likerta, w której chory zakreśla krzyżykiem odpowiednie pola, można uzyskać odpowiednio: od 0 do 20 punktów za pytania dotyczące bólu, od 0 do 8 punktów za sztywność stawową i od 0 do 68 punktów za funkcję. Kwestionariusz jest przeznaczony zarówno do oceny stawu kolanowego, jak i biodrowego, co potwierdzono w badaniach atestacyjnych. <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Skala oceny problem: 0 = Żaden, 1 = Łagodny, 2 = Umiarkowany, 3 = Ciężki, 4 = Skrajny</td></tr> <tr> <td colspan="2">Ból</td></tr> <tr> <td>1. Chodzenie, spacerowanie</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>2. Idąc w górę/ w dół, schody</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>3. W nocy</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>4. W spoczynku (siedząc/leżąc)</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>5. W pozycji stojącej</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td colspan="2">Sztywność</td></tr> <tr> <td>1. Poranna sztywność</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>2. Sztywność pojawiająca się w ciągu dnia</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td colspan="2">Funkcja fizyczna</td></tr> <tr> <td>1. Schodzenie po schodach</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>2. Wchodzenie po schodach</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>3. Wstanie z krzesła</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>4. Pozostawanie w pozycji stojącej</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>5. Skłon do podłogi</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>6. Chodzenie po płaskiej powierzchni</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>7. Wsiadanie/wysiadanie do/z samochodu</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>8. Robienie zakupów</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>9. Zakładanie skarpet</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>10. Wstawanie z łóżka</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>11. Zdejmowanie skarpet</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>12. Odpoczynek (pozycja leżąca) w łóżku</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>13. Wchodzenie do wanny (kąpieli) / wychodzenie z kąpieli</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>14. Siedzenie (pozycja siedząca)</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>15. Korzystanie z toalety (siadanie/wstawanie)</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>16. Wykonywanie ciężkich obowiązków domowych</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>17. Wykonywanie lekkich obowiązków domowych</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr> <td colspan="2">Całkowity wynik skali: ____ / 96 = ____ %</td></tr> </table>	Skala oceny problem: 0 = Żaden, 1 = Łagodny, 2 = Umiarkowany, 3 = Ciężki, 4 = Skrajny		Ból		1. Chodzenie, spacerowanie	0 1 2 3 4	2. Idąc w górę/ w dół, schody	0 1 2 3 4	3. W nocy	0 1 2 3 4	4. W spoczynku (siedząc/leżąc)	0 1 2 3 4	5. W pozycji stojącej	0 1 2 3 4	Sztywność		1. Poranna sztywność	0 1 2 3 4	2. Sztywność pojawiająca się w ciągu dnia	0 1 2 3 4	Funkcja fizyczna		1. Schodzenie po schodach	0 1 2 3 4	2. Wchodzenie po schodach	0 1 2 3 4	3. Wstanie z krzesła	0 1 2 3 4	4. Pozostawanie w pozycji stojącej	0 1 2 3 4	5. Skłon do podłogi	0 1 2 3 4	6. Chodzenie po płaskiej powierzchni	0 1 2 3 4	7. Wsiadanie/wysiadanie do/z samochodu	0 1 2 3 4	8. Robienie zakupów	0 1 2 3 4	9. Zakładanie skarpet	0 1 2 3 4	10. Wstawanie z łóżka	0 1 2 3 4	11. Zdejmowanie skarpet	0 1 2 3 4	12. Odpoczynek (pozycja leżąca) w łóżku	0 1 2 3 4	13. Wchodzenie do wanny (kąpieli) / wychodzenie z kąpieli	0 1 2 3 4	14. Siedzenie (pozycja siedząca)	0 1 2 3 4	15. Korzystanie z toalety (siadanie/wstawanie)	0 1 2 3 4	16. Wykonywanie ciężkich obowiązków domowych	0 1 2 3 4	17. Wykonywanie lekkich obowiązków domowych	0 1 2 3 4	Całkowity wynik skali: ____ / 96 = ____ %	
Skala oceny problem: 0 = Żaden, 1 = Łagodny, 2 = Umiarkowany, 3 = Ciężki, 4 = Skrajny																																																											
Ból																																																											
1. Chodzenie, spacerowanie	0 1 2 3 4																																																										
2. Idąc w górę/ w dół, schody	0 1 2 3 4																																																										
3. W nocy	0 1 2 3 4																																																										
4. W spoczynku (siedząc/leżąc)	0 1 2 3 4																																																										
5. W pozycji stojącej	0 1 2 3 4																																																										
Sztywność																																																											
1. Poranna sztywność	0 1 2 3 4																																																										
2. Sztywność pojawiająca się w ciągu dnia	0 1 2 3 4																																																										
Funkcja fizyczna																																																											
1. Schodzenie po schodach	0 1 2 3 4																																																										
2. Wchodzenie po schodach	0 1 2 3 4																																																										
3. Wstanie z krzesła	0 1 2 3 4																																																										
4. Pozostawanie w pozycji stojącej	0 1 2 3 4																																																										
5. Skłon do podłogi	0 1 2 3 4																																																										
6. Chodzenie po płaskiej powierzchni	0 1 2 3 4																																																										
7. Wsiadanie/wysiadanie do/z samochodu	0 1 2 3 4																																																										
8. Robienie zakupów	0 1 2 3 4																																																										
9. Zakładanie skarpet	0 1 2 3 4																																																										
10. Wstawanie z łóżka	0 1 2 3 4																																																										
11. Zdejmowanie skarpet	0 1 2 3 4																																																										
12. Odpoczynek (pozycja leżąca) w łóżku	0 1 2 3 4																																																										
13. Wchodzenie do wanny (kąpieli) / wychodzenie z kąpieli	0 1 2 3 4																																																										
14. Siedzenie (pozycja siedząca)	0 1 2 3 4																																																										
15. Korzystanie z toalety (siadanie/wstawanie)	0 1 2 3 4																																																										
16. Wykonywanie ciężkich obowiązków domowych	0 1 2 3 4																																																										
17. Wykonywanie lekkich obowiązków domowych	0 1 2 3 4																																																										
Całkowity wynik skali: ____ / 96 = ____ %																																																											

Źródło bibliograficzne	Bellamy N, Buchanan W, Goldsmith CH. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient-relevant outcomes following total hip or knee arthroplasty in osteoarthritis. <i>Orthop Rheumatol</i> 1988; 1: 95-108; Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. <i>J Rheumatol</i> 1988; 15: 1833-40; Likert R. A technique for measurements of attitudes. <i>Arch Psychol</i> 1932; 140: 44-60; Roos EM, Roos HP, Lohmander LS. WOMAC Osteoarthritis Index -additional dimensions for use in post-traumatic osteoarthritis of the knee. <i>Osteoarthritis Cartilage</i> 1999; 7: 216-21.
Źródło on-line	http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.C.2. Skala SF-36
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Short Form Medical Outcome Study
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	36-punktowy formularz (Short Form Medical Outcome Study) jest znanym i szeroko stosowanym instrumentem rodzajowym pomiaru stanu zdrowia. Kwestionariusz jest zaprojektowany do wypełnienia przez chorego. Zawiera 36 pytań umieszczonych w 8 rozdziałach dokładnie oceniających stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Ocena końcowa każdej z 8 części mieści się w zakresie od 0 do 100 punktów. Korzyść płynąca ze stosowania ogólnych skal oceny, w tym SF-36, polega na tym, że analiza wyników nie zależy od diagnozy: można oceniać i porównywać stan zdrowia chorych cierpiących na różne choroby. Kwestionariusz SF-36 był stosowany do oceny stanu zdrowia chorych z uszkodzeniami ACL po usunięciu łąkotec, a także po protezoplastyce stawu kolanowego. W roku 1994, przy okazji oceny wyników meniscektomii artroskopowej, zaproponowano zastosowanie SF-36 w połączeniu z kwestionariuszami swoistymi dla określonych chorób. Zaleca się także użycie SF-36 w badaniach klinicznych nad OA. W praktyce klinicznej stosuje się również uproszczone wersje skali SF-36: SF-12 i SF-8.
Źródło bibliograficzne	Shapiro ET, Richmond JC, Rockett SE, McGrath MM, Donaldson WR. The use of a generic, patient-based health assessment (SF-36) for evaluation of patients with anterior cruciate ligament injuries. <i>Am J Sports Med</i> 1996; 24: 196-200; Katz JN, Harris TM, Larson MG i wsp. Predictors of functional outcomes after arthroscopic partial meniscectomy. <i>J Rheumatol</i> 1992; 19: 1938-42; Hawker G, Melfi C, Paul J, Green R, Bombardier C. Comparison of a generic (SF-36) and a disease specific (WOMAC) (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) instrument in the measurement of outcomes after knee replacement surgery. <i>J Rheumatol</i> 1995; 22: 1193-6; . Small NC, Sledge CB, Katz JN. A conceptual framework for outcomes research in arthroscopic meniscectomy: results of a nominal group process. <i>Arthroscopy</i> 1994; 10: 486-92; Small NC, Sledge CB, Katz JN. A conceptual framework for outcomes research in arthroscopic meniscectomy: results of a nominal group process. <i>Arthroscopy</i> 1994; 10: 486-92; tman R, Brandt K, Hochberg M i wsp. Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis: recommendations from a task force of the Osteoarthritis Research Society. Results from a workshop. <i>Osteoarthritis Cartilage</i> 1996; 4: 217-43; Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health

	Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996; 34: 220-33; Gandek B, Ware JE, Aaronson NK i wsp. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol 1998; 51: 1171-8.
Źródło on-line	http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.C.3. Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne'a
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Lequesne Index
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz dotyczy stawów kończyn dolnych (kolanowego i biodrowego). Zawiera 10 pytań: 5 z nich dotyczy bólu (nocnego, porannego dyskomfortu, bólu podczas chodzenia, stania, wstawania z pozycji siedzącej), za każde pytanie przyznawana jest punktacja od 0 do 2, w zależności od nasilenia dolegliwości; 1 pytanie odnosi się do maksymalnego pokonanego dystansu; oceniane jest w skali od 0 do 6 punktów, w zależności od pokonanej odległości, np.: bez ograniczeń – 0 p., mniej niż 100 m – 6 p. (w przypadku korzystania z laski/kuli dodawany jest dodatkowy punkt); 4 pytania dotyczą czynności związanych z codziennym życiem (chodzenie po schodach, nierównym terenie, kucanie, podnoszenie czegoś z podłogi, wsiadanie/wysiadanie z samochodu, ubieranie), każde z nich oceniane jest w przedziale punktów 0–2, gdzie: 0 – bez trudności, 0,5–1,5 – w zależności od nasilenia trudności, 2 – czynność niemożliwa do wykonania. Sumaryczna punktacja w zakresie od 0 do 24 przekłada się na stopień upośledzenia funkcji. Wartości bliższe zeru oznaczają mniejsze upośledzenie czynnościowe. Z uwagi na prostotę i łatwość w ocenie kwestionariusz ten stanowi przydatny instrument w praktyce lekarskiej.
Źródło bibliograficzne	Monitorowanie stanu pacjenta w chorobach reumatycznych, autor: Wiland Piotr, Madej Marta, Szmyrka-Kaczmarek Magdalena Wydawnictwo Medyczne Górnicki rok 2015
Źródło on-line	https://www.xediton.com/wp-content/uploads/2017/05/GO-ON-Knee-Lequesne.pdf
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	III.3.C.4. Skala Laitinena
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Laitinena Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	b/d
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala Laitinena umożliwia subiektywną ocenę poziomu bólu oraz leczenia p/bólowego u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego. Oceny dokonuje się na podstawie 4 wskaźników: nasilenia bólu, częstotliwości występowania dolegliwości bólowych, częstotliwości przyjmowania leków przeciwbólowych oraz ograniczenia aktywności ruchowej

	Wskaźnik:	Ocena problemu:	Liczba punktów:
	Nasilenie bólu	Bez bólu	0
		Łagodny	1
		Silny	2
		Bardzo silny	3
		Nie do wytrzymania	4
	Częstotliwość występowania bólu	Nie występuje	0
		Okresowo	1
		Często	2
		Bardzo często	3
		Ból ciągły	4
	Częstotliwość zażywania środków przeciwbólowych:	Brak środków przeciwbólowych	0
		Doraźnie	1
		Ciągle – małe dawki	2
		Ciągle – duże dawki	3
		Ciągle – bardzo duże dawki	4
	Ograniczenie aktywności ruchowej	Żadne	0
		Częściowe	1
		Utrudniające pracę	2
		Uniemożliwiające pracę	3
		Uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie	4
Źródło bibliograficzne	Kamper S. J. Pain Intensity Ratings. <i>Journal of Physiotherapy</i> . 2012;58(1):p. 61. doi: 10.1016/S1836-9553(12)70077-2.		
Źródło on-line	b/d		

III.4. Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo - ginekologiczne

Agnieszka Bien¹, Beata Pięta², Grażyna Bączek³, Julia Klimanek⁴

¹ Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Zakład Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Centrum Medyczne Żelazna, Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

III.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

III. 4. A. 1. The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale (IIFAS)

III. 4. A. 2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

III. 4. A. 3. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire for Breast Cancer (EORTC QLQ- BR23)

III. 4. A. 4. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, The cervical cancer-specific Quality of Life (EORTC QLQ- CX24)

III. 4. A. 5. The Fertility Quality of Life (FertiQoL)

III. 4. A. 6. Female Sexual Function Index Questionnaire (FSFI)

III.4.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

III. 4. B. 1. The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)

III. 4. B. 2. Menopause Rating Scale (MRS)

III. 4. B. 3. Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire– Self-Administered (PCOSQ)

III. 4. B. 4. Kwestionariusz 30-item Endometriosis Health Profile (EHP-30)

III. 4. B. 5. The Birth Satisfaction Scale (BBS)

III. 4. B. 6. The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)

III. 4. B. 7. Pregnancy Health Behaviors Scale (PHBS)

III.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.A.1. Skala postaw wobec karmienia niemowląt IOWA	
Nazwa skali w języku angielskim	The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale	
Skrót	IIFAS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	De la Mora Arlene, Russell Daniel, Dungy Claibourne, Losch Mary, Dusdieker Lois
	Rok publikacji	1999
	Źródło	De la Mora A, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. J. Appl. Soc. Psychol. 1999; 29: 2362-80.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Bień Agnieszka, Kulesza-Brończyk Bożena, Przestrzelska Monika, Iwanowicz-Palus Grażyna, Ćwiek Dorota
	Rok publikacji	2021
	Źródło	Bień A, Kulesza-Brończyk B, Przestrzelska M, Iwanowicz-Palus G, Ćwiek D. The attitudes of Polish women towards breastfeeding based on the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). Nutrients 2021; 30; 13(12): 4338.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Oceny postaw kobiet wobec metod karmienia niemowląt, przewidywania wyboru metody karmienia niemowląt oraz czasu trwania karmienia piersią.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Skala składa się z 17 pozycji (polska wersja skali obejmuje 16 pozycji IIFAS-Pol) z 5-stopniową skalą Likerta od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Dziewięć pozycji jest sformułowanych w sposób korzystny dla karmienia piersią, a pozostałe dla karmienia mieszaną. Całkowity wynik IIFAS może wynosić od 17 do 85, przy czym wyższe wyniki odzwierciedlają pozytywne nastawienie do karmienia piersią [1, 2].
	Orientacyjny czas badania	10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania z wykorzystaniem skali IIFAS zostały przeprowadzone m. in. wśród mieszkanek Chin oraz wśród Chińek mieszkających w Australii, które miały dzieci poniżej 5 roku życia [3], w Japonii, wśród matek w wieku od 16 do 45 lat, które urodziły dziecko 18-ście miesięcy wcześniej [4], w Australii na obszarach wiejskich wśród kobiet w pierwszych 12-tu miesiącach po porodzie [5], w Jordanii wśród matek posiadających dzieci do 1 roku

		życia [6], w Etiopii wśród ciężarnych będących w II lub III trymestrze ciąży [7], na Węgrzech wśród matek których ostatnie dziecko miało od 6 do 36 miesięcy [8]. Coteló i in. [9] badali postawy wobec karmienia piersią wśród ciężarnych Hiszpanek będących między 26. a 38. tygodniem ciąży o przebiegu fizjologicznym, badania były kontynuowane po 6 i 16 tygodniach oraz po 6 miesiącach. Balyakina i in. [10] badali związek pomiędzy osobą sprawującą opiekę nad kobietą ciężarną a jej postawą wobec karmienia piersią.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Użycie skali nie jest warunkowane wiekiem badanych
	Miejsce badanych	Dom, przychodnia, szpital
	Stan badanych	---
	Sytuacje	Kobiet ciężarne, kobiety karmiące piersią, kobiety w wieku rozrodczym, mężowie, partnerzy, przyjaciele
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: położne, lekarze, pielęgniarzy, psychologowie, naukowcy	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Powołanie się na publikacje źródłowe
Klucz do skali/interpretacja wyników	Całkowity wynik IIFAS może wynosić od 17 do 85, przy czym wyższe wyniki odzwierciedlają pozytywne nastawienie do karmienia piersią. Całkowite wyniki IIFAS można dalej podzielić na grupy: 1) pozytywne nastawienie do karmienia piersią (wynik IIFAS 70–85), 2) neutralne nastawienie (punktacja IIFAS 49–69) i 3) pozytywne nastawienia dla karmienia mieszanego (wynik IIFAS 17–48) [1].	
Formularz skali/ kwestionariusz		

1	2	3	4	5
Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Nie mam zdania	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam

1.	Korzyści z karmienia piersią trwają tylko do momentu odstawienia dziecka od piersi.	1	2	3	4	5
2.	Karmienie mieszaną sztuczną jest wygodniejsze niż karmienie piersią.	1	2	3	4	5
3.	Karmienie piersią wzmacnia więź między matką a dzieckiem.	1	2	3	4	5
4.	W mleku matki brakuje żelaza.	1	2	3	4	5
5.	Niemowlęta karmione mieszaną sztuczną są częściej przekarmiane niż dzieci karmione piersią.	1	2	3	4	5
6.	Karmienie mieszaną sztuczną jest lepszym rozwiązaniem dla matki, która chce wrócić do pracy.	1	2	3	4	5
7.	Matki karmiące mieszaną sztuczną tracą jedną z największych radości macierzyństwa.	1	2	3	4	5
8.	Kobiety nie powinny karmić piersią w miejscach publicznych, takich jak restauracje.	1	2	3	4	5
9.	Niemowlęta karmione piersią są zdrowsze niż dzieci karmione mieszaną sztuczną.	1	2	3	4	5
10.	Niemowlęta karmione piersią są częściej przekarmiane niż dzieci karmione mieszaną sztuczną.	1	2	3	4	5
11.	Ojcowie czują się pominięci, jeśli matka karmi piersią.	1	2	3	4	5

12.	Mleko matki jest idealnym pożywieniem dla niemowląt.	1	2	3	4	5
13.	Mleko matki jest bardziej lekkostrawne niż mieszanka sztuczna.	1	2	3	4	5
14.	Mieszanka sztuczna jest tak samo zdrowa dla niemowlęcia jak mleko matki.	1	2	3	4	5
15.	Karmienie piersią jest wygodniejsze niż karmienie mieszką sztuczną.	1	2	3	4	5
16.	Mleko matki jest tańsze niż mieszanka sztuczna.	1	2	3	4	5

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- De la Mora A, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. J. Appl. Soc. Psychol. 1999; 29: 2362-80. - Bień A, Kulesza-Brończyk B, Przestrzelska M, et al. The attitudes of Polish women towards breastfeeding based on the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). Nutrients 2021; 30; 13(12): 4338. - Chen S, Binns CW, Liu Y, et al. Attitudes towards breastfeeding – The Iowa Infant Feeding Attitude Scale in Chinese mothers living in China and Australia. Asia Pac. J. Clin. Nutr. 2013; 22: 266–269. - Inoue M, Binns CW, Katsuki Y, Ouchi M. Japanese mothers’ breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the Iowa Infant Feeding Attitudes Scale. Asia Pac. J. Clin. Nutr. 2013; 22: 261–265. - Cox KN, Giglia RC, Binns CW. The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: Evidence from a cohort study in rural Western Australia. Int. Breastfeed. J. 2015; 10: 1–9, doi:10.1186/s13006-015-0048-3. - Abu Shosha GM. The Influence of Infants’ Characteristics on Breastfeeding Attitudes among Jordanian Mothers. Open J. Nurs. 2015;5: 295–302, doi:10.4236/ojn.2015.54032. - Abdulahi M, Fretheim A, Argaw A. Magnus, J.H. Adaptation and validation of the Iowa infant feeding attitude scale and the breastfeeding knowledge questionnaire for use in an Ethiopian setting. Int. Breastfeed. J. 2020; 15: 1–11, doi:10.1186/s13006-020-00269-w. - Ungváry R, Ittész A, Bóné V, Török S. Psychometric properties of the original and short Hungarian version of the Iowa infant feeding attitude scale. Int. Breastfeed. J. 2021; 16; 16(1):54. - Cotelo MDCS, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Novio S. Infant feeding attitudes and practices of Spanish low-risk expectant women using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). Nutrients 2018; 10: 520, doi:10.3390/nu10040520. - Balyakina E, Fulda KG, Franks SF, et al. Association between healthcare provider type and intent to breastfeed among expectant mothers. Matern. Child Health J. 2015; 20: 993–1000, doi:10.1007/s10995-015-1884-x.

Grupa skal	POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	III.4.A.2. Edynburska Skala Depresji Poporodowej
Nazwa skali w języku angielskim	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Skrót	EPDS
Wersja skali	Właściwa

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Cox John, Holden Jeni, Sagowsky Ruth
	Rok publikacji	1987
	Źródło	Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. Detection of post-natal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782. PMID: 3651732.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Eleonora Bielawska-Batorowicz
	Rok publikacji	1995
	Źródło	Kossakowska K. Edynburska skala depresji poporodowej: właściwości psychometryczne i charakterystyka. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica 17, 39-50. 2013.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena samopoczucia w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	10 pozycji dotyczących różnych aspektów samopoczucia, ocenianych w skali 0-3, w zależności od nasilenia. Oceniane są anhedonia, poczucie winy, niepokój, ataki paniki, przemęczenie/przeladowanie, zaburzenia snu, smutek/przygnębienie, płaczliwość, myśli samobójcze
	Orientacyjny czas badania	5 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania z użyciem skali zostały przeprowadzone wśród kobiet przebywających na oddziale poporodowym, w 1.–7. i 30. dniu po porodzie [1]. W natomiast w Japonii badano kobiety podczas pierwszego, drugiego oraz trzeciego trymestru ciąży, a także 3-4 i miesiąc dni po porodzie [2]. Badania przeprowadzone przez Gałęziowska i wsp. dotyczyły grupy 150 kobiet, badaniw przeprowadzono roku od porodu, pacjentki w przedziale wiekowym od 18-41 roku życia [3]. W Anglii i Irlandii Północnej badano kobiety, które zgłaszały niepokój lub lęk, bądź obie dolegliwości, [4] natomiast w Stanach Zjednoczonych grupą badawczą stanowiły kobiety z rozpoznaną depresją poporodową [5]. Brazylijscy naukowcy wykorzystali skalę do oceny symptomów depresji poporodowej wśród kobiet, które chorowały na COVID-19 oraz kobiet, które nie miały infekcji. [6] Przeprowadzono także badania dotyczące spożycia suplementów diety przez matkę podczas pandemii COVID-19, a poziomem stresu z wykorzystaniem EPDS [7]. EPDS została użyta w badaniach, mających na celu utworzenie profilu kobiet predysponowanych do wystąpienia zaburzenia i identyfikacji kobiet z objawami depresji poporodowej[8]. Dombrowska-Pali A. i wsp. przeprowadzili badanie, którego celem była ocena składu mleka i stężenia kortyzolu w surowicy krwi cztery tygodnie po porodzie wśród kobiet z ryzykiem występowania objawów depresji poporodowej [9]. W Chorwacji badano związek pomiędzy satysfakcją z urodzenia dziecka, zespołem stresu pourazowego i depresją poporodową [10].

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Kobiety w wieku rozrodczym
	Miejsce badanych	Gabinet położnej, gabinet lekarza położnika
	Stan badanych	Kobiety ciężarne (pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży oraz 33. a 37. tygodniem ciąży), kobiety w połogu (miesiąc po porodzie)
	Sytuacje	Ciężarna lub położnica z czynnikami ryzyka wystąpienia depresji okołoporodowej
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Ginekolog-położnik, położna, psycholog	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik uzyskuje się sumując punkty kwestionariusza, można uzyskać 30 punktów. Wynik większy lub równy 10 świadczy o dużym prawdopodobieństwie wystąpienia depresji o różnym stopniu nasilenia. Uzyskanie wyniku powyżej 12 punktów lub potwierdzenie obecności myśli nakierowanych na uszkodzenie własnego ciała jest wskazaniem do wykonania diagnozy przez specjalistę. Diagnozę depresji poporodowej, tak jak w przypadku innych typów depresji, następuje na drodze obserwacji zachowania oraz rozmowy z kobietą oraz z jej bliskimi.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP) – wersja dla lekarza, pielęgniarki i położnej (do sumowania wyniku).

- Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia
 - tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
 - trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
 - zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
 - zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)
- Patrzyłam w przyszłość z nadzieją
 - tak jak zawsze (0 punktów)
 - rzadziej niż zawsze (1 punkt)
 - zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
 - nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)
- Obwiniłam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało
 - tak w większości przypadków (3 punkty)
 - tak, czasami (2 punkty)
 - rzadko (1 punkt)
 - wcale (0 punktów)
- Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się
 - zupełnie nie (0 punktów)
 - raczej nie (1 punkt)
 - czasami (2 punkty)
 - tak, bardzo często (3 punkty)
- Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów
 - tak, często (3 punkty)
 - czasami (2 punkty)
 - nie, raczej nie (1 punkt)
 - nie, nigdy (0 punktów)
- Wydarzenia przerastały mnie
 - tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
 - czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
 - przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
 - radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy
• tak, przez większość czasu (3 punkty)
• tak czasami (2 punkty)
• rzadko (1 punkt)
• nie, wcale nie (0 punktów) 8.
Czułam się samotna i nieszczęśliwa
• tak, przez większość czasu (3 punkty)
• tak, dość często (2 punkty)
• niezbyt często (1 punkt)
• nie, wcale nie (0 punktów)
9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam
• tak, przez większość czasu (3 punkty)
• tak, dość często (2 punkty)
• tylko sporadycznie (1 punkt)
• nie, wcale nie (0 punktów)
10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy
• tak, dość często (3 punkty)
• czasami (2 punkty)
• bardzo rzadko (1 punkt)
• nigdy (0 punktów)

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Golec M, Rajewska-Rager A, et al. Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. Psychiatria. tom 13, nr 1, 1–7. Copyright 2016 Via Medica. ISSN 1732-9841. - Tanuma-Takahashi A., Tanemoto T., Nagata C. et al. Antenatal screening timeline and cutoff scores of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for predicting postpartum depressive symptoms in healthy women: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2022, 22, 527. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04740-w. - Gałęziowska, E., Kicińska, K., Szadowska-Szlachetka, Z. & Domżał-Drzewicka, R. (2021). Assessment of the risk of postpartum depression and the support expected and received by women within a year of giving birth. Polish Journal of Public Health, 2021, 131(1) 62-66. https://doi.org/10.2478/pjph-2021-0012. - Fellmeth G., Harrison S., McNeill J. et al. Identifying postnatal anxiety: comparison of self-identified and self-reported anxiety using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. BMC Pregnancy Childbirth 2022, 22, 180 https://doi.org/10.1186/s12884-022-04437-0. - Beck C.T, Indman P. The many faces of postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005 Sep-Oct;34(5):569-76. doi: 10.1177/0884217505279995. PMID: 16227512. - Knippel Galletta M.A, Silva Sousa Oliveira A.M, Gorrao Lopes Albertini J. et al. Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Journal of Affective Disorders. Volume 296, 1 January 2022, Pages 577-586. - Erlana U. Maternal Dietary Supplements Intake and Edinburgh Postnatal Depression Scale Score During COVID-19 Pandemic. J Acad Nutr Diet. 2022 Sep; 122(9): A20 - Branquinho et al. Profiles of women with postpartum depressive symptoms: A latent profile analysis using the Edinburgh Postnatal Depression Scale factors. Journal of Clinical Psychology. Volume 78, Issue 7 p. 1500-1515 - Dombrowska-Pali, A., Chrustek, A., Gebuza, G., & Kaźmierczak, M. Analysis of cortisol levels in breast milk and blood serum in women with symptoms of postpartum depression. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2022, 28(2).

	10. Nakić Radoš S, Martinić L., et al. The relationship between birth satisfaction, post-traumatic stress disorder and postnatal depression symptoms in Croatian women. Stress and Health. Volume 38, Issue 3 p. 500-508.
--	---

Grupa skal	POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.A.3. Kwestionariusz oceny jakości życia pacjentek z nowotworami piersi EORTC QLQ-BR23	
Nazwa skali w języku angielskim	Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-BR23)	
Skrót	EORTC QLQ BR23	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)
	Rok publikacji	1993
	Źródło	Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993; 85: 365-376. Aaronson NK, te Velde A, Hopwood P, Muller M, Franklin J, Arraras JI, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. J Clin Oncol. 1996; 14(10): 2756-68.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Zawisza Katarzyna, Tobiasz-Adamczyk Beata, Nowak Wojciech, Kulig Jan, Jędryś Joanna
	Rok publikacji	2010
	Źródło	Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W, Kulig J, Jędryś J. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23) [Validity and reliability of the quality of life questionnaire (EORTC QLQ C30) and its breast cancer module (EORTC QLQ BR23)]. Ginekol Pol. 2010; 81(4): 262-67.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Ocena jakości życia kobiet z nowotworem piersi
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wynik skali EORTC QLQ C30
	Struktura skali	Kwestionariusz QLQ BR23 służy do oceny jakości życia pacjentek z nowotworem piersi, obejmuje on 23 pytania na które respondentka odpowiada w skali od 1 do 4 (1 – wcale; 2 – trochę; 3 – znacznie; 4 – bardzo), z których dwie dotyczą stanu funkcjonalnego: wizerunek ciała (BI;9-12), funkcjonowanie seksualne (SEF;14,15) oraz trzy skale oceniające objawy-efekty uboczne terapii (ST;1-4,6-8), objawy ze strony piersi (BS;20-23), objawy ze strony ramienia (AS;17-19), ponadto trzy pojedyncze pytania dotyczące: zainteresowania życiem seksualnym (SEE;16), rokowań (FU;13) i martwienia się z powodu utraty włosów (HL;5) [1-4].

	Orientacyjny czas badania	15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Słowik i in. badali jakość życia kobiet w wieku od 18 do 65 lat, z wczesnym rakiem piersi, po pierwotnym zabiegu operacyjnym guza sutka z powodu raka inwazyjnego, które po leczeniu chirurgicznym wymagały leczenia chemioterapią adjuwantową [6]. Tripathy i in. analizowali korelację między spadkiem wydajności pracy a domenami EORTC QLQ-BR23 u kobiet przed menopauzą z zaawansowanym rakiem piersi [7]. Badania z wykorzystaniem EOTRC-QOL-BR-23 były przeprowadzone również wśród kobiet po 12-tu miesiącach leczenia oraz zmianie stylu życia, polegającym na modyfikacji diety, zmianie aktywności fizycznej oraz wprowadzeniu suplementacji witaminą D [8]. Monteiro i in. ocenili jakość życia Brazylijek u których został potwierdzony in situ rak piersi, który nie był wcześniej leczony systemowo ani radioterapią. Jakość życia oceniano na początku badania i co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata, a następnie co 6 miesięcy do 5 lat obserwacji [9]. Z kolei Rini i in. analizowali jakość życia kobiet w późnym stadium raka piersi w zależności od zastosowanych metod rekonstrukcyjnych przed i 3 tygodnie po zabiegu [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pełnoletność badanych
	Miejsce badanych	Przychodnia, szpital, dom
	Stan badanych	Kobiety z rozpoznanym nowotworem piersi
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: położne, lekarze, pielęgniarki, psychologowie, naukowcy	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda grupy European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala została przekodowana do zakresu 0-100 punktów tak, aby wyższa wartość uzyskana na skali oznaczała większe nasilenie badanej cechy [4,5].	
Formularz skali/ kwestionariusz*		
* Formularz jest dostępny online po zarejestrowaniu się na stronie:		
https://qol.eortc.org/questionnaire/update-qlq-br23/		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Sprangers M, Groenvold M, Arraras J, [et al.]. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. J Clin Oncol. 1996, 14, 2756-2768. 2. Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993; 85: 365-376. 3. Aaronson NK, te Velde A, Hopwood P, Muller M, Franklin J, Arraras JI, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. J Clin Oncol. 1996; 14(10): 2756-68.

	4. Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W, Kulig J, Jedrys J. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23) [Validity and reliability of the quality of life questionnaire (EORTC QLQ C30) and its breast cancer module (EORTC QLQ BR23)]. Ginekol Pol. 2010; 81(4): 262-67. 5. http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_downloads.htm 6. Słowik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk AM, Jach R. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. Psychiatr Pol. 2017; 29; 51(5): 871-888. 7. Tripathy D, Curteis T, Hurvitz S, et al. Correlation between work productivity loss and EORTC QLQ-C30 and -BR23 domains from the MONALEESA-7 trial of premenopausal women with HR+/HER2- advanced breast cancer. Ther Adv Med Oncol. 2022; 28; 14:17588359221081203. 8. Montagnese C, Porciello G, Vitale S, Palumbo E, et al. Quality of Life in Women Diagnosed with Breast Cancer after a 12-Month Treatment of Lifestyle Modifications. Nutrients 2020; 31; 13(1):136. 9. Monteiro MR, Nunes NCC, Crespo J, et al. Patient-centered Outcomes in Breast Cancer: Description of EQ-5D-5L and EORTC-QLQ-BR23 Measurements in Real-world Data and Their Association With Survival. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2022; 34(9): 608-616. 10. Rini IS, Gunardi AJ, Yashinta, et al. Quality of Life in Palliative Post-mastectomy Reconstruction: Keystone versus Rotational Flap. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2021; 15; 9(3): e3457.
--	---

* Uaktualniona wersja kwestionariusza nosi nazwę EORTC QLQ-BR45 i obejmuje 45 zagadnień: 23 z kwestionariusza QLQ-BR23 oraz 22 nowe zagadnienia.

Grupa skal			POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	III.4.A.4. Kwestionariusz oceny jakości życia EORTC QLQ – CX24		
Nazwa skali w języku angielskim	The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) The Cervical Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-CX24)		
Skrót	EORTC QLQ – CX24		
Wersja skali	Właściwa		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)	
	Rok publikacji	2006	
	Źródło	Greimel ER, Kuljanic Vlasic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, Singer S, Chie W, Nordin A, Bjelic Radisic V, Wydra D. European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. Cancer 2006; 107(8): 1812-22[1].	
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Kieszkowska-Grudny Anna, Rucińska Monika, Biedrzycka Sylwia, Nawrocki Sergiusz	
	Rok publikacji	2012	

	Źródło	Kieszkowska-Grudny A., Rucińska M., Biedrzycka S., Nawrocki S. Ocena jakości życia w grupie kobiet chorych na raka szyjki macicy po radykalnej radiochemioterapii oraz w grupie kobiet nieleczonych z powodu raka — doniesienie wstępne. Nowotwory. Journal of Oncology 2012; 62(3): 168-174 [2].
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Pytania obejmują dwa obszary: dotyczące funkcjonowania pacjenta oraz doświadczanych objawów.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	EORTC QLQ CX-24 to kwestionariusz specyficzny dla pacjentów z rakiem szyjki macicy, który składa się z 24 pytań sklasyfikowanych jako: pytania dotyczące funkcjonowania (obraz ciała, aktywność seksualna, satysfakcja seksualna, funkcjonowanie), pytania dotyczące objawów (odczuwalne objawy, obrzęki limfatyczne, neuropatie obwodowe, objawy menopauzy i obawy dotyczące seksualności pacjenta) [3],[4]. Narzędzie to wykorzystuje 4-stopniową skalę odpowiedzi, „wcale”, „trochę”, „znacznie” i „bardzo” do oceny każdego pytania.
	Orientacyjny czas badania	10 min.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjentów w trakcie leczenia [5-8].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	-
	Miejsce badanych	Szpitala, ośrodki badawcze [9, 10]
	Stan badanych	Kobiety z rozpoznanym nowotworem szyjki macicy
	Sytuacje	-
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: położne, lekarze, pielęgniarki, psychologzy, naukowcy	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda grupy European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każde z 24 pytań oceniane jest w skali 1-4, gdzie 1 oznacza, że pacjentka nie utożsamia się z danym stanem/ dolegliwością a 4, że dotyczy jej w bardzo dużym stopniu. Minimalny wynik to 24 pkt a maksymalny to 96 pkt.	
Formularz skali/ kwestionariusz*		
* Formularz jest dostępny online po zarejestrowaniu się na stronie: https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-cx24/		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Greimel ER, Kuljanic Vlastic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, Singer S, Chie W, Nordin A, Bjelic Radisic V, Wydra D; European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. Cancer 2006; 107(8): 1812-22.

	2. Kieszowska-Grudny A, Rucińska M, Biedrzycka S, Nawrocki S. Ocena jakości życia w grupie kobiet chorych na raka szyjki macicy po radykalnej radiochemioterapii oraz w grupie kobiet nieleczonych z powodu raka — doniesienie wstępne. Nowotwory. Journal of Oncology 2012; 62(3): 168-174. 3. Zaric R, Zivkovic-Radojevic M, Krasic K, Milovanovic J, Jankovic S. Psychometric Properties of the Quality of Life Questionnaire – Cervical Cancer 24 (QLQ CX 24). Serbian Journal of Experimental and Clinical Research 2021. Dostępny w internecie: https://sciendo.com/article/10.2478/sjecr-2020-0047 Dostęp: 11.10.2022. 4. Lee Y, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. Cancer Res Treat 2016; 48(4): 1321-1329. 5. Dahiya N, Acharya AS, Bachani D, Sharma D, Gupta S, Haresh K, Rath G. Quality of Life of Patients with Advanced Cervical Cancer before and after Chemoradiotherapy. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(7): 3095-9. 6. Atallah S, Barbera L, Folwell M, Howell D, Liu Z, Croke J. Feasibility of implementing a cervix cancer-specific patient-reported outcome measure in routine ambulatory clinics. Support Care Cancer 2021; 29(1): 499-507. 7. Araya LT, Gebretekla GB, Gebremariam GT, Fenta TG. Reliability and validity of the Amharic version of European Organization for Research and Treatment of cervical Cancer module for the assessment of health related quality of life in women with cervical cancer in Addis Ababa, Ethiopia. Health Qual Life Outcomes. 2019; 17(1): 13. 8. Heinzler J, Brucker J, Bruckner T, Dinkic C, Hoffmann J, Dornhöfer N, Seitz S, Sohn C, Rom J, Schott TC, Schott S. Impact of a cervical dysplasia and its treatment on quality of life and sexual function. Arch Gynecol Obstet 2018; 298(4): 737-745. 9. Ekdahl L, Crusensvärd M, Reynisson P, Lönnfors C, Persson J. Quality of life and long-term clinical outcome following robot-assisted radical trachelectomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021; 267: 234-240. 10. Paradowska D, Tomaszewski KA, Bałajewicz-Nowak M, Bereza K, Tomaszewska IM, Paradowski J, Pityński K, Skotnicki P, Greimel ER, Bottomley A. Validation of the Polish version of the EORTC QLQ-CX24 module for the assessment of health-related quality of life in women with cervical cancer. Eur J Cancer Care (Engl) 2014; 23(2): 214-20.
--	--

Grupa skal	POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.A.5. Kwestionariusz FertiQoL	
Nazwa skali w języku angielskim	The Fertility Quality of Life	
Skrót	FertiQoL	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Jacky Boivin, Janet Takefman, Andrea Braverman
	Rok publikacji	2011
	Źródło	Boivin, J, Takefman, J, Braverman, A. (2011) Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. Human Reproduction, 26(8), 2084–2091.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak
	Rok publikacji	Brak
	Źródło	Brak

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena jakości życia kobiet i mężczyzn leczonych z powodu niepłodności
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Pacjenci podczas leczenia
	Struktura skali	Skala składa się z 36 pytań, które oceniają różne aspekty życia związane z ogólnym stanem psychicznym, z leczeniem oraz ze zdrowiem fizycznym.
	Orientacyjny czas badania	-
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W Chinach i Kazachstanie skala została wykorzystana w badaniach oceniających jakość życia kobiet poddanych procedurze in vitro [1, 2]. W innym badaniu przeprowadzonym w Chinach badaniem objęło pary, leczące się z powodu niepłodności [3]. W Turcji badano wpływ niepłodności na występowanie lęku, depresji, samoocenę, jakość życia i funkcje seksualne zarówno u kobiet jak i mężczyzn [4]. Japońscy naukowcy analizowali wpływ warunków pracy na jakość życia związaną z płodnością [5]. Bivia Roig G., et al badali wpływ pandemii COVID-19 na styl i jakość życia kobiet z zaburzeniami płodności [6]. W Azji Południowej oceniano jakość opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia emocjonalnego niepłodnych kobiet [7]. Van Kessel i wsp. analizowali jakość życia u kobiet poddawanych zabiegom diagnostycznym w kierunku niepłodności [8]. Kwestionariusz FertiQoL posłużył również do oceny efektywności aplikacji mobilnej poświęconej <i>mindfulness</i> u osób zmagających się z niepłodnością [9]. Woods i wsp wykorzystali kwestionariusz w badaniach dotyczących stresu związanego z niepłodnością [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Wiek rozrodczy
	Miejsce badanych	Ośrodki leczenia niepłodności
	Stan badanych	Pary leczące się z powodu niepłodności
	Sytuacje	Brak
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	lekarz, położna, pielęgniarka, psycholog	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Sumuje się punkty za poszczególne pytania, następnie skaluje w zakresie 0-100. Im wyższy wynik tym jakość życia jest lepsza.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Formularz skali/ kwestionariusz – dostępny na stronie: [ferti-qol-Polish.pdf \(cardiff.ac.uk\)](https://ferti-qol-polish.pdf(cardiff.ac.uk))

FertiQoL

Kwestionariusz dotyczący jakości życia osób dotkniętych niepłodnością (2008)

Uprzejmie prosimy o to, by przy każdym pytaniu wybrał(a) Pani/Pan (zaznaczając odpowiednią kratkę) tę odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana myśli i uczucia. Odpowiedzi należy udzielić zgodnie z tym, co Pani/Pan aktualnie myśli i czuje. Niektóre pytania mogą dotyczyć Pani/Pana życia osobistego, ale są konieczne do tego, by prawidłowo ocenić wszystkie aspekty Pani/Pana życia. Na pytania oznaczone gwiazdką (*) powinny odpowiedzieć tylko osoby mające partnera/partnerkę.

Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia		Bardzo zły	Zły	Ani zły, ani dobry	Dobry	Bardzo dobry
A	Jak ocenił(a)by Pani/Pan stan swojego zdrowia?					
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia		Bardzo niezadowolona /-y	Niezadowolona /-y	Ani zadowolona/-y, ani niezadowolona/-y	Zadowolona /-y	Bardzo Zadowolona /-y
B	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości swojego życia?					
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia.		Całkowicie	W dużym stopniu	Umiarkowanie	W małym stopniu	Wcale
1	Czy myśli dotyczące niepłodności powodują u Pani/Pana pogorszenie koncentracji i uwagi?					
2	Czy uważa Pani/Pan, że problemy z płodnością uniemożliwiają Pani/ Panu realizowanie innych planów i celów życiowych?					
3	Czy odczuwa Pani/Pan wyczerpanie i/ lub zmęczenie z powodu problemów z płodnością?					
4	Czy ma Pani/Pan poczucie, że jest w stanie poradzić sobie ze swoimi problemami z płodnością?					
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia.		Bardzo niezadowolona/-y	Niezadowolona/-y	Ani zadowolona/-y, ani niezadowolona/-y	Zadowolona /-y	Bardzo Zadowolona /-y
5	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze wsparcia otrzymywanego od znajomych w związku z przeżywanymi problemami z płodnością?					
6	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze swojego życia seksualnego pomimo Pani/ Pana problemów z płodnością?					
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia.		Zawsze	Bardzo często	Dość często	Rzadko	Nigdy
7	Czy Pani/Pana problemy z płodnością wywołują uczucie zazdrości i rozgoryczenia?					
8	Czy niemożność posiadania dziecka (lub kolejnych dzieci) wywołuje u Pani/Pana smutek i/lub poczucie straty?					
9	Czy Pani/Pana nastawienie waha się między nadzieją a rozpaczą z powodu problemów z płodnością?					

10	Czy jest Pani/Pan wyizolowana/y społecznie z powodu problemów z płodnością?					
11	Czy Pani/Pan i Pani/Pana partner(ka) okazujecie sobie nawzajem czułość pomimo problemów z płodnością?					
12	Czy problemy z płodnością przeszkadzają Pani/Panu w codziennej pracy i obowiązkach?					
13	Czy czuje Pani/Pan dyskomfort podczas spotkań towarzyskich/ rodzinnych, takich jak święta i inne uroczystości, z powodu swoich problemów z płodnością?					
14	Czy czuje Pani/Pan, że rodzina rozumie, co Pani/Pana przeżywa?					
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia		Ogromnie	Bar- dzo	Umiarko- wanie	Trochę	Wcale
15	Czy problemy z płodnością wzmocniły Pani/Pana zaangażowanie w związek z partnerem/partnerką?					
16	Czy odczuwa Pani/Pan smutek i przygnębienie z powodu swoich problemów z płodnością?					
17	Czy Pani/Pana problemy z płodnością sprawiają, że czuje się Pani/Pan gorzej/-y od osób, które mają dzieci?					
18	W jakim stopniu przeszkadza Pani/Panu zmęczenie wynikające z problemów z płodnością?					
19	Czy problemy z płodnością wpływają negatywnie na Pani/Pana związek z partnerką/partnerem?					
20	Czy jest Pani/Panu trudno rozmawiać z partnerem/partnerką o swoich uczuciach związanych z niepłodnością?					
21	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze swojego związku pomimo problemów z płodnością?					
22	Czy czuje Pani/Pan presję społeczną, by mieć (więcej) dzieci?					
23	Czy Pana/Pani problemy z płodnością budzą w Pani/Pana złość?					
24	Czy odczuwa Pani/Pan ból i dyskomfort fizyczny z powodu swoich problemów z płodnością?					

FertiQoL International (opcjonalny moduł dotyczący leczenia)						
<i>Czy rozpoczęła Pani/rozpoczął Pan leczenie niepłodności (w tym konsultacje lub interwencje medyczne)? Jeżeli tak, to prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Uprzejmie prosimy o to, by przy każdym pytaniu wybrał(a) Pani/ Pan (zaznaczając odpowiednią kratkę) tę odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana myśli i uczucia. Odpowiedzi należy udzielić zgodnie z tym, co Pani/Pan aktualnie myśli i czuje. Niektóre pytania mogą dotyczyć Pani/Pana życia osobistego, ale są konieczne do tego, by prawidłowo ocenić wszystkie aspekty Pani/Pana życia.</i>						
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia.		Zawsze	Bar- dzo często	Dość często	Rzadko	Nigdy
T1	Czy leczenie niepłodności negatywnie wpływa na Pani/Pana nastrój?					
T2	Czy ma Pani/Pan możliwość korzystania z medycznych metod diagnostyki i leczenia niepłodności, które Panią/ Pana interesują					
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia.		Ogrom- nie	Bar- dzo	Umiar- kowanie	Trochę	Wcale
T3	Na ile skomplikowane jest dla Pani/ Pana radzenie sobie z procedurami i/lub stosowaniem leków w trakcie leczenia niepłodności?					
T4	Czy efekty towarzyszące leczeniu niepłodności utrudniają Pani/Panu codzienne i/lub związane z pracą zajęcia?					
T5	Czy czuje Pani/Pan, że personel zajmujący się leczeniem niepłodności rozumie, co Pani/Pan przeżywa?					
T6	Czy przeszkadzają Pani/Panu dolegliwości fizyczne wynikające ze stosowanych podczas leczenia niepłodności leków i zabiegów?					
Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia		Bardzo nieza- dowo- lona /-y	Nieza- dowo- lona /-y	Ani zadowo- lona/-y, ani nie- zadowo- lona/-y	Zadowo- lona /-y	Bardzo Zadowolona /-y
T7	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości usług, z których może Pani/ Pan korzystać w celu zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych?					
T8	Jak ocenił(a)by Pani/Pan operację i/ lub badania/zabieg(i) medyczny/-e, którym Pani/Pana poddano?					
T9	Jak ocenił(a)by Pani/Pan jakość informacji, które otrzymał/a Pani/Pan na temat zaleconych leków, operacji i/lub zabiegów medycznych?					

T10	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z komunikacji i współpracy z personelem medycznym zajmującym się leczeniem niepłodności?					
-----	--	--	--	--	--	--

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Jing X., Gu W. et al. Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing in vitro fertilization–embryo transfer. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2022, Volume 43, Issue 1. - Suleimenova M., Lokshin V., Karibayeva S., Glushkova N., Terzie M. P-513 Quality of life assessment of women undergoing in vitro fertilization treatment in Kazakhstan, Human Reproduction, Volume 37, Issue Supplement 1, deac107.475, https://doi.org/10.1093/humrep/deac107.475. - Jie-Yu W, Xiao-Qing L., et al. Sexual Function, Self-Esteem, and Quality of Life in Infertile Couples Undergoing in vitro Fertilization: A Dyadic Approach Psychology Research and Behavior Management;2022 Macclesfield Tom 15: 2449-2459. DOI:10.2147/PRBM.S378496. - Kulaksiz D., Toprak T., Ayribas B. et al. The effect of male and female factor infertility on women’s anxiety, depression, self-esteem, quality of life and sexual function parameters: a prospective, cross-sectional study from Turkey. Arch Gynecol Obstet 2022, 306, 1349–1355 https://doi.org/10.1007/s00404-022-06713-y. - Maeda E., Hiraike O., et al. Working conditions contribute to fertility-related quality of life: a cross-sectional study in Japan. Reproductive BioMedicine.2022, https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.07.006. - Bivia-Roig G., et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the lifestyles and quality of life of women with fertility problems. Front Public Health. 2021 Jul 19;9:686115 - Hassan Sehar-un Nisa, Zahra A., Parveen N. et al. Quality of Infertility Care Services and Emotional Health of South Asian Women. Psychol Res Behav Manag. 2022; 15: 1131–1146 doi: 10.2147/PRBM.S357301. - M.A. van Kessel, Paulussen M., et al. Fertility-related quality of life in subfertile women undergoing tubal testing with transvaginal hydrolaparoscopy or hysterosalpingography. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2022, Volume 274: 19-22. - Boedt T., Willaert N., el al. Evaluation of a stand-alone mobile mindfulness app in people experiencing infertility: the protocol for an exploratory randomised controlled trial (MoMiFer-RCT). BMJ Open. 2022; 12(2). doi: 10.1136/bmjopen-2021-050088. - Woods B.M, Patricia A. Infertility-related stress: A concept analysis. Infertility-related stress: A concept analysis. Nursing Forum Volume 57, Issue 3 p. 437-445.

Grupa skal	POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.A.6. Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet	
Nazwa skali w języku angielskim	Female Sexual Function Index	
Skrót	FSFI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D’Agostino R Jr
	Rok publikacji	2000

	Źródło	Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J. Sex. Marital. Ther. 2000; 26(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597. PMID: 10782451.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Nowosielski Krzysztof, Wróbel Beata, Sioma- Markowska Urszula, Poręba Ryszard
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poręba R. Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females. J Sex Med. 2013 Feb; 10(2): 386-395.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wieloaspektowa samoocena funkcjonowania seksualnego w przeciągu ostatnich czterech tygodni. Dotyczy 6 domen: pożądania, podniecenia, lubrykacji,orgazmu, satysfakcji seksualnej, dolegliwości bólowych związanych z seksualnością.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Składa się z 19 pytań o łącznym zakresie punktacji od 4 do 95, gdzie niskie wyniki wskazują na niższy poziom funkcjonowania seksualnego.
	Orientacyjny czas badania	---
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W Japonii badano zależność między funkcjonowaniem seksualnym kobiet, a depresją i lękiem[1]. W Chinach badaniom poddano kobiety ze związków, w których para boryka się z niepłodnością [2]. Rogrigues- Eberhardt i wsp. przeprowadzili badania mające na celu skorelowanie dysfunkcji seksualnych z obrazem ciała wśród studentek [3]. Badacze oceniali także wpływ <i>mindfulness</i> na dysfunkcje seksualne wśród kobiet [4]. Badacze Shi C, Xu H i wsp. przeprowadzili metaanalizę, która dotyczyła wpływu endometriozy na spadek funkcji seksualnych oraz wzrost nasilenia bólu [5]. Badano również zależność między przywiązaniem, intymnością, a seksualnością kobiet [6]. Indeks wykorzystany był także w badaniach dotyczących siły mięśni dna miednicy i jej rzutowaniu na funkcje seksualne [7]. Hoehn i wsp badali funkcje seksualne po zabiegu usunięcia uchyłków cewki moczowej, natomiast Davis i wsp. badali kobiety po radykalnej cystektomii z powodu raka pęcherza [8,9]. Coelho i wsp. badali zależność między łagodnym obturacyjnym bezdechem sennym u kobiet, a dysfunkcją seksualną [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Grupy zróżnicowanych pod względem etapu seksualnego w życiu, zarówno w okresie przed-, jak i pomenopauzalnym. Dedykowane kobietom w przedziale wiekowym 18-70 lat.
	Miejsce badanych	Gabinet lekarza, położnej, psychologa

	Stan badanych	Kobiety aktywne seksualnie
	Sytuacje	Ocena zaburzeń seksualnych u kobiet np. chorujących na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, okaleczenia żeńskich narządów płciowych, obturacyjny bezdech senny, szum w uszach, uraz rdzenia kręgowego. Ocena po zabiegach w obrębie miednicy.
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Lekarz, położna, pielęgniarka, psycholog	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Ocena obejmuje okres ostatnich 4 tygodni, dotyczy 6 domen: I – pożądania (1 i 2 pytanie), II – podniecenia (3,4, 5 i 6 pytanie), IV – lubrykacji (7, 8, 9 i 10 pytanie), IV – orgazmu (11, 12 i 13 pytanie), V – satysfakcji seksualnej (14, 15 i 16 pytanie), VI – dolegliwości bólowych związanych z seksualnością (17, 18 i 19 pytanie). Dla każdej domeny należy zsumować punkty i pomnożyć przez odpowiedni współczynnik, idąc po kolei od domeny I do VI: 0.6; 0.3; 0.3; 0.4; 0.4; 0.4, co daje ostateczny zakres punktacji od 0 do 6. Ocena: wyższy wskaźnik punktowy: lepsze funkcjonowanie w danej domenie. Należy zsumować następnie przeliczone wyniki punktowe a otrzymany rezultat będzie dotyczył ogólnego funkcjonowania seksualnego w zakresie od 2 do 36 punktów. Ocena: wartość 26 punktów lub mniejsza wskazuje na obecność znamiennej klinicznej dysfunkcji seksualnych. Uzyskany wynik mniejszy lub równy 26,55pkt pozwala rozpoznać dysfunkcje seksualne.	
Formularz skali/ kwestionariusz <i>W ciągu ostatnich 4 tygodni (proszę wybrać tylko jedną odpowiedź):</i> 1. Jak często odczuwała Pani pożądanie seksualne i zainteresowanie życiem seksualnym? 5. Prawie zawsze lub zawsze 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków) 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków) 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków) 1. Prawie nigdy lub nigdy 2. Jak ocenilaby Pani natężenie (poziom) swojego pożądania seksualnego i zainteresowania życiem seksualnym? 5. Bardzo wysokie 4. Wysokie 3. Umiarkowane 2. Niskie 1. Bardzo niskie lub nieobecne 3. Jak często czuła się Pani pobudzona seksualnie (podniecona) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego? 0. Nie odbywałam stosunków płciowych 5. Prawie zawsze lub zawsze 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków) 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków) 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków) 1. Prawie nigdy lub nigdy		

4. Jak ocenilaby Pani natężenie (poziom) swojego pobudzenia seksualnego podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Bardzo wysokie
- 4. Wysokie
- 3. Umiarkowane
- 2. Niskie
- 1. Bardzo niskie lub nieobecne

5. W jakim stopniu była Pani pewna, że zawsze będzie Pani w stanie pobudzić się seksualnie (podniecić) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. W bardzo dużym stopniu
- 4. W dużym stopniu
- 3. W niskim stopniu
- 2. W umiarkowanym stopniu
- 1. W bardzo niskim stopniu lub wcale

6. Jak często była Pani zadowolona ze swojego pobudzenia seksualnego (podniecenia) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

7. Jak często odczuwała Pani wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

8. Jak trudno było Pani uzyskać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 1. Niezwykle trudno
- 2. Bardzo trudno
- 3. Trudno
- 4. Trochę trudno
- 5. Nietrudno

9. Jak często była Pani w stanie utrzymać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

10. Jak trudno było Pani utrzymać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 1. Niezwykle trudno
- 2. Bardzo trudno
- 3. Trudno
- 4. Trochę trudno
- 5. Nietrudno

11. Jak często w czasie stymulacji seksualnej lub podczas stosunku płciowego przeżywała Pani orgazm?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

12. Jak trudno było Pani osiągnąć orgazm w czasie stymulacji seksualnej lub podczas stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 1. Niezwykle trudno
- 2. Bardzo trudno
- 3. Trudno
- 4. Trochę trudno
- 5. Nietrudno

13. Jak określiłaby Pani poziom swojej satysfakcji z dotychczasowej możliwości osiągania orgazmu w czasie aktywności seksualnej lub podczas stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Bardzo zadowolona
- 4. Raczej zadowolona
- 3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
- 2. Raczej niezadowolona
- 1. Bardzo niezadowolona

14. Jak określiłaby Pani poziom zadowolenia ze stopnia bliskości emocjonalnej pomiędzy Panią i partnerem w czasie aktywności seksualnej?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Bardzo zadowolona
- 4. Raczej zadowolona
- 3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
- 2. Raczej niezadowolona
- 1. Bardzo niezadowolona

15. Jak określiłaby Pani stopień zadowolenia ze związku seksualnego ze swoim partnerem?

- 5. Bardzo zadowolona
- 4. Raczej zadowolona
- 3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
- 2. Raczej niezadowolona
- 1. Bardzo niezadowolona

16. Jak określiłaby Pani poziom swojej satysfakcji z dotychczasowego życia seksualnego?

- 5. Bardzo zadowolona
- 4. Raczej zadowolona
- 3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
- 2. Raczej niezadowolona
- 1. Bardzo niezadowolona

17. Jak często odczuwała Pani dyskomfort lub ból podczas penetracji w czasie stosunku płciowego?

- 0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
- 1. Prawie zawsze lub zawsze
- 2. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 4. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 5. Prawie nigdy lub nigdy

18. Jak często odczuwała Pani dyskomfort lub ból podczas penetracji i całego stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Prawie zawsze lub zawsze
2. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
4. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
5. Prawie nigdy lub nigdy

19. Jak określiłaby Pani stopień dyskomfortu lub bólu podczas penetracji i całego stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Bardzo wysoki
2. Wysoki
3. Umiarkowany
4. Niski
5. Bardzo niski lub wcale

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Harding Y,Ueda S. et al. Relationship between Female Sexual Function and Depression or Anxiety in Japan. Open Journal of Nursing. 2022,Vol.12 No.5 2. Wang Q., Geng H., et al. Association between the international index of erectile function-15 and female sexual function index in Chinese infertile couples. Andrologia 2022, Volume 54, Issue 4 e14360. doi.org/10.1111/and.14360. 3. Rodrigues Eberhardt P, Lucia La Rosa V., et al. Sexual dysfunctions in female university students and the correlation with body image: a cross-sectional study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2022, Volume 43. 4. Sood R., L. Kuhle C., Association of mindfulness with female sexual dysfunction. Maturitas. 2022, Volume 161, P: 27-32. 5. Shi C., Xu H., Zhang T. et al. Endometriosis decreases female sexual function and increases pain severity: a meta-analysis. Arch Gynecol Obstet 2022. https://doi.org/10.1007/s00404-022-06478-4. 6. Ribeiro F.N., Sousa-Gomes V., Moreira D. et al. The Relationship Between Romantic Attachment, Intimacy, and Dyadic Adjustment for Female Sexual Function. Sex Res Soc Policy 2022 https://doi.org/10.1007/s13178-022-00738-3. 7. Pasqualotto L., Riccetto C., Biella A.F. et al. Impact of pelvic floor muscle strength on female sexual function: retrospective multicentric cross-sectional study. Int Urogynecol J 2022, 33, 1591–1599 https://doi.org/10.1007/s00192-021-05032-1. 8. Hoehn D., Mohr S. et al. A prospective cohort trial evaluating sexual function after urethral diverticulectomy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2022,Volume 272 P: 144-149. 9. Davis L, Isali I. et al. Female Sexual Function Following Radical Cystectomy in Bladder Cancer. Sex Med Rev. 2022 Apr;10(2):231-239. doi: 10.1016/j.sxmr.2021.10.005. 10. Coelho G, Bittencourt . et al. Depression and obesity, but not mild obstructive sleep apnea, are associated factors for female sexual dysfunction. Sleep and Breathing 2022, 26, 697–705.

III.4.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.B.1. Kwestionariusz jakości życia w okresie menopauzy
Nazwa skali w języku angielskim	The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lewis Jacqueline E., Hilditch John R., Wong Cindy J.
Państwo	Kanada
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz służy do oceny jakości życia kobiet w okresie klimakterium. Składa się z 29 podpunktów z 7 stopniową skalą od 0 do 6. Każdy z podpunktów zawiera objaw mogący pojawić się w trakcie klimakterium, zawiera cztery domeny: wazomotoryczną (punkty 1-3), psychosocjalną (punkty 4-10), fizyczną (punkty 11-26) i seksualną (punkty 27-29). Respondentki określają czy dany problem dotyczył ich w przeciągu ostatniego miesiąca czy nie. Jeśli tak, to zaznaczają w jakim stopniu ten problem przeszkadzał określając to w skali od 0 do 6, gdzie 0 oznacza w ogóle nie przeszkadzał, a 6 bardzo przeszkadzał.
Źródło bibliograficzne	Hilditch JR, Lewis J., Peter A, Guyatt G H, Norton PG, Dunn E. A menopause – specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. <i>Maturitas</i> 1996; 24: 161–175. Lewis JE, Hilditch JR, Wong CJ. Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, the MENQOL-Intervention questionnaire. <i>Maturitas</i> 2005; 50: 209-221.
Źródło on-line	doi: 10.1016/j.maturitas.2004.06.015
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.B.2. Skala oceny objawów Menopauzy
Nazwa skali w języku angielskim	Menopause Rating Scale (MRS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Heinemann Klass, Assmann Anita, Möhner Sabine, Schneider Hermann P, Heinemann Lothar A.
Państwo	Niemcy
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala ma zastosowanie do oceny objawów menopauzy. Składa się z 11 punktów uwzględniających objawy związane z wystąpieniem menopauzy: uderzenia gorąca, pocenie się, kłopoty z sercem, problemy ze snem, nastrój depresyjny, drażliwość, lęk, wyczerpanie fizyczne i umysłowe, problemy seksualne, problemy z pęcherzem, suchość pochwy, dyskomfort związany ze stawami i mięśniami. Skala obejmuje trzy obszary objawów: somatyczne (4 pozycje), psychologiczne (4 pozycje) oraz moczowo-płciowe (3 pozycje) w 5-punktowej skali Likerta (od 0 do 4 punktów), w kategoriach: brak objawów, łagodne, umiarkowane, znaczne i ciężkie. Całkowity wynik MRS wynosi od 0 (bez objawów) do 44 punktów (najwyższy stopień dolegliwości objawów).

Źródło bibliograficzne	Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG. Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale) Zentralbl Gynakol. 1994; 116: 16–23. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric. 2000 Mar;3(1):59-64. Heinemann K, Assmann A, Möhner S, Schneider HP, Heinemann LA. Reliability of the Menopause Rating Scale (MRS): Investigation in the German population. Zentralbl Gynakol. 2002; 124(3): 161–163. German. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2: 45.
Źródło on-line	doi: 10.3109/13697130009167600
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.B.3. Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) – Self-Administered
Nazwa skali w języku angielskim	Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) – Self-Administered
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Cronin Lisa, Guyatt Gordon, Griffith Lauren, Wong Eric, Azziz Ricardo, Futterweit Walter, Cook Deborah, Dunaif Andrea
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz służy do oceny wpływu problemów wynikających z zespołu policystycznych jajników na jakość życia kobiet. Składa się z 26 pytań oceniających jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia kobiet w obszarze pięciu sfer: emocje, nadmierne owłosienie / hirsutyzm, masa ciała, problemy z płodnością oraz zaburzenia miesiączkowania. Pytania zostały opracowane w oparciu o siedmiostopniową skalę, gdzie 1 odzwierciedla największy, a 7 najmniejszy stopień odczuwania danego problemu przez badaną kobietę. Im wyższy wynik, tym dana sfera stanowi mniejszy problem, lepszą jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia wynikającą choroby.
Źródło bibliograficzne	Cronin L, Guyatt G, Griffith L, et al.: Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). J Clin Endocrinol Metab. 1998; 83(6): 1976-1987. Jones G.L., Benes K., Clark T.L., et al.: The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. Hum Reprod. 2004; 19(2): 371–77.
Źródło on-line	doi: 10.1210/jcem.83.6.4990
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.B.4. Kwestionariusz EHP-30
Nazwa skali w języku angielskim	The Endometriosis Health Profile-30
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Johnes Georgina, Kennedy Stephen, Barnard Angela, Wong Josephine, Jenkinson Crispin
Państwo	Wielka Brytania
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz służy do oceny jakości życia kobiet endometriozą. Składa się z 30 pytań obejmujących pięć skali: ból, kontrola i bezsilność, samopoczucie emocjonalne, wsparcie społeczne oraz obraz siebie. Odpowiedzi są oceniane w 5-punktowej skali Likerta (od 0 do 4 punktów).

	Suma punktów w każdej skali wynosi od 0 do 100 punktów, każdy poszczególny wynik jest dzielony przez maksymalną liczbę punktów, a następnie mnożony przez 100; im mniejszy wynik, tym lepszy stan zdrowia (0 oznacza najlepszy możliwy stan zdrowia, a 100 oznacza najgorszy możliwy stan zdrowia).
Źródło bibliograficzne	Jones, G., Kennedy, S., Jenkinson, C. (2002) Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecological conditions: a systematic review. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2002; 187: 501-511. Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., Jenkinson, C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. Obstetrics & Gynecology 2001; 98: 258-64. Jones, G.L., Jenkinson, C., Kennedy, S.H. The development of the short form Endometriosis Health Profile-30. Quality of Life Research 2004; 13: 695-704. Jones, G.L., Jenkinson, C., Kennedy, S.H. Evaluating the sensitivity to change of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. The EHP-30. Quality of Life Research 2004; 13: 705-713. Jones, G.L., Jenkinson, C., Kennedy, S.H. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 2004; 25: 123-33.
Źródło on-line	doi: 10.1016/s0029-7844(01)01433-8
Przykład 5	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.B.5. Skala Satysfakcji z Porodu
Nazwa skali w języku angielskim	The Birth Satisfaction Scale (BSS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Hollins Martin Caroline J., Fleming Valerie
Państwo	Wielka Brytania
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala składa się z 30 pozycji, z 5-stopniową skalą Likerta od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Osiem pytań dotyczy jakości opieki, osiem odnosi się do indywidualnych odczuć danej kobiety, czternaście pytań dotyczy stresu odczuwanego przez kobietę w trakcie porodu.
Źródło bibliograficzne	Hollins Martin, CJ, Fleming V. The Birth Satisfaction Scale (BSS). International Journal of Health Care Quality Assurance 2011; 24 (2): 124-135.
Źródło on-line	https://doi.org/10.1108/09526861111105086
Przykład 6.	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.B.6. Zrewidowana Skala Satysfakcji z Porodu
Nazwa skali w języku angielskim	The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Hollins Martin Caroline J., Fleming Valerie
Państwo	Wielka Brytania
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala składa się z 10 pozycji, z 5-stopniową skalą Likerta od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Cztery pytania dotyczą jakości opieki, dwa odnoszą się do indywidualnych odczuć danej kobiety, cztery pytania dotyczą stresu odczuwanego przez kobietę w trakcie porodu.

Źródło bibliograficzne	Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). <i>Midwifery</i> 2014; 30; 6: 610-619. Hollins Martin. CJ, Jimenez Martinez L, Martin CR. Measuring women's experiences of childbirth using the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). <i>British Journal Midwifery</i> 2020; 28(5): 306-312. Mortazavi F, Mehrabadi M, Hollins Martin CJ, Martin CR. Psychometric properties of the birth satisfaction scale-revised (BSS-R) in a sample of postpartum Iranian women. <i>Health Care for Women International</i> 2020; 42: 1-16.
Źródło on-line	https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006
Przykład 7.	
Nazwa skali w języku polskim	III.4.B.7. Skala Zachowań Zdrowotnych w Ciąży
Nazwa skali w języku angielskim	Pregnancy Health Behaviors Scale (PHBS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	DeLuca Robyn S., Lobel Marci
Państwo	Stany Zjednoczone Ameryki
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala składa się z 24 pozycji*, z 5-stopniową skalą Likerta od 0 (nigdy) do 5 (bardzo często), gdzie każde pytanie rozpoczyna się od stwierdzenia „Jak często, w ciągu ostatnich dwóch tygodni...?”. Zadaniem pacjentki jest określenie stopnia zaangażowania w każde z wymienionych zachowań, w ciągu ostatnich dwóch tygodni.
Źródło bibliograficzne	DeLuca RS, Lobel M. Conception, commitment, and health behavior practices in medically high-risk pregnant women. <i>Women's Health</i> 1995; 1(3): 257-271. Auerbach MV, Nicolero-SantaBarbara J, Rosenthal L, et al. Psychometric properties of the Prenatal Health Behavior Scale in mid- and late pregnancy. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology</i> 2017; 38(2): 143-151.
Źródło on-line	PMID: 9373383 https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1285899

* *Uaktualniona wersja kwestionariusza składa się z 20 pozycji.*

III.5. Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne

Cichocka Renata, Sieczka Sylwia

*Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

5. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

III. 5. A. 1. Skala GRBAS

III. 5. A. 2. Skala Lund- Mackay

III. 5. A. 3. Skala House'a- Brackmana

III. 5. A. 4. Skala Centora

III.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	LARYNGOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE																																																																																												
Nazwa skali w języku polskim	III.5.A.1. Skala GRBAS- skala do oceny głosu G- stopień chrypki, R- szorstkość głosu wynikająca z nieregularności drgań fałdów głosowych, B- głos chuchający, będący wynikiem wydobywania się powietrza w czasie fonacji przez niezwartą głośnię, A- głos słaby i asteniczny, S- głos napięty, hiperfunkcjonalny																																																																																												
Nazwa skali w języku angielskim	G- grade of hoarseness, R- roughness, B- breathiness, A- asthenic, S- strained																																																																																												
Skrót	GRBAS																																																																																												
Wersja skali	Właściwa Skrócona																																																																																												
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Hirano																																																																																											
	Rok publikacji	1981																																																																																											
	Źródło	https://core.ac.uk/download/pdf/157772713.pdf																																																																																											
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Wiskirska – Woźnica																																																																																											
	Rok publikacji	2002																																																																																											
	Źródło	http://www.wbc.poznan.pl/Content/290283/PDF/index.pdf																																																																																											
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skalą tą badamy zaburzenia głosu za pomocą pięciu parametrów. Określa ona nasilenie każdego z nich w czterostopniowej skali: 0 – głos normalny, fizjologiczny; 1 – lekkie zmiany; 2 – mierne zmiany; 3 – zmiany ciężkie, bardzo nasilone.																																																																																											
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Wynik G0 R0 B0 A0 S0 oznacza głos dzwięczny, bez elementów szorstkości, z pełnym zwarciem fonacyjnym, bez nadmiernego napięcia mięśniowego, natomiast wynik G1 R1 B1 A1 S1 oznacza głos nieznacznie zmieniony, matowy, szorstki, z domieszką powietrza.																																																																																											
	Struktura skali	Skala czterostopniowa: 0 – głos normalny, fizjologiczny; 1 – lekkie zmiany; 2 – mierne zmiany; 3 – zmiany ciężkie, bardzo nasilone.																																																																																											
	Orientacyjny czas badania																																																																																												
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Tabela 9. Przegląd oceny głosu w skali GRBAS. <table><tr><th></th><th></th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th></tr><tr><th></th><th></th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th><th>Wskaźnik oceny</th></tr><tr><td>G – chrypka</td><td>stopień zmiany</td><td>0</td><td>10 (10%)</td><td>0</td><td>13 (13%)</td><td>7 (7%)</td></tr><tr><td></td><td>stopień lekkiej</td><td>0</td><td>8 (8%)</td><td>8 (8%)</td><td>7 (7%)</td><td>16 (16%)</td></tr><tr><td></td><td>głos normalny</td><td>0</td><td>0</td><td>10 (10%)</td><td>0</td><td>1 (1%)</td></tr><tr><td>B – głos szorstki</td><td>0</td><td>20 (20%)</td><td>8 (8%)</td><td>20 (20%)</td><td>19 (19%)</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>0</td><td>10 (10%)</td><td>0</td><td>1 (1%)</td><td>20 (20%)</td></tr><tr><td>B – głos chuchający</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td></tr><tr><td>A – głos asteniczny, słaby</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td><td>20 (20%)</td></tr><tr><td>S – głos napięty</td><td>0</td><td>7 (7%)</td><td>4 (4%)</td><td>4 (4%)</td><td>4 (4%)</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>10 (10%)</td><td>16 (16%)</td><td>16 (16%)</td><td>16 (16%)</td><td>20 (20%)</td></tr></table>				Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny			Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	G – chrypka	stopień zmiany	0	10 (10%)	0	13 (13%)	7 (7%)		stopień lekkiej	0	8 (8%)	8 (8%)	7 (7%)	16 (16%)		głos normalny	0	0	10 (10%)	0	1 (1%)	B – głos szorstki	0	20 (20%)	8 (8%)	20 (20%)	19 (19%)	0		0	0	10 (10%)	0	1 (1%)	20 (20%)	B – głos chuchający	0	0	0	0	0	0		0	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	A – głos asteniczny, słaby	0	0	0	0	0	0		0	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	S – głos napięty	0	7 (7%)	4 (4%)	4 (4%)	4 (4%)	0		0	10 (10%)	16 (16%)	16 (16%)	16 (16%)
		Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny																																																																																							
		Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny	Wskaźnik oceny																																																																																							
G – chrypka	stopień zmiany	0	10 (10%)	0	13 (13%)	7 (7%)																																																																																							
	stopień lekkiej	0	8 (8%)	8 (8%)	7 (7%)	16 (16%)																																																																																							
	głos normalny	0	0	10 (10%)	0	1 (1%)																																																																																							
B – głos szorstki	0	20 (20%)	8 (8%)	20 (20%)	19 (19%)	0																																																																																							
	0	0	10 (10%)	0	1 (1%)	20 (20%)																																																																																							
B – głos chuchający	0	0	0	0	0	0																																																																																							
	0	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)																																																																																							
A – głos asteniczny, słaby	0	0	0	0	0	0																																																																																							
	0	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)	20 (20%)																																																																																							
S – głos napięty	0	7 (7%)	4 (4%)	4 (4%)	4 (4%)	0																																																																																							
	0	10 (10%)	16 (16%)	16 (16%)	16 (16%)	20 (20%)																																																																																							

[2]

[2]

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	20 -50 lat [2], 23-57 [4] 29-75 [5]
	Miejsce badanych	Oddział otolaryngologii wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie [2], Centrum Profilaktyki i Leczenia Zaburzeń Głosu i Słuchu IMP w Łodzi [4] Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM [5]
	Stan badanych	40 osób [2] 95[3], Badaniami objęto grupę 83 pracujących zawodowo nauczycielek w wieku od 23 do 57 lat [4] 25 osób [5], 108 pacjentów [6] 40 pacjentów [7] 100 pacjentów [8], 112 osób [9]
	Sytuacje	Po operacjach przegrody nosa [2], badanie głosu u pacjentów z dysfonią zawodową – nauczyciele[3] badanie głosu u nauczycieli [4], po porażeniu krtani o podłożu jatrogennym [5] Wielowymiarowe percepcyjne, subiektywne i instrumentalne zmiany głosu akustycznego w grupie pacjentów z refluksowym zapaleniem krtani [6] pacjenci z refluksiem gardłowo- krtaniowym [7][8] [9]
	Inne	W badaniu wzięły udział 2 grupy kobiet: jako grupa badana – 55 nauczycielek z dysfoniami zawodowymi (średni wiek: 45 lat) oraz jako grupa porównawcza – 40 kobiet z głosem prawidłowym (średni wiek: 43 lata) [3]
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Otolaryngolodzy, Foniatry Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	np. zgoda autora zgoda PTP	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Z przeprowadzonych badań wynika, iż powrót do zdrowia po operacjach przegrody nosa, która ma za zadanie poprawić drożność nosa, manifestujący się głosem eufonicznym jest możliwy jedynie u osób młodych. U chorych w wieku średnim i starszym do całkowitej likwidacji zburzeń głosu dochodzi w pojedynczych przypadkach.[2] W skali GRBAS dla całej grupy przyjęła wartości G1R1B2A2S1. Cechę dystyngtywną głosu B (głoschuchający) w stopniu 2. określono u 49,1%, czyli prawie połowy nauczycielek, a w stopniu 3. u 7,3%. Głos jako A (asteniczny) w stopniu 2. został określony u 54,5% nauczycielek, a w stopniu 3. u 3,6% nauczycielek. [3] Najczęściej występującymi dolegliwościami z zakresu narządu głosu, z powodu których pacjentki kierowano do foniatry, były: chrypka okresowa (66,3% osób) lub stała (30,1% osób), zasychanie w gardle (88% osób), załamywanie się głosu (78,3% osób) oraz uczucie „kluski” w gardle (73,5% osób). U około 70% nauczycielek w badaniu wstępnym stwierdzano nadmierne napięcie mięśni szyi podczas fonacji, u ponad 50% – głos matowy, tworzony z „twardym” nastawieniem głosowym, ponadto – piersiowy tor oddechowy (71%), słabe uczynnianie rezonatorów (68,7%) oraz obecność nosowania (41% osób) [4] W ocenie percepcyjnej głosu z wykorzystaniem skali GRBAS obserwowano: chrypkę, głos chuchający oraz osłabienie głosu w stopniu lekkim lub średnim. Głos żadnego z pacjentów nie został oceniony jako eufoniczny (parametr G: średnia +/-SD:1,44 +/- 0,5; mediana: 1; zakres: 1–2; parametr R: średnia +/- SD 0,68 +/-0,63; mediana: 1; zakres: 0–2; parametr B: średnia +/-SD 1,6 +/-0,82; mediana: 2; zakres: 0–3; parametr A: średnia +/-SD 1,16 +/-0,69; mediana: 1; zakres: 0–2; parametr S: średnia +/-SD: 0,36 +/-0,57; mediana: 0; zakres 0–2) [5] W grupie pacjentów RL przeważała nieznaczna chrypka według skali GRB (G-grade, R-szorstki, B-breathy) [6] Średni RSI na początku leczenia wynosił 19,3 (+/- 8,9 odchylenie standardowe) i poprawił się do 13,9 (+/- 8,8) po 2 miesiącach leczenia (p <0,05). Nie odnotowano dalszej znaczącej poprawy po 4 miesiącach (13,1 +/- 9,8) lub 6 miesiącach (12,2 +/- 8,1) leczenia. Wskaźnik RFS na początku wynosił 11,5 (+/- 5,2) i poprawił się	

	do 9,4 (+/- 4,7) po 2 miesiącach, 7,3 (+/- 5,5) po 4 miesiącach i 6,1 (+/- 5,2) po 6 miesiącach leczenia ($P < 0,05$ z trendem). [7] Istotnie więcej pacjentów w grupie badanej wykazało klinicznie istotną zmianę w punktacji RSI, VHI i GRBAS w 1, 2 i 3 miesiącu obserwacji. Nie osiągnięto klinicznie istotnej zmiany w RFS w żadnej grupie po 1 lub 2 miesiącach, ale znacznie większą zmianę osiągnięto w grupie badanej po 3 miesiącach.[8] Wszystkie wartości zaburzeń częstości uzyskane u pacjentów z obiektywnym i objawowym LPR były wyższe niż u osób z grupy kontrolnej ($p < 0,01$). Średnia częstotliwość podstawowa, miary zaburzeń amplitudy i stosunek szumu do harmonicznych nie różniły się istotnie między grupami. Wnioski: Pacjenci z LPR mają istotnie różne wartości zaburzeń częstotliwości niż osoby kontrolne.[9]
Formularz skali/ kwestionariusz	

Wpisz formularz/ kwestionariusz skali

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Hans Behrbohm, Oliver Kaschke, Tadeus Nawka, Andrew Swift, "Choroby ucha nosa i gardła z chirurgią głowy i szyi", wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2022, str. 338 - Ratajczak.J., Rapijko.P, Wojdas.A., Jurkiewicz.D., " Wpływ upośledzonej drożności nosa na jakość tworzonego głosu", Otolaryngologia Polska, wrzesień 2009, str. 58-63, file:///C:/Users/euro/Downloads/5639.pdf, [dostęp: 30.08.2022] - Niebudek-Bogusz.E., Strumiłło.P., Wiktorowicz.J., Śliwińska-Kowalska.M., Porównanie wyników analizy cepstralnej z innymi parametrami oceny głosu u pacjentów z dysfoniami zawodowymi", Medycyna Pracy 2013, 64(6), str. 805-816, http://medpr.imp.lodz.pl/pdf-514-2872?filename=Porownanie%20wynikow.pdf, [dostęp: 30.08.2022] - Woźnicka.E., Niebudek-Bogusz.E., Wiktorowicz.J., Śliwińska-Kowalska.M., „Ocena wartości manualnej terapii krtani w rehabilitacji głosu u pacjentów z dysfonią", Otolaryngologia 2016, 15(1), str. 39-46, https://docplayer.pl/67154517-Ocena-skuteczności-terapii-głosowej-w-leczeniu-zaburzeń-głosu-u-nauczycieli.html, [dostęp 28.08.2022] - Jędra.K., Sielska-Badurek.E., Niemczyk.K., „Stopień dysfonii u pacjentów w pierwszych dobach porażenia krtani o podłożu jatrogennym", Otolaryngol Pol 2017, str. 23-28, file:///C:/Users/euro/Downloads/Stopie%C5%84_dysfonii_u_pacjent%C3%B3w_w_pier-1.pdf, [dostęp: 28.08.2022] - Pribuisiene R, Uloza V, Kupcinskas L, Jonaitis L. Perceptual and acoustic characteristics of voice changes in reflux laryngitis patients. J Voice 2006;20(1):128-136, - Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux symptoms improve before changes in physical findings. Laryngoscope 2001;111:979-981, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11404607/, [dostęp: 30.08.2022] - Park JO, Shim MR, HWang YS, Cho KJ, Joo YH, Cho JH, Nam IC, Kim MS, Sun DI. Combination of voice therapy and antireflux therapy rapidly recovers voice-related symptoms in laryngopharyngeal reflux patients. Otolaryngol Head Neck Surg 2012;146(1):92 – 97, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21908799/, [dostęp: 30.08.2022] - Oguz H, Tarchan E, Korkmaz M, Yilmaz U, Safak MA, Demirci M et al. Acoustic analysis finding in objective laryngopharyngeal reflux patients. J Voice 2007; 21(2):203-210, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16406737/, [dostęp: 30.08.2022] - Reichel O, Dressel H, Wiederänders K, Issing WJ. Doubleblind, placebo-controlled trial with esomeprazole for symptoms and sings associated with laryngopharyngeal reflux. Otolaryngol Head Neck Surg 2008;139:414-420, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18722223/, [dostęp: 30.08.2022]

Grupa skal	LARYNGOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE																					
Nazwa skali w języku polskim	III.5.A.2. Skala Lund- Mackay ciężkość zmian zatokowych w badaniu tomografii komputerowej																					
Nazwa skali w języku angielskim	Lund-Mackay score																					
Skrót																						
Wersja skali	Właściwa Skrócona																					
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Lund, Mackay																				
	Rok publikacji																					
	Źródło																					
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię																					
	Rok publikacji																					
	Źródło																					
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wśród metod szacowania nasilenia CRS w obrazach tomografii komputerowej skala Lund-Mackay to jedna z popularniejszych skal, dzięki prostej konstrukcji: każdej z 5 zatok przyznaje się od 0 do 2 punktów (0 — zdrowa, 1 — częściowo zajęta, 2 — całkowicie zajęta), a kompleksowi ujściowo-przewodowemu przyznaje się 0 lub 2 punkty. Maksymalny wynik dla jednej strony to 12 punktów. Należy wspomnieć, że wśród populacji nieprezentującej objawów zatokowych przeciętny wynik w skali Lund-Mackay to przeszło 4 punkty.																				
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Zaawansowanie CRS w badaniu TK zatok przy-nosowych wg skali Lund-Mackay Zatoki: 0 – brak zmian zapalnych, 1 – częściowe zacinienie, 2 – całkowite zacinienie Kompleks ujściowo-przewodowy: 0 – drożny, 2 – niedrożny																				
	Struktura skali	Ryc. 1. Skala oceny gromadzenia znacznika antybiotycznego w obrębie tkanki kostnej ścian zatok przynosowych <table><tr><th>Zatoka</th><th>Strona prawa</th><th>Strona lewa</th></tr><tr><td>Szczękowa</td><td>0-2 pkt*</td><td>0-2 pkt*</td></tr><tr><td>Siłowie przednie</td><td>0-2 pkt*</td><td>0-2 pkt*</td></tr><tr><td>Siłowie tylne</td><td>0-2 pkt*</td><td>0-2 pkt*</td></tr><tr><td>Klinowa</td><td>0-2 pkt*</td><td>0-2 pkt*</td></tr><tr><td>Cielkowa</td><td>0-2 pkt*</td><td>0-2 pkt*</td></tr><tr><td>W sumie</td><td>max 10 pkt</td><td>max 10 pkt</td></tr></table>	Zatoka	Strona prawa	Strona lewa	Szczękowa	0-2 pkt*	0-2 pkt*	Siłowie przednie	0-2 pkt*	0-2 pkt*	Siłowie tylne	0-2 pkt*	0-2 pkt*	Klinowa	0-2 pkt*	0-2 pkt*	Cielkowa	0-2 pkt*	0-2 pkt*	W sumie	max 10 pkt
Zatoka	Strona prawa	Strona lewa																				
Szczękowa	0-2 pkt*	0-2 pkt*																				
Siłowie przednie	0-2 pkt*	0-2 pkt*																				
Siłowie tylne	0-2 pkt*	0-2 pkt*																				
Klinowa	0-2 pkt*	0-2 pkt*																				
Cielkowa	0-2 pkt*	0-2 pkt*																				
W sumie	max 10 pkt	max 10 pkt																				
Orientacyjny czas badania	2-5 minut																					
Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	1. Piotr Kwast, Olga Olszewska-Sosińska, Maria Wolniewicz, Katarzyna Zybert, Dorota Sands, Lidia Zawadzka-Głós, „Ocena ciężkości przewlekłego zapalenia zatok u dzieci z mukowiscydozą w skali Lund-Mackaya w zależności od genotypu”, New Medicine 3/2019, s. 75-80, https://www.czytelniamedyczna.pl/6779,assessment-of-the-severity-of-chronic-sinusitis-in-children-with-cystic-fibrosis.html , [dostęp: 30.08.2022]																					

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	W każdym wieku
	Miejsce badanych	Laryngologia, pracownie CT
	Stan badanych	Chorzy na zapalenie zatok przynosowych
	Sytuacje	Chorzy na zapalenie zatok przynosowych
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto? Lekarze, technicy radiografii komputerowej Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	np. zgoda autora zgoda PTP	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Zaawansowanie CRS w badaniu TK zatok przy-nosowych wg skali Lund-Mackay Zatoki: 0 – brak zmian zapalnych, 1 – częściowe zacienienie, 2 – całkowite zacienienie Kompleks ujściowo-przewodowy: 0 – drożny, 2 – niedrożny	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Piotr Kwast, Olga Olszewska-Sosińska, Maria Wolniewicz, Katarzyna Zybert, Dorota Sands, Lidia Zawadzka-Głos, „Ocena ciężkości przewlekłego zapalenia zatok u dzieci z mukowiscydozą w skali Lund-Mackaya w zależności od genotypu”, New Medicine 3/2019, s. 75-80, https://www.czytelniamedyczna.pl/6779,assessment-of-the-severity-of-chronic-sinusitis-in-children-with-cystic-fibrosis.html, [dostęp: 30.08.2022] 2. prof. dr hab. med. Józef Mierzwi, stud. Paulina Mierzwińska, lek. Karolina Haber, „Zapalenie zatok przynosowych u dzieci „„Mag. ORL, 2021, 78, XX, 44–58), https://magazynorl.pl/wp-content/uploads/2021/04/NR.-78_OTOLA_1_Zapalenie.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 3. Katarzyna Stańska, Mariola Zagor, Elżbieta Sarnowska, Natalia Rusetska, Małgorzata Tomaszewska, Janusz A. Siedlecki, Antoni Krzeski, „Ocena ilościowa kompleksu remodelującego chromatynę typu SWI/SNF w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych – wyniki wstępne”, Otorynolaryngologia 2017, 16(1): 13-1, https://www.otorynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-17-1-e1-stanska.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 4. Wójcik Gustaw, Szulc Anna, Stawińska Teresa, „Diagnostyka zapalenia zatok obocznych nosa w kontekście badań obrazowych”, Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):63-72, file:///C:/Users/euro/Downloads/admin,%7B\$user-Group%7D,+3963.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 5. Marta Podwysocka, Katarzyna Dąbrowska, Wojciech Fendler, Konrad Pagacz, Wioletta Pietruszewska, „Analiza wpływu astmy oskrzelowej 6. i nadwrażliwości na aspirynę na przebieg kliniczny przewlekłego zapalenia zatok z polipami nosa”, Otolaryngol Pol 2019,73(5): 37-43, file:///C:/Users/euro/Downloads/Analiza_wp%C5%82ywu_astmy_oskrzelowej_i_.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 7. Claire Hopkins, John P Browne, Rob Slack, Valerie Lund, Peter Brown, “The Lund-Mackay staging system for chronic rhinosinusitis: how is it used and what does it predict?”, Otolaryngol Head Neck Surg 2007 Oct;137(4):555-61, https://journals.sagepub.com/doi/10.1016/j.otohns.2007.02.004, [dostęp: 30.08.2022] 8. Paulina Kalińczak-Górna, Kamil Radajewski, Paweł Burduk, „Relationship between the Severity of Inflammatory Changes in Chronic Sinusitis and the Level of Vitamin D before and after the FESS Procedure”, J Clin Med 2021 Jun 27;10(13):2836, https://www.mdpi.com/2077-0383/10/13/2836, [dostęp: 30.08.2022], 9. Weiping Qi, Liang Feng, Fengyan Yang, Weihuan Ma, ” Effects of Age on Recovery of Olfactory Function After Endoscopic Sinus Surgery and Related Risk Factors”, Ear Nose Throat J 2021 May 18;1455613211012927,https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01455613211012927, [dostęp: 30.08.2022]

	10. Tatiana Fijałkowska-Ratajczak, Jakub Kopeć, Małgorzata Leszczyńska, Łukasz Bórkowski, „Balloon sinuplasty in one-day surgery”, <i>Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne</i> 2021 Jun;16(2):423-428, https://www.termidia.pl/Balloon-sinuplasty-in-one-day-surgery,42,43379,1,1.html, [dostęp: 30.08.2022] 11. I B Popov, D A Shcherbakov, O B Tyryk, T A Aleksanyan, „[New approach to treatment of polypous rhinosinusitis], 2020;85(3):48-51, https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2020/3/1004246682020031048, [dostęp: 30.08.2022]
--	---

Grupa skal		LARYNGOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	III.5.A.3. Skala oceny nerwu twarzowego 2.0	
Nazwa skali w języku angielskim	House'a- Brackmana scale	
Skrót		
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Johna W. House'a i Dr Deralda E. Brackmanna
	Rok publikacji	1985
	Źródło	https://upwikipl.top/wiki/House%E2%80%93Brackmann_score
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Klasyfikacja czynności nerwu twarzowego według House'a i Brackmanna pozwala ocenić stopień uszkodzenia i prześledzić przebieg procesu gojenia. Wyróżniono sześć stopni uszkodzenia nerwu. I - czynność prawidłowa - prawidłowa czynność wszystkich mięśni twarzy II - niewielki niedowład - prawidłowa symetria i napięcie w spoczynku; całkowite zamknięcie oka przy niewielkim wysiłku; niewielka asymetria ust III - niedowład umiarkowany - widoczna asymetria stron przy ruchach; występują współruchy, przykurcze lub połowiczny kurcz twarzy; w spoczynku symetria zachowana; upośledzenie czynności mięśni czoła, całkowite zamknięcie oka przy wysiłku, asymetria ust przy ruchach IV - niedowład znaczny - widoczna wyraźna asymetria przy ruchach; zachowana symetria i napięcie w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykanie szpary powiekowej; asymetria ust nawet przy maksymalnym wysiłku V - niedowład ciężki - śladowe ruchy; asymetria twarzy w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykalność szpary powiekowej; śladowe ruchy ust VI - porażenie całkowite - brak ruchów

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	I - czynność prawidłowa - prawidłowa czynność wszystkich mięśni twarzy II - niewielki niedowład - prawidłowa symetria i napięcie w spoczynku; całkowite zamknięcie oka przy niewielkim wysiłku; niewielka asymetria ust III - niedowład umiarkowany - widoczna asymetria stron przy ruchach; występują współruchy, przykurcze lub połowiczny kurcz twarzy; w spoczynku symetria zachowana; upośledzenie czynności mięśni czoła, całkowite zamknięcie oka przy wysiłku, asymetria ust przy ruchach IV - niedowład znaczny - widoczna wyraźna asymetria przy ruchach; zachowana symetria i napięcie w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykanie szpary powiekowej; asymetria ust nawet przy maksymalnym wysiłku V - niedowład ciężki - śladowe ruchy; asymetria twarzy w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykalność szpary powiekowej; śladowe ruchy ust VI - porażenie całkowite - brak ruchów																																																
	Struktura skali	Tabela 1. Skala kliniczna zorientowania nerwu trójęstki (Nerve's Orientation Scale) <table><tr><th>Stopień (I-VI)</th><th>Przebieg kliniczny</th><th>Wykres, obraz, rysunek</th><th>Okno</th><th>Okno</th><th>Skala kliniczna (0-100)</th></tr><tr><td>I</td><td>Niepełna</td><td>Prawidłowa</td><td>Niepełna</td><td>Niepełna</td><td>Niepełna</td><td>100</td></tr><tr><td>II</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>Prawidłowa</td><td>Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku</td><td>85</td></tr><tr><td>III</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>Prawidłowa</td><td>Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku</td><td>Niepełna</td><td>Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku</td><td>65</td></tr><tr><td>IV</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>Prawidłowa</td><td>Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku</td><td>Niepełna</td><td>Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku</td><td>45</td></tr><tr><td>V</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>Asymetria</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>całkowite niedowładne stopnie</td><td>25</td></tr><tr><td>VI</td><td>całkowite porażenie</td><td>całkowite porażenie</td><td>całkowite porażenie</td><td>całkowite porażenie</td><td>całkowite porażenie</td><td>5</td></tr></table>	Stopień (I-VI)	Przebieg kliniczny	Wykres, obraz, rysunek	Okno	Okno	Skala kliniczna (0-100)	I	Niepełna	Prawidłowa	Niepełna	Niepełna	Niepełna	100	II	całkowite niedowładne stopnie	Prawidłowa	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	całkowite niedowładne stopnie	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	85	III	całkowite niedowładne stopnie	Prawidłowa	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	Niepełna	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	65	IV	całkowite niedowładne stopnie	Prawidłowa	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	Niepełna	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	45	V	całkowite niedowładne stopnie	Asymetria	całkowite niedowładne stopnie	całkowite niedowładne stopnie	całkowite niedowładne stopnie	25	VI	całkowite porażenie	całkowite porażenie	całkowite porażenie	całkowite porażenie	całkowite porażenie	5
Stopień (I-VI)	Przebieg kliniczny	Wykres, obraz, rysunek	Okno	Okno	Skala kliniczna (0-100)																																													
I	Niepełna	Prawidłowa	Niepełna	Niepełna	Niepełna	100																																												
II	całkowite niedowładne stopnie	Prawidłowa	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	całkowite niedowładne stopnie	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	85																																												
III	całkowite niedowładne stopnie	Prawidłowa	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	Niepełna	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	65																																												
IV	całkowite niedowładne stopnie	Prawidłowa	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	Niepełna	Stopniowe niedowładne stopnie są przy maksymalnym wysiłku	45																																												
V	całkowite niedowładne stopnie	Asymetria	całkowite niedowładne stopnie	całkowite niedowładne stopnie	całkowite niedowładne stopnie	25																																												
VI	całkowite porażenie	całkowite porażenie	całkowite porażenie	całkowite porażenie	całkowite porażenie	5																																												
	Orientacyjny czas badania	2-5 minut																																																
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	.Mielcarek-Kuchta.D., Iwanik.K., Szyfter.W., „Nerwiak nerwu twarzowego zlokalizowany w obrębie ślinianki przyusznej – opis przypadku”, Postępy w chirurgii głowy i szyi 2011;1: 11-14, https://www.termidia.pl/Nerwiak-nerwu-twarzowego-zlokalizowany-w-obrebie-slinianki-przyusznej-opis-przypadku,11,17047,1,0.html, [dostęp: 30.08.2022]																																																
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Dorośli																																																
	Miejsce badanych	Laryngologia, Neurologia, POZ																																																
	Stan badanych																																																	
	Sytuacje	Z porażeniem nerwu twarzowego																																																
	Inne																																																	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści, kto? Lekarze,Pielęgniarki Osoby nieprofesjonalne, kto?.....																																																	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	np. zgoda autora zgoda PTP																																																	
Klucz do skali/interpretacja wyników																																																		
Formularz skali/ kwestionariusz																																																		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Hans Behrbohm, Oliver Kaschke, Tadeus Nawka, Andrew Swift, "Choroby ucha nosa i gardła z chirurgią głowy i szyi", wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2022, str. 442 2. Mielcarek-Kuchta.D., Iwanik.K., Szyfter.W., „Nerwiak nerwu twarzowego zlokalizowany w obrębie ślinianki przyusznej – opis przypadku”, Postępy w chirurgii głowy i szyi 2011;1: 11-14, https://www.termedia.pl/Nerwiak-nerwu-twarzowego-zlokalizowany-w-obrebie-slinianki-przyusznej-opis-przypadku,11,17047,1,0.html, [dostęp: 30.08.2022] 3. Simone.M., Vesperini.E., Viti.C., Camaioni.A., Lepanto.L., Raso.F., Intraparotid facial nerve schwannoma: two case reports and a review of the literature, Acta Otorhinolaryngol Ital 2018, Feb;38(1):73-77, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5952989/, [dostęp: 30.08.2022] 4. Wu. J.F., Dai. L.Y., Cui.M., Wang. J.H, Zhang. X.J., Li.G, Du.W., Liu.S.T, "Analysis of clinical diagnosis and treatment of 12 cases of intraparotid facial nerve schwannoma", Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi 2020 Jul 7;55(7):691-694, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668880/, [dostęp: 30.08.2022] 5. Kuczkowski.J., Narożny.W., Brzoznowski.W., Jabłońska-Brudło. J., Czaczkowski. J., Garsta.E., „Zaburzenie czynności nerwu twarzowego w ostrym zapaleniu ucha środkowego”, Ann. Acad. Med. Gedan., 2010, 40, 55–63, file:///C:/Users/euro/Downloads/05 an40_Kuczkowski.pdf [dostęp: 30.08.2022] 6. Christopher.J., Danner. MD." Facial Nerve Paralysis", Otolaryngologic Clinics of North America 2008, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0030666508000091?via%3Dihub [dostęp 30.08.2022] 7. Berk. T., Hans-Christoph.P., Jukema. G.N., "Perforating foreign body causing incomplete facial paralysis", Trauma Case Reports, Volume 30, December 2020, 100370, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352644020300947?via%3Dihub [dostęp 30.08.2022] 8. Weiju.H., "Surgical Treatment of Peripheral Facial Paralysis", Journal of Otology, Volume 7, Issue 2, December 2012, Pages 78-81, https://doi.org/10.1016/S1672-2930(12)50020-6 [dostęp: 30.08.2022] 9. Sienkiewicz-Jarosz.H., "Nerw twarzowy – fizjologia i najczęstsze choroby", Neurologia po Dyplomie 2013; 8 (2): 52-57, https://podyplomie.pl/neurologia/13512,nerw-twarzowy-fizjologia-i-najczestsze-choroby, [dostęp: 30.08.2022] 10. Sasinowski.J., „PORAŻENIE BELLA KINESIO R TAPING”, Artykuły z czasopisma 3 marca 2013 NR 37, https://www.praktycznafizjoterapia.pl/arttykul/porazenie-bella-kinesio-r-taping, [dostęp: 30.08.2022]

Grupa skal	LARYNGOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	III.5.A.4. Skala Centora- używana w diagnostyce zakażeń spowodowanych przez paciorkowca β-hemolizującego z grupy A	
Nazwa skali w języku angielskim	Centor's scale	
Skrót	Skala wg Centora/McIssaca	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	

	Źródło	https://www.google.pl/search?q=centor+skala&source=hp&ei=UfnPZLvGA_u59u8PuIGX2AY&iflsig=AD69kcEAAAAAZNAHYU84xdhy5tRoGZt0sAarCIOTRzHg&oq=centor+skale+&gs_lp=Egndnd3Mtd2l6lg1jZW50b3Jgc2thbGUgKgIIADIGEAAyFhgESLMuUIUHWMQicAF4AJABAZgB_QSgAaUhqgELMC4yLjQuMy4zLjG4AQHIAQD4AQGoAgDCAGsQABiKBRixAXiDAcICCxAAGIAEGLEDGIMBwgIFEAAyATCAggQABiABBixA8ICERAUgIAEGLEDGIMBGMcBGNEdwglLEC4YgAQYsQMYYgwHCAhEQLhiABBiXAXiDARjHARivAcICERAUgIMBGK8BGMcBGL EDGIAEWgILEC4YgAQYxwEY0QPCAGsQLHiABB jHARivAcICBxAAGIAEGArCag0QABiABBixAXiD ARgKwgILEC4YrwEYxwEYgATCAGUQLhiABMIC BAAGBYHHhgK&sclient=gws-wiz#vhid=EbhHmQ9uO7xj8M&vssid=l
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Na podstawie wyników badań różnicujących etiologię bakteryjną i wirusową została opracowana skala oceny prawdopodobieństwa zakażenia skalę Centora zmodyfikowaną przez McIsaaca
	Rok publikacji	
	Źródło	https://farmacja.pl/fakty-i-mity-o-zapaleniu-gardla/
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Stosowanie skali Centora zwiększa stopień racjonalnej antybiotykoterapii. Uważa się, że około 70 – 80% wszystkich zapaleń gardła wywoływane jest przez wirusy, a wówczas antybiotykoterapia jest nieskuteczna, a wręcz szkodliwa. Skala Centora pozwala na dość dokładną identyfikację osób z infekcjami bakteryjnymi i wprowadzenie do leczenia antybiotyków, kiedy są niezbędne. (według danych w Polsce antybiotyki są stosowane w około 75% infekcji dróg oddechowych, czyli około 3-krotnie za często).
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Stosowanie skali Centora zwiększa stopień racjonalnej antybiotykoterapii. Uważa się, że około 70 – 80% wszystkich zapaleń gardła wywoływane jest przez wirusy, a wówczas antybiotykoterapia jest nieskuteczna, a wręcz szkodliwa. Skala Centora pozwala na dość dokładną identyfikację osób z infekcjami bakteryjnymi i wprowadzenie do leczenia antybiotyków, kiedy są niezbędne. (według danych w Polsce antybiotyki są stosowane w około 75% infekcji dróg oddechowych, czyli około 3-krotnie za często)[3].
	Struktura skali	Tabela 3. Skala Centora-McIsaac. Legenda punktowa: 0-4 niskie prawdopodobieństwo 5-6 średnie prawdopodobieństwo 7-15 wysokie prawdopodobieństwo

Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne

	Orientacyjny czas badania	2- 5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Leszczyńska M. Przewlekłe zapalenie gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 135-141
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	
	Miejsce badanych	
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści, kto?.....	
	Osoby nieprofesjonalne, kto?.....	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	np. zgoda autora zgoda PTP	
Klucz do skali/interpretacja wyników		
Formularz skali/ kwestionariusz		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Szyfter.W., „Laryngologia- wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic”, wyd. Termedia, Poznań 2012, str. 113 2. Elżbieta Jeżewska, Wojciech Kukwa, Anna Ścińska, Andrzej Kukwa: „Stany zapalne błony śluzowej nosa i gardła u dzieci i dorosłych – strategia leczenia”, Przew Lek 2006; 2: 12-25 3. Piotr Dąbrowski: „Zapalenia górnych dróg oddechowych”, Przew Lek 2002, 5, 3, 37-4, https://www.termedia.pl/Zapalenia-gornych-drog-oddechowych,8,722,0,0.html, [dostęp: 30.08.2022] 4. Waśniewska-Okupniak, „ Ból gardła”, Choroby laryngologiczne w POZ”, Lekarz POZ 5/2020, str. 253-257, file:///C:/Users/euro/Downloads/LPOZ_Art_42945-20.pdf, [dostęp: 30.08.2022] 5. Leszczyńska M. Przewlekłe zapalenie gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 135-141 6. Andrew M Fine, Victor Nizet, Kenneth D Mandl, “Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis”, Arch Intern Med 2012 Jun 11; 172(11): 847-52, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22566485/, [dostęp: 30.08.2022] 7. Robert M Centor, “Adolescent and adult pharyngitis: more than “strep throat”: comment on “Large-scale validation of the Centor and McIsaac Scores to predict group A streptococcal pharyngitis”, 8. Arch Intern Med 2012 Jun 11; 172(11):852 https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1157414, [dostęp: 30.08.2022] 9. Brian H Willis, Dyuti Coomar, Mohammed Baragilly, “Comparison of Centor and McIsaac scores in primary care: a meta-analysis over multiple thresholds”, Br J Gen Pract 2020 Mar 26; 70(693), https://bjgp.org/content/70/693/e245, [dostęp: 30.08.2022]

	10. Jolien Aalbers, Kirsty K O'Brien, Wai-Sun Chan, Gavin A Falk, Conor Teljeur, Borislav D Dimitrov, Tom Fahey, "Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score", BMC Med 2011 Jun 1;9:67, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21631919/, [dostęp: 30.08.2022] 11. Mielcarek-Kuchta D. Ostre zapalenia gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 111-133
--	--

IV. INNE

W tym rozdziale opisano wybrane narzędzia, skale, kwestionariusze, które mogą być stosowane w badaniach różnych grup osób, w różnych stanach klinicznych i funkcjonalnych, przebywających w różnych miejscach, np. środowisku domowym, podmiocie leczniczym, ośrodku pomocy społecznej, centrum symulacji medycznej, ośrodku akademickim itd. Sklasyfikowano je w pięć grup: Dietetyka, Zarządzanie w pielęgniarstwie, WF, Wielokulturowość w naukach o zdrowiu i naukach medycznych, Narzędzia stosowane dydaktyce medycznej.

Grupa 1. Dietetyka, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: *Uniwersalna przesiewowa metoda oceny niedożywienia (MUST)*, *Malnutrition Screening Tool (MST)*, *Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)*, *Nutrition Risk in the Critically Ill Score (NUTRIC)*, *Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)*, *Nutritional Risk Index (NRI)*, *Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)*, *Miniskala oceny stanu odżywienia (MNA)*, *Prognostic Inflammatory and Nutritional Index (PINI)*, *Prognostyczny Index Odżywienia (PNI)*; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *Instant nutritional assessment (INA)*, *Nutritional screening initiative checklist (DETERMINE)*, *Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN)*, *Malnutrition inflammatory score (MIS)*, *South Manchester University Hospitals nutritional Assessment Score*, *Controlling nutritional status (CONUT)*, *British nutrition screening tool (NST)*, *Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)*, *Canadian Nutrition Screening Tool (CNST)*, *Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST)*, *Eating Validation Scheme (EVS)*, *Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT)*, *Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease Nutrition Risk Tool*, *Nutritional Screening inflammatory bowel diseases (NS-IBD)*, pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: *Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)*, *Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)*; grupa 2: Zarządzanie w pielęgniarstwie – część I: Wybrane narzędzia standaryzowane: *Skala pomiaru obciążenia pracą na poziomie OIOM (NEMS)*, *Skala czynności pielęgniarzkich (NAS)*, *Kwestionariusz niedostarczonej opieki (PIRNCA)*, *Skala zadowolenia z pielęgnacji (NEWCASTLE – NSNS)*, *Kwestionariusz postaw bezpieczeństwa – polska adaptacja (SAQ-SF-PL)*, *Kwestionariusz do oceny pominiętej opieki (BERNCA)*, *Kwestionariusz do pomiaru mobbingu w miejscu pracy (NAQ-R)*, pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *Nurses Occupational Stressor Scale (NOSS)*, *Survey The Missed Nursing Care Survey (MISSCARE)*, *CLeNA*, *Global Trigger Tool (IHI)*, *NPC Scale Short Form*, *The Connor-Davidson*

Resilience (CD-RISC), Intensive Care Unit Nurse-Physician Questionnaire (ICU-NPQ), Critical Care Nursing Competence Questionnaire for Patient Safety (C3Q-Safety), Healthy Work Environment Assessment Tool (AACN HWEAT), Workload Assessment of Nurses on Emergency (WANE), Safer Nursing Care Tool (SNCT), Nurse Operation Workload (NOW), The Revised Nursing Work Index (NWI-EO), Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL), Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist, pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: BOHIPSZPO, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Skala Oceny Bezpieczeństwa Farmakoterapii (NURIPH), Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag, Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy (PWP); grupa: WF, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja krótka (IPAQ-SF), Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja długa (IPAQ-LF), Duke Activity Status Index (DASI), Seven Day Physical Activity Recall (PAR), Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej (VSAQ); grupa: Wielokulturowość w naukach o zdrowiu i naukach medycznych, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane:

Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI), Nurse Cultural Competence Scale (NCCS), pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Your Religiousness (P-NCCS), Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R); grupa: Narzędzia stosowane w dydaktyce medycznej, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Inwentarz klinicznego środowiska uczenia się (CLEI), Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży; grupa: Zarządzanie w pielęgniarstwie – część II, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP).

IV.1. Dietetyka

Rzadkowolska Katarzyna

Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa

IV. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- IV. 1. A. 1. Uniwersalna przesiewowa metoda oceny niedożywienia (MUST)
- IV. 1. A. 2. Malnutrition Screening Tool (MST)
- IV. 1. A. 3. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)
- IV. 1. A. 4. Miniskala oceny stanu odżywienia (MNA)
- IV. 1. A. 5. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)
- IV. 1. A. 6. Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)
- IV. 1. A. 7. Prognostyczny Index Odżywienia (PNI)
- IV. 1. A. 8. Nutrition Risk in the Critically Ill Score (NUTRIC)
- IV. 1. A. 9. Nutritional Risk Index (NRI)
- IV. 1. A. 10. Prognostic Inflammatory and Nutritional Index (PINI)

IV. 1. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

- IV. 1. B. 1. Instant nutritional assessment (INA)
- IV. 1. B. 2. Nutritional screening initiative checklist (DETERMINE)
- IV. 1. B. 3. Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN)
- IV. 1. B. 4. Malnutrition inflammatory score (MIS)
- IV. 1. B. 5. South Manchester University Hospitals nutritional Assessment Score
- IV. 1. B. 6. Controlling nutritional status (CONUT)
- IV. 1. B. 7. British nutrition screening tool (NST)
- IV. 1. B. 8. Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)
- IV. 1. B. 9. Canadian Nutrition Screening Tool (CNST)
- IV. 1. B. 10. Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST)
- IV. 1. B. 11. Eating Validation Scheme (EVS)

IV. 1. B. 12. Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT)

IV. 1. B. 13. Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease Nutrition Risk Tool

IV. 1. B. 14. Nutritional Screening inflammatory bowel diseases (NS-IBD)

IV. 1. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

IV. 1. C. 1. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)

IV. 1. C. 2. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)

IV.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.1. Uniwersalna przesiewowa metoda oceny niedożywienia	
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition Universal Screening Tool	
Skrót	MUST	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Marinos Elia
	Rok publikacji	2004
	Źródło	Elia M. Screening for malnutrition: A multidisciplinary responsibility. Development and Use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for Adults. Reddich: BAPEN; 2003
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Celem jest dokonanie przesiewowe w celu wykrycia ryzyka niedożywienia. (Stratton i in. 2004)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Do oceny ryzyka wykorzystywane są: - Wskaźnik BMI (body mass index) - procentowa utrata masy ciała - ocena stanu klinicznego pacjenta Aby dokonać interpretacji należy zsumować punkty z trzech kroków.
	Orientacyjny czas badania	3-5 minut (Stratton i in. 2004)

Dietetyka

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	MUST jest obecnie najszerzej stosowanym narzędziem do badania żywienia w Wielkiej Brytanii. (Kawalec-Kajstura i in 2019).																				
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Powyżej 18 r. życia (dorośli) (Stratton i in. 2004)																				
	Miejsce badanych	Może być stosowany w warunkach szpitalnych i środowiskowych (Stratton i in. 2004)																				
	Stan badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani, także z nowotworami (Mziray i in, 2016)																				
	Sytuacje																					
	Inne																					
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.																					
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak																				
Klucz do skali/ interpretacja wyników	FORMUŁA Dodanie wybranych punktów:																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">Kryteria</th><th style="width: 30%;">Punktacja</th></tr> <tr> <td rowspan="3"><u>BMI</u>, kg/m²</td><td style="text-align: center;">>20</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">18,5-20</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;"><18,5</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td rowspan="3">Nieplanowana utrata wagi w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy</td><td style="text-align: center;"><5%</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">5-10%</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">>10%</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td rowspan="4">Pacjent jest poważnie chory i nie przyjmował lub prawdopodobnie nie przyjmował składników odżywczych przez >5 dni</td><td style="text-align: center;">Nie</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tak</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>		Kryteria	Punktacja	<u>BMI</u> , kg/m ²	>20	0	18,5-20	1	<18,5	2	Nieplanowana utrata wagi w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy	<5%	0	5-10%	1	>10%	2	Pacjent jest poważnie chory i nie przyjmował lub prawdopodobnie nie przyjmował składników odżywczych przez >5 dni	Nie	0	Tak
Kryteria	Punktacja																					
<u>BMI</u> , kg/m ²	>20	0																				
	18,5-20	1																				
	<18,5	2																				
Nieplanowana utrata wagi w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy	<5%	0																				
	5-10%	1																				
	>10%	2																				
Pacjent jest poważnie chory i nie przyjmował lub prawdopodobnie nie przyjmował składników odżywczych przez >5 dni	Nie	0																				
	Tak	2																				
	FAKTY I LICZBY Interpretacja:																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">MUSI strzelić</th><th style="width: 25%;">Ogólne ryzyko niedożywienia</th><th style="width: 60%;">Sugerowane zarządzanie według wytycznych BAPEN</th></tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td>Niski</td><td>Rutynowa opieka kliniczna</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td>Średni</td><td>Przestrzegać; udokumentować spożycie diety i, jeśli jest to odpowiednie/niewielkie obawy, kontynuować badania przesiewowe; jeśli niewystarczające, popraw i zwiększ ogólne spożycie zgodnie z lokalną polityką</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">≥2</td><td>Wysoki</td><td>Leczyć*; zwrócić się do dietetyka, poprawić i zwiększyć ogólne spożycie, zwiększyć częstotliwość monitorowania zgodnie z lokalną polityką</td></tr> </table>		MUSI strzelić	Ogólne ryzyko niedożywienia	Sugerowane zarządzanie według wytycznych BAPEN	0	Niski	Rutynowa opieka kliniczna	1	Średni	Przestrzegać; udokumentować spożycie diety i, jeśli jest to odpowiednie/niewielkie obawy, kontynuować badania przesiewowe; jeśli niewystarczające, popraw i zwiększ ogólne spożycie zgodnie z lokalną polityką	≥2	Wysoki	Leczyć*; zwrócić się do dietetyka, poprawić i zwiększyć ogólne spożycie, zwiększyć częstotliwość monitorowania zgodnie z lokalną polityką								
MUSI strzelić	Ogólne ryzyko niedożywienia	Sugerowane zarządzanie według wytycznych BAPEN																				
0	Niski	Rutynowa opieka kliniczna																				
1	Średni	Przestrzegać; udokumentować spożycie diety i, jeśli jest to odpowiednie/niewielkie obawy, kontynuować badania przesiewowe; jeśli niewystarczające, popraw i zwiększ ogólne spożycie zgodnie z lokalną polityką																				
≥2	Wysoki	Leczyć*; zwrócić się do dietetyka, poprawić i zwiększyć ogólne spożycie, zwiększyć częstotliwość monitorowania zgodnie z lokalną polityką																				
*O ile nie oczekuje się szkodliwych lub żadnych korzyści ze wsparcia żywieniowego, np. nieuchronna śmierć.																						
Formularz skali/ kwestionariusz																						

**'Malnutrition Universal Screening Tool'**
BAPEN is a registered charity number 1030257 www.bapen.org.uk

'MUST'

'MUST' is a five-step screening tool to identify **adults**, who are malnourished, at risk of malnutrition (undernutrition), or obese. It also includes management guidelines which can be used to develop a care plan.

It is for use in hospitals, community and other care settings and can be used by all care workers.

This guide contains:

- A flow chart showing the 5 steps to use for screening and management
- BMI chart
- Weight loss tables
- Alternative measurements when BMI cannot be obtained by measuring weight and height.

The 5 'MUST' Steps

Step 1

Measure height and weight to get a BMI score using chart provided. *If unable to obtain height and weight, use the alternative procedures shown in this guide.*

Step 2

Note percentage unplanned weight loss and score using tables provided.

Step 3

Establish acute disease effect and score.

Step 4

Add scores from steps 1, 2 and 3 together to obtain overall risk of malnutrition.

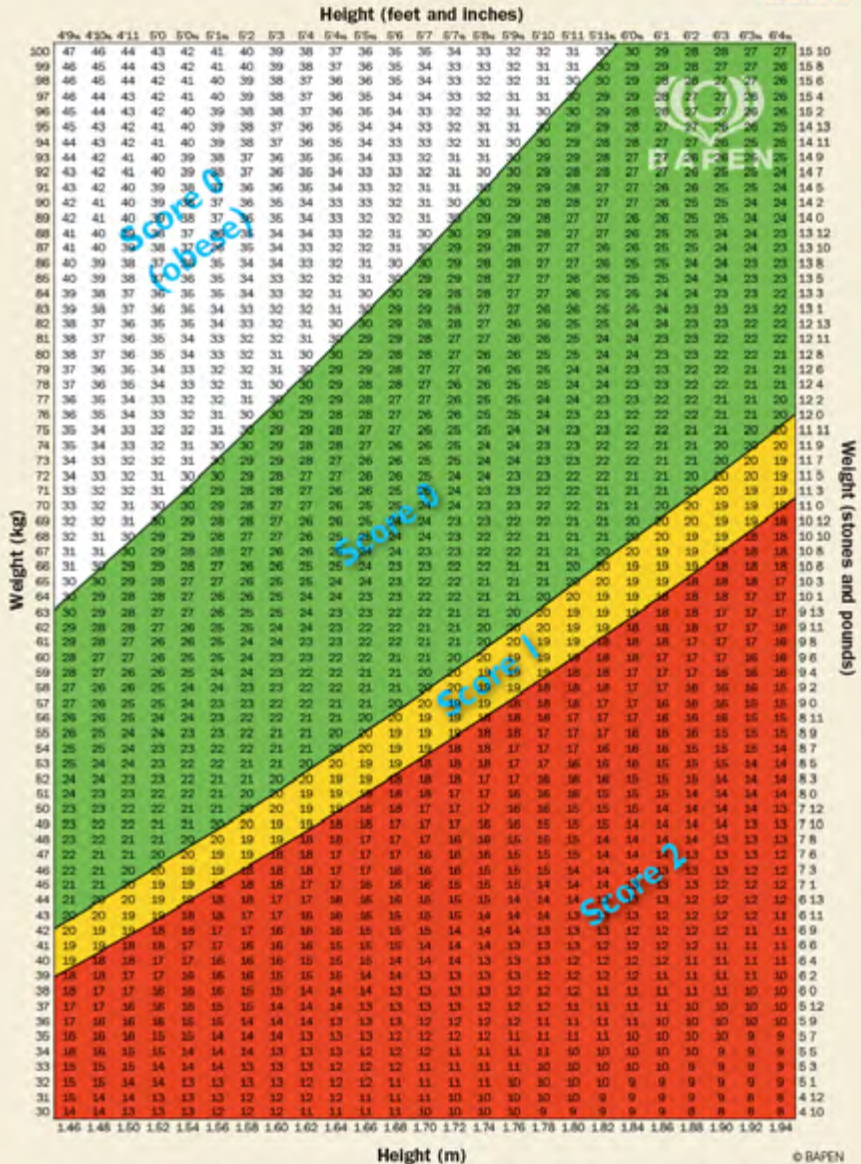
Step 5

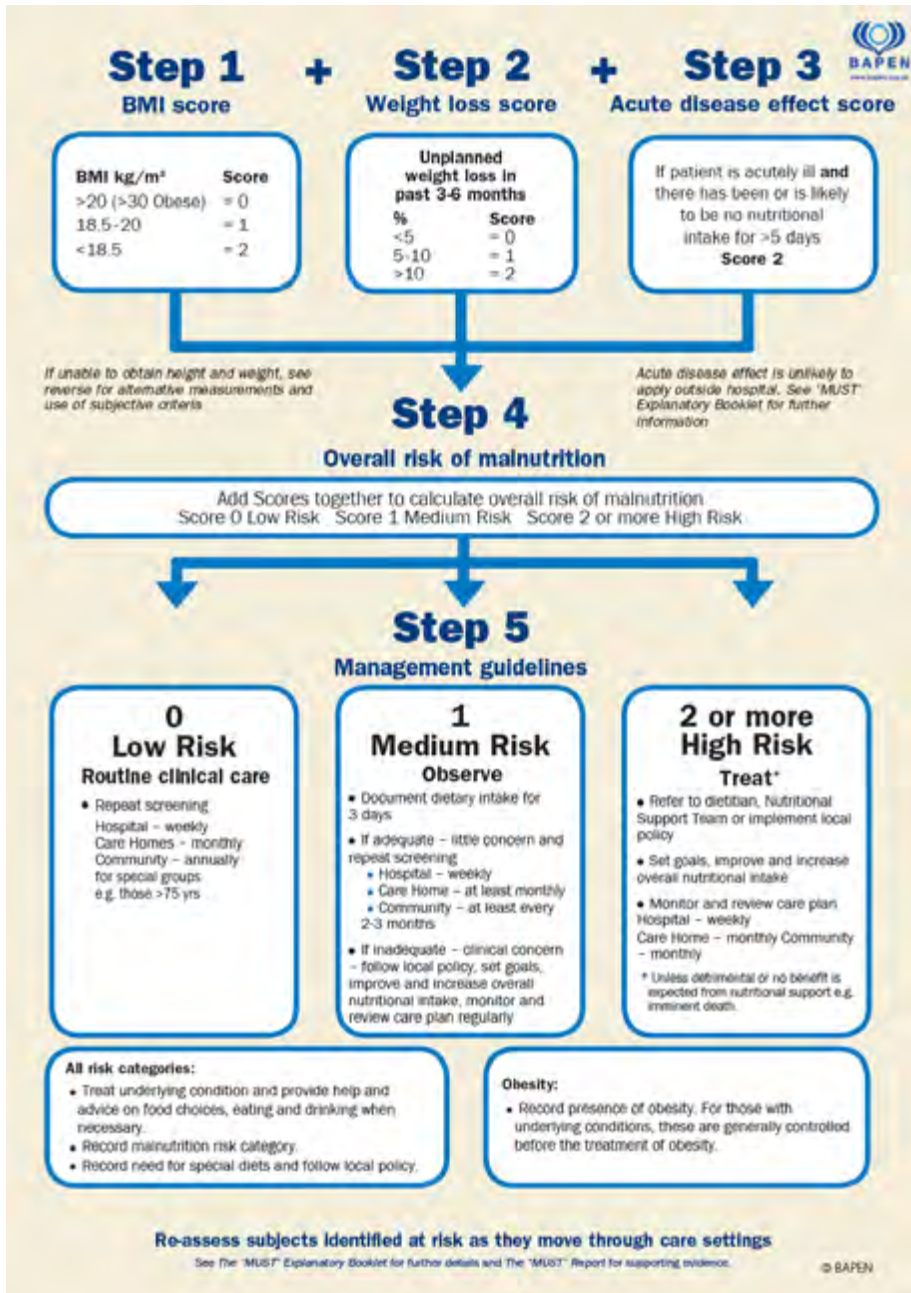
Use management guidelines and/or local policy to develop care plan.

Please refer to *The 'MUST' Explanatory Booklet* for more information when weight and height cannot be measured, and when screening patient groups in which extra care in interpretation is needed (e.g. those with fluid disturbances, plaster casts, amputations, critical illness and pregnant or lactating women). The booklet can also be used for training. See *The 'MUST' Report* for supporting evidence. Please note that 'MUST' has not been designed to detect deficiencies or excessive intakes of vitamins and minerals and is of **use only in adults**.

© BAPEN

Step 1 – BMI score (& BMI)





Step 2 – Weight loss score



Score 0	Score 1	Score 2
Wt loss < 5%	Wt loss 5 - 10%	Wt loss > 10%

Weight loss in last
3 to 6 months

kg	Less than (kg)	Between (kg)	More than (kg)
30	1.6	1.6 - 3.3	3.3
31	1.6	1.6 - 3.4	3.4
32	1.7	1.7 - 3.6	3.6
33	1.7	1.7 - 3.7	3.7
34	1.8	1.8 - 3.8	3.8
35	1.8	1.8 - 3.9	3.9
36	1.9	1.9 - 4.0	4.0
37	1.9	1.9 - 4.1	4.1
38	2.0	2.0 - 4.2	4.2
39	2.1	2.1 - 4.3	4.3
40	2.1	2.1 - 4.4	4.4
41	2.2	2.2 - 4.6	4.6
42	2.2	2.2 - 4.7	4.7
43	2.3	2.3 - 4.8	4.8
44	2.3	2.3 - 4.9	4.9
45	2.4	2.4 - 5.0	5.0
46	2.4	2.4 - 5.1	5.1
47	2.5	2.5 - 5.2	5.2
48	2.5	2.5 - 5.3	5.3
49	2.6	2.6 - 5.4	5.4
50	2.6	2.6 - 5.6	5.6
51	2.7	2.7 - 5.7	5.7
52	2.7	2.7 - 5.8	5.8
53	2.8	2.8 - 5.9	5.9
54	2.8	2.8 - 6.0	6.0
55	2.9	2.9 - 6.1	6.1
56	2.9	2.9 - 6.2	6.2
57	3.0	3.0 - 6.3	6.3
58	3.1	3.1 - 6.4	6.4
59	3.1	3.1 - 6.6	6.6
60	3.2	3.2 - 6.7	6.7
61	3.2	3.2 - 6.8	6.8
62	3.3	3.3 - 6.9	6.9
63	3.3	3.3 - 7.0	7.0
64	3.4	3.4 - 7.1	7.1

Current weight

Score 0	Score 1	Score 2
Wt loss < 5%	Wt loss 5 - 10%	Wt loss > 10%

Weight loss in last
3 to 6 months

kg	Less than (kg)	Between (kg)	More than (kg)
65	3.4	3.4 - 7.2	7.2
66	3.5	3.5 - 7.3	7.3
67	3.5	3.5 - 7.4	7.4
68	3.6	3.6 - 7.6	7.6
69	3.6	3.6 - 7.7	7.7
70	3.7	3.7 - 7.8	7.8
71	3.7	3.7 - 7.9	7.9
72	3.8	3.8 - 8.0	8.0
73	3.8	3.8 - 8.1	8.1
74	3.9	3.9 - 8.2	8.2
75	3.9	3.9 - 8.3	8.3
76	4.0	4.0 - 8.4	8.4
77	4.1	4.1 - 8.6	8.6
78	4.1	4.1 - 8.6	8.7
79	4.2	4.2 - 8.7	8.8
80	4.2	4.2 - 8.9	8.9
81	4.3	4.3 - 9.0	9.0
82	4.3	4.3 - 9.1	9.1
83	4.4	4.4 - 9.2	9.2
84	4.4	4.4 - 9.3	9.3
85	4.5	4.5 - 9.4	9.4
86	4.5	4.5 - 9.6	9.6
87	4.6	4.6 - 9.7	9.7
88	4.6	4.6 - 9.8	9.8
89	4.7	4.7 - 9.9	9.9
90	4.7	4.7 - 10.0	10.0
91	4.8	4.8 - 10.1	10.1
92	4.8	4.8 - 10.2	10.2
93	4.9	4.9 - 10.3	10.3
94	4.9	4.9 - 10.4	10.4
95	5.0	5.0 - 10.6	10.6
96	5.1	5.1 - 10.7	10.7
97	5.1	5.1 - 10.8	10.8
98	5.2	5.2 - 10.9	10.9
99	5.2	5.2 - 11.0	11.0

Alternative measurements and considerations



Step 1: BMI (body mass index)

If height cannot be measured

- Use recently documented or self-reported height (if reliable and realistic).
- If the subject does not know or is unable to report their height, use one of the alternative measurements to estimate height (ulna, knee height or demispan).

Step 2: Recent unplanned weight loss

If recent weight loss cannot be calculated, use self-reported weight loss (if reliable and realistic).

Subjective criteria

If height, weight or BMI cannot be obtained, the following criteria which relate to them can assist your professional judgement of the subject's nutritional risk category. Please note, these criteria should be used collectively not separately as alternatives to steps 1 and 2 of 'MUST' and are not designed to assign a score. Mid upper arm circumference (MUAC) may be used to estimate BMI category in order to support your overall impression of the subject's nutritional risk.

1. BMI

- Clinical impression – thin, acceptable weight, overweight. Obvious wasting (very thin) and obesity (very overweight) can also be noted.

2. Unplanned weight loss

- Clothes and/or jewellery have become loose fitting (weight loss).
- History of decreased food intake, reduced appetite or swallowing problems over 3-6 months and underlying disease or psycho-social/physical disabilities likely to cause weight loss.

3. Acute disease effect

- Acutely ill and no nutritional intake or likelihood of no intake for more than 5 days.

Further details on taking alternative measurements, special circumstances and subjective criteria can be found in *The 'MUST' Explanatory Booklet*. A copy can be downloaded at www.bapen.org.uk or purchased from the BAPEN office. The full evidence-base for 'MUST' is contained in *The 'MUST' Report* and is also available for purchase from the BAPEN office.

BAPEN Office, Secure Hold Business Centre, Studley Road, Redditch, Worcs, B98 7LG. Tel: 01527 457 850. Fax: 01527 458 718. bapen@sovereignconference.co.uk BAPEN is registered charity number 1023927. www.bapen.org.uk

© BAPEN 2003 ISBN 1 899467 90 4 Price £2.00

All rights reserved. This document may be photocopied for dissemination and training purposes as long as the source is credited and recognised.

Copy may be reproduced for the purposes of publicity and promotion. Written permission must be sought from BAPEN if reproduction or adaptation is required. If used for commercial gain a licence fee may be required.



© BAPEN First published May 2003 by MAG the Malnutrition Advisory Group, a Standing Committee of BAPEN.
Reviewed and reprinted with minor changes March 2006, September 2010 and August 2011.
'MUST' is supported by the British Dietetic Association, the Royal College of Nursing and the Registered Nursing Home Association.

© BAPEN



Alternative measurements: instructions and tables

If height cannot be obtained, use length of forearm (ulna) to calculate height using tables below.
 (See The 'MUST' Explanatory Booklet for details of other alternative measurements (knee height and demispán) that can also be used to estimate height).

Estimating height from ulna length



Measure between the point of the elbow (olecranon process) and the midpoint of the prominent bone of the wrist (styloid process) (left side if possible).

Height (cm)	men (<65 years)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	men (≥65 years)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Ulna length (cm)		32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
	Women (<65 years)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
Height (cm)	Women (≥65 years)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
Height (cm)	men (<65 years)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	men (≥65 years)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
Ulna length (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
	Women (<65 years)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
Height (cm)	Women (≥65 years)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

Estimating BMI category from mid upper arm circumference (MUAC)



The subject's left arm should be bent at the elbow at a 90 degree angle, with the upper arm held parallel to the side of the body. Measure the distance between the bony protrusion on the shoulder (acromion) and the point of the elbow (olecranon process). Mark the mid-point.



Ask the subject to let arm hang loose and measure around the upper arm at the mid-point, making sure that the tape measure is snug but not tight.

If MUAC is <23.5 cm, BMI is likely to be <20 kg/m².
 If MUAC is >32.0 cm, BMI is likely to be >30 kg/m².

The use of MUAC provides a general indication of BMI and is not designed to generate an actual score for use with 'MUST'. For further information on use of MUAC please refer to The 'MUST' Explanatory Booklet.

© BAPEN

(Strona web: <https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself>)

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' (MUST) for adults. The British Journal of Nutrition. 2004; 92(5): 799-808 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533269 2. Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. Gastroenterologia Polska 2019; 27: 59-65 . 3. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. Annales Academiae Medicae Gedanensis, 2016, 46: 95–105 4. Sharma Y, Thompson C, Kaambwa B, Shahi R, Miller M. Validity of Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in Australian hospitalized acutely unwell elderly patients. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2017;26(6):994-1000 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28917223 5. Marphy J, Mayor A, Forde E. Identifying and treating older patients with malnutrition in primary care: the MUST screening tool. Br J Gen Pract 2018; 68(672):344-345 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29954811 6. Strona web: https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself 7. Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. Food Forum 2019;3 Dostępny w Internecie: https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow 8. Rabito EI, Marcadenti A, da Silva fink J, Figueira L. Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service. Nutr Clin Proct 2017; 32 (4): 526-532 9. Dent E, Hoogendijk EO, Visvanathan R, Wright ORL. Malnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review. J Nutr Health Aging. 2019;23(5):431-441 10. Donini LM, Poggiogalle E, Molfino A, Rosano A, Lenzi A, Rossi Fanelli F, Muscaritoli M. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents. J Am Med Dir Assoc. 2016 Oct 1;17(10):959.e11-8. doi: 10.1016/j.jamda.2016.06.028. Epub 2016 Aug 12. 11. Gomes-Neto AW, van Vliet IMY, Osté MCJ, de Jong MFC, Bakker SJL, Jager-Witenaar H, Navis GJ. Malnutrition Universal Screening Tool and Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form and their predictive validity in hospitalized patients. Clin Nutr ESPEN. 2021 Oct;45:252-261

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.2. Narzędzie do badania niedożywienia	
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition Screening Tool	
Skrót	MST	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ferguson i wsp.
	Rok publikacji	1999

	Źródło	Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. Nutrition 1999;15: 458-64
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Screening ryzyka niedożywienia
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Składa się z dwóch pytań dotyczących apetytu i niedawnej niezamierzonej utraty wagi.
	Orientacyjny czas badania	3-5 minut (Stratton i in. 2004)
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Powyżej 18 r. życia [Stratton i in. 2004]
	Miejsce badanych	Może być stosowany w warunkach szpitalnych i środowiskowych [Stratton i in. 2004]
	Stan badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani i ambulatoryjni [Stratton i in. 2004]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik równy lub większy niż 2 z łącznej liczby 7 wskazuje na potrzebę oceny żywieniowej i/lub interwencji [Ferguson 1999]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Narzędzie do badania niedożywienia (MST).

Czy schudłeś ostatnio, nie próbując?	
Nie	0
Nie jestem pewien	2
Jeśli tak, ile schudłeś (kilogramy)?	
1–5	1
6–10	2
11-15	3
>15	4
Nie jestem pewien	2

Czy źle się odżywiałeś z powodu zmniejszonego apetytu?	
Nie	0
Tak	1
Całkowity	
Wynik 2 lub więcej = pacjent zagrożony niedożywieniem.	

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' (MUST) for adults. <i>The British Journal of Nutrition</i>. 2004; 92(5): 799-808 2. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. <i>Nutrition</i> 1999; 15: 458-464 https://doi.org/10.1016/S0899-9007(99)00084-2 3. De Ulibarri Perez J.I., Giménez A.G.M., Pérez P.G., Fernandez G., Salvanés F.R., Estrada A.M.A., Diaz A., Travé T.D., Romero C.D., Sánchez P.H., et al. New Procedure for the Early Detection and Control of Under-Nourishment in Hospitals. <i>Nutr. Hosp.</i> 2002;17:179–188. 4. Rabito EI, Marcadenti A, da Silva fink J, Figueira L. Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service. <i>Nutr Clin Proct</i> 2017; 32 (4): 526-532 5. Deftereos I, Djordjevic A, Carter VM, McNamara J, Yeung JM, Kiss N. Malnutrition screening tools in gastrointestinal cancer: A systematic review of concurrent validity. <i>Surg Oncol</i>. 2021 Sep;38:101627. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101627. Epub 2021 Jun 16. 6. Castillo-Martínez L, Castro-Eguiluz D, Copca-Mendoza ET, Pérez-Camargo DA, Reyes-Torres CA, Ávila EA, López-Córdova G, Fuentes-Hernández MR, Cetina-Pérez L, Milke-García MDP. Nutritional Assessment Tools for the Identification of Malnutrition and Nutritional Risk Associated with Cancer Treatment. <i>Rev Invest Clin</i>. 2018;70(3):121-125 7. Vrdoljak D. Malnutrition screening tools for elderly in general practice. <i>Acta Med Croatica</i>. 2015 Nov;69(4):339-45. 8. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, Partridge J, Misas J, Dennis R, Alba MJ, Chaves-Santiago W, Araque C. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. <i>Clin Nutr</i>. 2019 Jun;38(3):1310-1316 9. Leipold CE, Bertino SB, L'Huillier HM, Howell PM, Rosenkotter M. Validation of the Malnutrition Screening Tool for use in a Community Rehabilitation Program. <i>Nutr Diet</i>. 2018 Feb;75(1):117-122. 10. Cruz V, Bernal L, Buitrago G, Ruiz AJ. Screening for malnutrition among hospitalized patients in a Colombian University Hospital. <i>Rev Med Chil</i>. 2017 Apr;145(4):449-457. 11. Di Bella A, Blake C, Young A, Pelecanos A, Brown T. Reliability of Patient-Led Screening with the Malnutrition Screening Tool: Agreement between Patient and Health Care Professional Scores in the Cancer Care Ambulatory Setting. <i>J Acad Nutr Diet</i>. 2018 Jun;118(6):1065-1071.

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.3. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem	
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional Risk Screening 2002	
Skrót	NRS 2002	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Jens Kondrup
	Rok publikacji	2002
	Źródło	Kondrup J., Rasmussen HH., Homberg O., Stanga Z., Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3): 321-336
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Borek P., Chmielewski M., Małgorzewicz S., Dębska Ślizień A. Analysis of Outcomes od the NRS 2002 in Patients Hospilized in Nephrology Wards. Nutrients. 2017; 9 (3)
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	jest narzędziem punktowym umożliwiającym dokonanie klasyfikacji ryzyka wystąpienia powikłań związanych z niedożywieniem występującym w przebiegu choroby [Kawalec-Kajstura i in. 2019]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	W przypadku skali NRS 2002 oceny dokonuje się w kilku etapach obejmując ryzyko niedożywienia, skalę ciężkości choroby oraz przesiew wstępny i końcowy [Fizia i in, 2013; Kawalec-Kajstura i in. 2019]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	To jedna z najczęściej stosowanych skali służących do oceny stanu niedożywienia pacjentów. W kwestionariuszu tym ocenia się pogorszenie stanu odżywienia oraz nasilenie ciężkości choroby. Uwzględnia się również wiek osoby badanej. Bierze się pod uwagę utratę masy ciała we wskazanym przedziale czasowym (od jednego do trzech miesięcy) oraz wysokość spożycia produktów w odniesieniu do zapotrzebowania organizmu. [Mziray i in, 2016]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby powyżej 18 roku życia (dorośli) [Mziray i in, 2016]
	Miejsce badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywniowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	

Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Na podstawie uzyskanej liczby punktów ocenia się, czy wskazane jest rozpoczęcie leczenia żywieniowego (wynik powyżej 3 punktów), czy też wystarczające będzie postępowanie zachowawcze z kontrolną oceną po tygodniu hospitalizacji (wynik poniżej 3 punktów) [Mziraj i in, 2016]
Formularz skali/ kwestionariusz	

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)**

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
Brak = 0	Prawidłowy stan odżywienia	Brak = 0	Zwykłe zapotrzebowanie
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda Choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) - marskość wątroby, POChP Radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chorzy w oddziale Intensywnej Terapii
Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień.			

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Kawalec- Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. Gastroenterologia Polska 2019; 27: 59-65 - Fizia K, Giętek M, Czech N, Muc-Wierżgoń M, Nowakowska-Zajdel E. Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory. Pielęgniarstwo Polskie 2013,2(48):105-110

	3. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedozżywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105. 4. Mcclave SA, Bibaise JK, Mullin GE, Martindale RG. ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. <i>Am J Gastroenterol</i>. 2016;111(3):315-334 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578 5. Mcclave SA, Taylor BE, Matindale RG, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). <i>JPEN J Parenter Enteral Nutr</i>. 2016;40(2):159-211 https://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/01_Site_Directory/Guidelines_and_Clinical_Resources/EN_Pathway/McClave_et_al-2016-Journal_of_Parenteral_and_Enteral_Nutrition.pdf 6. Kondrup J, Rasmussen HH, Homberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. <i>Clin Nutr</i>. 2003;22(3): 321-336 7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765673 8. Kłęk S, Jankowski M, Kruszewski WJ, i in. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii. <i>Onkol Prak Klin</i> 2016; 11:173-190 9. Borek P., Chmielewski M., Małgorzewicz S., Dębska Ślizień A. Analysis of Outcomes of the NRS 2002 in Patients Hospitalized in Nephrology Wards. <i>Nutrients</i>. 2017; 9 (3) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28300757 10. Devereux I, Djordjevic A, Carter VM, McNamara J, Yeung JM, Kiss N. Malnutrition screening tools in gastrointestinal cancer: A systematic review of concurrent validity. <i>Surg Oncol</i>. 2021 Sep;38:101627. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101627. Epub 2021 Jun 16.
--	---

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.4. Ryzyko żywieniowe w punktacji krytycznie chorych (NUTRIC)	
Nazwa skali w języku angielskim	Nutrition Risk in the Critically Ill Score	
Skrót	NUTRIC	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Daren K. Heyland i wsp.
	Rok publikacji	2011
	Źródło	Heyland DK, Ghaliwal R, Jiang X, Day Ag. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of novel risk assessment tool. <i>Crit Care</i> 2011; 15(6): R268
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Punktacja NUTRIC identyfikuje pacjentów, u których istnieje szczególne prawdopodobieństwo, że agresywna terapia żywieniowa może odnieść korzyści. [Heyland, 2011, Rachman 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Punktacja Sekwencyjnej Oceny Niewydolności Narządowej (SOFA) Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score Wynik APACHE II [Heyland, 2011, Rachman 2016]

	Struktura skali		
	Orientacyjny czas badania		
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego		
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych		
	Miejsce badanych	Pacjenci OIOM [Heyland, 2011, Rachman 2016]	
	Stan badanych	Krytyczny [Heyland, 2011, Rachman 2016]	
	Sytuacje		
	Inne		
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik NUTRIC	Ryzyko	28-dniowa śmiertelność
	0	Niskie ryzyko	~1%
	1		~2%
	2		~3%
	3		~8%
	4		~11%
	5		~20%
	6	Wysokie ryzyko	~30%
	7		~45%
	8		~58%
	9		~70%
	10		~80%
	Formularz skali/ kwestionariusz		

FORMUŁA

Dodanie wybranych punktów:

	Punktacja			
	0	1	2	3
Wiek (lata)	<50	50–74	≥75	--
<u>APASZE II</u>	<15	15-19	20-27	≥28
<u>Ocena SOFA *</u>	<6	6–9	≥10	--
Liczba chorób współistniejących	0–1	≥2	--	--
Dni w szpitalu na OIOM przyznają	0	≥1	--	--
IL-6 (μ/ml)	0–399	≥400	--	--

*Początkowe.

Interpretacja:

Wynik NUTRIC	Ryzyko	28-dniowa śmiertelność
0	Niskie ryzyko	~1%
1		~2%
2		~3%
3		~8%
4		~11%
5		~20%
6	Wysokie ryzyko	~30%
7		~45%
8		~58%
9		~70%
10		~80%

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Heyland DK, Ghaliwal R, Jiang X, Day Ag. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of novel risk assessment tool. <i>Crit Care</i> 2011; 15(6): R268 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085763/ - Rahman A, Hasan RM, Agarwala R, Martin CM, Day AG, Heyland DK. Identifying critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the „modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool. <i>Lin Nutr</i> 2016; 35(1) L158-162 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698099 - Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' (MUST) for adults. <i>The British Journal of Nutrition</i>. 2004; 92(5): 799-808 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533269 - Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS. Use of Nutrition Risk in Critically ill (NUTRIC) Score to Assess Nutritional Risk in Mechanically Ventilated Patients: A Prospective Observational Study. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2017;21(5):253-256 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28584426 - Rosa M, Heyland DK, Fernandes D, Rabito EI, Oliviera ML, Marcadenti A. Translation and adaptation of the NUTRIC Score to identify critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy. <i>Clin Nutr ESPEN</i>. 2016;14:31-36 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28531396 - Compher C, Chirra M, Sammarco T, Nicolo M, Heyland DK. Greater Protein and Energy Intake May Be Associated With Improved Mortality in Higher Risk Critically Ill Patients: A Multicenter Multinational Observational Study. <i>Crit Care Med</i>. 2017;45(2):156-163 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28098623 - McClave SA, Dikkes JK, Mullin GE, Martindale RG. ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. <i>Am J Gastroenterol</i>. 2016;111(3):315-334 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578 - Zhang P, He Z., Yu G., Peng D., Feng Y., Ling J., Wang Y., Li S., Bian Y. The Modified NUTRIC Score Can Be Used for Nutritional Risk Assessment as Well as Prognosis Prediction in Critically Ill COVID-19 Patients. <i>Clin. Nutr</i>. 2021;40:534-541. doi: 10.1016/j.clnu.2020.05.051

	9. Kondrup J. Nutrition Risk Screening in the ICU. <i>Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.</i> 2019;22:159–161. doi: 10.1097/MCO.0000000000000551.
	10. Cattani A., Eckert I.C., Brito J.E., Tartari R.F., Silva F.M. Nutritional Risk in Critically Ill Patients: How It Is Assessed, Its Prevalence and Prognostic Value: A Systematic Review. <i>Nutr. Rev.</i> 2020;78:1052–1068. doi: 10.1093/nutrit/nuaa031.

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.5. Uproszczony kwestionariusz apetytu żywieniowego	
Nazwa skali w języku angielskim	Simplified Nutritional Appetite Questionnaire	
Skrót	SNAQ	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	dr John E. Morley
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Wilson MM, Thomas DR, Rubenstein LZ, Chibnall JT, Anderson S, Baxi A, Diebold MR, Morley JE. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. <i>Am J Clin Nutr.</i> 2005 Nov;82(5):1074-81
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Ocena apetytu i identyfikacja ryzyka utraty masy ciała. [Mziray i in. 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Kwestionariusz SNAQ składa się z czterech pytań, za które można otrzymać maksymalnie 20 punktów. [Mziray i in, 2016]
	Orientacyjny czas badania	Badanie przesiewowe pacjenta zajmuje mniej niż 5 minut [Mziray i in, 2016]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania wykazują, że włączenie SNAQ do rutynowej oceny geriatrycznej ułatwia identyfikację ryzyka utraty masy ciała [Mziray i in, 2016] Jest narzędziem o potwierdzonej skuteczności w wykrywaniu osób zagrożonych utratą masy ciała w przebiegu „jadłowstrętu wieku podeszłego [Kawalec-Kejstura i in, 2019]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Starsi pacjenci
	Miejsce badanych	Szpital, Dom opieki społecznej
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Możliwość przeprowadzenia zarówno przez lekarza, jak i pielęgniarkę czy dietetyka [Mziray i in, 2016]	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Uzyskanie ≤ 14 punktów wskazuje na ryzyko utraty, co najmniej 5% masy ciała w ciągu 6 miesięcy [Mziray i in, 2016]
Formularz skali/ kwestionariusz	

Uproszczony kwestionariusz apetytu żywieniowego.

Simplified Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ)

Tool

The Simplified Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ) is a validated tool to assess for the risk of undernutrition in community-dwelling seniors over the age of 65 years.

	Item Score	Patient Score
1. My appetite is:		
a. Very poor.	1	
b. Poor.	2	
c. Average.	3	
d. Good.	4	
e. Very good.	5	
2. When I eat:		
a. I feel full after eating only a few mouthfuls.	1	
b. I feel full after eating about a third of my meal.	2	
c. I feel full after eating more than half of my meal.	3	
d. I feel full after eating most of my meal.	4	
e. I hardly ever feel full.	5	
3. Food tastes:		
a. Very bad.	1	
b. Bad.	2	
c. Average.	3	
d. Good.	4	
e. Very good	5	
4. Normally, I eat:		
a. Less than one meal a day.	1	
b. One meal a day	2	
c. Two meals a day	3	
d. Three meals a day	4	
e. More than three meals a day	5	
SNAQ Score:		

A SNAQ score of less than 14 indicates a high risk of at least 5% weight loss within 6 months.

Adapted from the SNAQ Questionnaire developed by EMGO+ institute of the VU University (Netherlands) www.fightmalnutrition.eu. Used with permission.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105. 2. Kawalec- Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. <i>Gastroenterologia Polska</i> 2019; 27: 59-65 3. Kruizenga H.M., Seidell J.C., de Vet H.C.W., Wierdsma N.J., van Bokhorst-de van der Schueren M.A.E. Development and Validation of a Hospital Screening Tool for Malnutrition: The Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ®) <i>Clin. Nutr.</i> 2005;24:75–82. doi: 10.1016/j.clnu.2004.07.015 4. Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS. Use of Nutrition Risk in Critically ill (NUTRIC) Score to Assess Nutritional Risk in Mechanically Ventilated Patients: A Prospective Observational Study. <i>Indian J Crit Care Med.</i> 2017;21(5):253-256 5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28584426 6. Rahman A, Hasan RM, Agarwala R, Martin Cm Day AG, Heyland DK. Identify critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the „modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool. <i>Lin Nutr</i> 2016; 35(1)L158-162 7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698099 8. Rosa M, Heyland DK, Fernandes D, Rabito El, Oliviera ML, Marcadenti A. Translation and adaptation of the NUTRIC Score to identify critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy. <i>Clin Nutr ESPEN.</i> 2016;14:31-36 9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28531396 10. Compher C, Chirrams J, Sammarco T, Nicolo M, Heyland DK. Greater Protein and Energy Intake May Be Associated With Improved Mortality in Higher Risk Critically Ill Patients: A Multicenter Multinational Observational Study. <i>Crit Care Med.</i> 2017;45(2):156-163 11. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28098623 12. McClave SA, Dibaie JK, Mullin GE, Martindale RG. ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. <i>Am J. Gastroenterol.</i> 2016;111(3):315-334 13. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578 14. Dent E, Hoogendijk EO, Visvanathan R, Wright ORL. Malnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review. <i>J Nutr Health Aging.</i> 2019;23(5):431-441 15. Lau S, Pek K, Chew J, Lim JP, Ismail NH, Ding YY, Cesari M, Lim WS. The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) as a Screening Tool for Risk of Malnutrition: Optimal Cutoff, Factor Structure, and Validation in Healthy Community-Dwelling Older Adults. <i>Nutrients.</i> 2020 Sep 21;12(9):2885.

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.6. Wskaźnik ryzyka niedożywienia	
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional Risk Index	
Skrót	NRI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Gordon P. Buzby
	Rok publikacji	1988

	Źródło	Buzby GB, Williford WO, Peterson OL et al. A randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients: the rationale and impact od previous clinical trials and pilot study on protocol design. Am J Clin Nutr. 1988;47(2):357-365
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena ryzyka i stopnia niedożywienia [Mziray i in. 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Stężenie albumin w surowicy [Mziray i in. 2016]
	Struktura skali	Obliczenia z wzoru. [Mziray i in. 2016]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Przydatny wskaźnik oceny ryzyka niedożywienia u hospitalizowanych starszych pacjentów [Mziray i in. 2016]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci w starszym wieku [Mziray i in. 2016]
	Miejsce badanych	Szpital [Mziray i in. 2016]
	Stan badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani [Mziray i in. 2016]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywieniowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Dobry stan odżywienia rozpoznaje się, gdy NRI jest większy niż 100. Łagodne niedożywienie rozpoznaje się, gdy NRI mieści się w granicach 97,5-100, umiarkowane niedożywienie, gdy NRI wynosi od 83,5 do 97,5, a ciężkie niedożywienie, kiedy NRI jest mniejszy od 83,5 [Mziray i in, 2016]	
NRI oblicza się według następującego wzoru: $NRI = (1,5 \times \text{stężenie albumin [g/l]}) + (\text{obecna masa ciała [kg]}/\text{należna masa ciała [kg]})$ [Mziray i in, 2016]		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali	
Bibliografia	- Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. Annales Academiae Medicae Gedanensis, 2016, 46: 95–105. - Buzby GB, Williford WO, Peterson OL et al. A randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients: the rationale and impact od previous clinical trials and pilot study on protocol design. Am J Clin Nutr. 1988;47(2):357-365 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3124597/ - Perioperative Total Parenteral Nutrition in Surgical Patients. N Engl J Med 1991; 325:525-532 https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199108223250801?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov	

4.	Adejumo OL, Koelling TM, Hummel SL. Nutritional Risk Index predicts mortality in hospitalized advances heart failure patients J. Heart Lung Transplant. 2015;34(11): 1385-1389 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26250966
5.	Prasad N, Sinha A, Gupta A, et al. Validity of nutritional Risk Index as a malnutrition screening tool compared with subjective global assessment in end-stage renal disease patients on peritoneal dialysis, Indian J Nephrol. 2016;26 (1): 27-32 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26937075
6.	Naber T.H.J. i wsp. Specifity of indexes of malnutrition when applied to apparently healthy people: the effect of age. Am J Clin Nutr, 1997, 65: 1721–1725.
7.	Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. Food Forum 2019;3 Dostępny w Internecie: <u>Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów - Food Forum – czasopismo eksperckie o zdrowym odżywianiu (food-forum.pl)</u>
8.	Kawalec- Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. Gastroenterologia Polska 2019; 27: 59-65
9.	Deftereos I, Djordjevic A, Carter VM, McNamara J, Yeung JM, Kiss N. Malnutrition screening tools in gastrointestinal cancer: A systematic review of concurrent validity. Surg Oncol. 2021 Sep;38:101627. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101627. Epub 2021 Jun 16.
10.	Silva DFO, Lima SCVC, Sena-Evangelista KCM, Marchioni DM, Cobucci RN, Andrade FB. Nutritional Risk Screening Tools for Older Adults with COVID-19: A Systematic Review. Nutrients. 2020 Sep 27;12(10):2956.

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.7. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia	
Nazwa skali w języku angielskim	Subjective Global Assessment	
Skrót	SGA	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Detsky i wsp.
	Rok publikacji	1982
	Źródło	Baker J.P., Detsky A.S., Wesson D.E., Wolman S.L., Stewart S., Whitewell J., Langer B., Jeejeebhoy K.N. A Comparison of Clinical Judgment and Objective Measurements. <i>N. Engl. J. Med.</i> 1982;306:969–972..
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Celem jest ocena stanu odżywienia. [Kawalec-Kajstura i in 2019]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Łączy w sobie trzy elementy: wywiad, badanie fizykalne oraz subiektywną, globalną ocenę stanu odżywienia. Wywiad zawiera pytania dotyczące zmian masy ciała i w przyjmowaniu pokarmów, dolegliwości dyspeptycznych, wydolności w zakresie codziennego funkcjonowania oraz schorzeń współistniejących. W badaniu fizykalnym oceniany jest natomiast stopień zaawansowania

Dietetyka

		następujących zmian: utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójkłowymi i na klatce piersiowej, zanik mięśni (czworogłowy, naramienny), obrzęk nad kością krzyżową i kostek oraz wodobrzusze [Kawalec-Kajstura i in 2019]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz SGA daje zdecydowanie głębszą możliwość poznania problemów żywieniowych chorego, dzięki czemu trafniej można dokonać jego oceny [Solecka 2017]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Może być stosowany u dzieci i dorosłych [Solecka 2017]
	Miejsce badanych	Jest to metoda zalecana przez ASPEN i jest szeroko stosowana u pacjentów hospitalizowanych [Reber i in. 2021] Osoby zamieszkujące m.in. domy opieki społecznej, placówki opiekuńcze [Kulczycki 2019]
	Stan badanych	Pacjenci hospitalizowani, zwłaszcza u chorych na nowotwory. Został on zwalidowany u pacjentów, chirurgicznych, w stanie krytycznym, pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek i rakiem, a także u pacjentów geriatrycznych [Seron-Arbeloa i in. 2022]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Jego użycie wymaga pewnego doświadczenia klinicznego. W praktyce wszystkie jego elementy przeprowadza lekarz prowadzący, co zmniejsza jego użyteczność dla innych członków zespołu terapeutycznego [Kawalec-Kajstura i in. 2019]	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	W oparciu o uzyskane informacje dokonywana jest klasyfikacja pacjenta do jednej z trzech grup: osoba prawidłowo odżywiona, z niedożywieniem średniego stopnia lub jako osoba z dużym niedożywieniem [Kawalec-Kajstura i in. 2019]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. Wywiad

1. Wiek (lata) wzrost (cm) masa ciała (kg) płeć ☐ K ☐ M
2. Zmiana masy ciała utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg) (%)
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:
☐ zwiększenie ☐ bez zmian ☐ zmniejszenie
3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów
☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania (tygodnie)
Rodzaj diety:
☐ zbliżona do optymalnej diety oparta na pokarmach stałych
☐ dieta płynna kompletna
☐ dieta płynna hipokaloryczna
☐ głodzenie
4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymuje się ponad 2 tygodnie)
☐ bez objawów ☐ Nudności ☐ Wymioty ☐ Biegunka ☐ Jadłowstręt
5. Wydolność fizyczna
☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania (tygodnie)
rodzaj: ☐ praca w ograniczonym zakresie
☐ chodzi
☐ leży
6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby
☐ brak ☐ mały ☐ średni ☐ duży

II. Badanie fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

(0 - bez zmian, 1 - lekki, 2 - średni, 3 - ciężki)

- ☐ utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójkłowymi na klatce piersiowej
- ☐ zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- ☐ obrzęk nad kością krzyżową
- ☐ obrzęk kostek
- ☐ wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- ☐ prawidłowy stan odżywienia
- ☐ podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
- ☐ wyniszczenie
- ☐ duże ryzyko niedożywienia

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. <i>Gastroenterologia Polska</i> 2019; 27: 59–65 2. Solecka M. Test stanu odżywienia pacjenta onkologicznego. Dostępny w internecie: https://www.zwrotnikraka.pl/test-stanu-odzywienia-dla-pacjentow-chorobanowotworowa/ 3. Reber E., Schönenberger K.A., Vasiloglou M.F., Stanga Z. Nutritional Risk Screening in Cancer Patients: The First Step toward Better Clinical Outcome. <i>Front. Nutr.</i> 2021;8:1–9. doi: 10.3389/fnut.2021.603936. 4. Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. <i>Food Forum</i> 2019;3 Dostępny w Internecie: https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow 5. Seron-Arbeloa C, Labarta-Monzon L, Puzo-Foncillas J i in. Malnutrition Screening and Assessment. <i>Nutrients</i> 2022; 14: 2392 https://doi.org/10.3390/nu14122392 6. Dziewiatowska J. i wsp. Przyczyny niedożywienia, ocena stanu odżywienia i zalecenia żywieniowe w marskości wątroby. <i>Forum Zaburzeń Metabolicznych</i>, 2016, 7, 1: 16–23. 7. Mahan L.K., Escott-stump S. <i>Krauses's food nutrition and diet therapy</i>. 10th ed. Philadelphia 2000. 8. Baker J.P., Detsky A.S., Wesson D.E., Wolman S.L., Stewart S., Whitewell J., Langer B., Jeejeebhoy K.N. A Comparison of Clinical Judgment and Objective Measurements. <i>N. Engl. J. Med.</i> 1982;306:969–972. doi: 10.1056/NEJM198204223061606. 9. Fizia K, Giętek M, Czech N, Muc-Wierzgoń M, Nowakowska-Zajdel E. Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> 2013,2(48):105-110 10. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105.

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.8. Miniskala oceny stanu odżywienia	
Nazwa skali w języku angielskim	Mini Nutritional Assessment	
Skrót	MNA	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Guigoza Y; Vellas B; Garry PJ
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. <i>Facts Res Gerontol.</i> 1994;v4;i:Suppl2:15-59
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Przesiewowa ocena stanu odżywienia [Mziray i in, 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak

	Struktura skali	W kwestionariuszu tym ocenia się BMI pacjenta, utratę masy ciała w ostatnich trzech miesiącach, spadek ilości przyjmowanych płynów i występowanie ostrych chorób somatycznych (również w ostatnich trzech miesiącach). Bierze się też pod uwagę stan psychiczny i mobilność badanej osoby. [Kulczycki 2019]
	Orientacyjny czas badania	10-15 minut [Vellas i in. 2006]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Jego celem jest wczesne wykrycie ryzyka niedożywienia u pacjentów w podeszłym wieku w celu przeprowadzenia wczesnej interwencji żywieniowej bez konieczności stosowania specjalistycznego zespołu żywieniowego [Guigoz i in. 1996]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Przeznaczony jest szczególnie do oceny odżywienia osób starszych [Solecka 2017]
	Miejsce badanych	Kwestionariusz, początkowo stworzony do oceny ryzyka niedożywienia u osób w wieku podeszłym w domach opieki, placówkach opiekuńczych i szpitalach, stał się niezwykle przydatny do wykrywania ryzyka niedożywienia u seniorów również w sytuacji, gdy inne parametry są jeszcze prawidłowe (poziom albumin i BMI) [Mziray i in. 2016]
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywieniowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Możliwe jest uzyskanie maksymalnie 30 punktów. Zagrożenie niedożywieniem wskazuje się przy otrzymaniu 17–23,5 punktów, a niedożywienie interpretuje się poniżej 17 punktów	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Ocena stanu odżywienia

Mini Nutritional Assessment - MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nazwisko:	Imię:			
Płeć:	Wiek:	Masa ciała, kg:	Wzrost, cm:	Data:

Proszę uzupełnić formularz, wpisując w kratki odpowiednią cyfrę oznaczającą odpowiedź. Dodaj cyfry w celu uzyskania oceny końcowej. Jeśli uzyskana ocena wynosi 11 punktów lub poniżej, kontynuuj ocenę pacjenta w celu uzyskania wyniku wskaźnika niedożywienia (Malnutrition Indicator Score).

Badanie przesiewowe

A Czy ograniczenie spożycia posiłków w ostatnich 3 miesiącach wiązało się z utratą apetytu, zaburzeniami trawienia, połykania czy żucia?

- 0 = ciężkie ograniczenie spożycia posiłków
1 = umiarkowane ograniczenie spożycia posiłków
2 = brak ograniczenia spożycia posiłków

☐

B Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy

- 0 = utrata masy ciała powyżej 3 kg
1 = niezmienna
2 = utrata masy ciała między 1 a 3 kg
3 = brak utraty masy ciała

☐

C Możliwość poruszania

- 0 = unieruchomienie w łóżku lub fotelu
1 = może wstać z łóżka lub fotela, ale bez opuszczania miejsczania
2 = pełna sprawność

☐

D Czy pacjent/ka w ciągu ostatnich 3 miesięcy cierpiał/a z powodu stresu psychologicznego lub ciężkiej choroby?

- 0 = tak
2 = nie

☐

E Zaburzenia neuropsychologiczne

- 0 = ciężkie objawy lub depresja
1 = łagodne objawy
2 = bez zaburzeń psychologicznych

☐

F Wskaźnik masy ciała (BMI) (masa ciała w kg / (wzrost w m)²)

- 0 = BMI < 19
1 = 19 ≤ BMI < 21
2 = 21 ≤ BMI < 23
3 = BMI ≥ 23

☐

Wynik oceny z badania przesiewowego (maksymalnie 14 punktów)

- 12-14 punktów: Prawidłowy stan odżywienia
8-11 punktów: Zagrożenie niedożywieniem
0-7 punktów: Niedożywienie

☐

W celu przeprowadzenia dokładniejszej oceny proszę odpowiedzieć na pytania G-R.

Ocena pacjenta/ki

G Czy pacjent/ka mieszka samodzielnie w własnym domu (nie w domu opieki czy szpitalu)?

- 1 = tak
0 = nie

☐

H Czy pacjent/ka przyjmuje więcej niż 3 leki przepisane na receptę dziennie?

- 0 = tak
1 = nie

☐

I Odleżyny lub owrzodzenia skórne

- 0 = tak
1 = nie

☐

J Ile pełnych posiłków dziennie spożywa pacjent/ka?

- 0 = 1 posiłek
1 = 2 posiłki
2 = 3 posiłki

☐

K Wybrane pokarmy określające spożycie białka

- Co najmniej jedna porcja produktów mlecznych (mleko, ser, jogurt) dziennie tak ☐ nie ☐
• Dwie lub więcej porcji roślin strączkowych lub jajek tygodniowo tak ☐ nie ☐
• Porcja mięsa, ryb lub drobiu codziennie tak ☐ nie ☐
0,0 = jeśli 0 lub 1 x tak
0,5 = jeśli 2 x tak
1,0 = jeśli 3 x tak

☐

L Czy pacjent/ka spożywa dwie lub więcej porcji owoców lub warzyw dziennie?

- 0 = nie
1 = tak

☐

M Ile filiżanek/szklanek napojów (woda, sok, kawa, herbata, mleko...) pacjent/ka wypija dziennie?

- 0,0 = mniej niż 3
0,5 = od 3 do 5
1,0 = powyżej 5

☐

N Sposób żywienia

- 0 = wymaga pomocy w czasie jedzenia
1 = je posiłki samodzielnie ale z pewnymi trudnościami
2 = je posiłki samodzielnie bez żadnego problemu

☐

O Samodzielna ocena stanu odżywienia

- 0 = pacjent/ka twierdzi, że jest niedożywiony/a
1 = pacjent/ka nie jest pewny/a własnego stanu odżywienia
2 = pacjent/ka nie dostrzega żadnego problemu w związku z własnym stanem odżywienia

☐

P Jak pacjent/ka ocenia własny stan zdrowia w porównaniu z rówieśnikami?

- 0,0 = nie tak dobry
0,5 = nie potrafi ocenić
1,0 = tak samo dobry
2,0 = lepszy

☐

Q Obwód ramienia w połowie długości (MAC) w cm

- 0,0 = MAC < 21
0,5 = 21 ≤ MAC < 22
1,0 = BMI > 22

☐

R Obwód łydki (CC) w cm

- 0 = CC < 31
1 = CC ≥ 31

☐

Wynik oceny pacjenta/ki (maksymalnie 16 punktów)

☐

Wyniki oceny z badania przesiewowego

☐

Wynik końcowy oceny pacjenta/ki (maksymalnie 30 punktów)

☐

Wynik oceny wskaźnika niedożywienia

- 24 do 30 punktów ☐ Prawidłowy stan odżywienia
17 do 23,5 punktu ☐ Zagrożenie niedożywieniem
Poniżej 17 punktów ☐ Niedożywienie

Przypisy

1. Vellas R, Waters R, Naudin G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2008; 12: 456-460.
2. Rubenstein LZ, Hansen JO, Sukia A, Guigoz Y, Wilks R. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M39-43.
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10: 466-481.
4. Société des Produits Nestlé SA, Telfordman Dietetics.
5. Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2000.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.mna-europe.com

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105. 2. Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. <i>Food Forum</i> 2019;3 Dostępny w Internecie: https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow 3. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. Overview of the MNA-Its history and challenges. <i>The Journal of Nutrition, Health and Aging</i> 2006;10 (6):456-465 4. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. Nutrition Surveys in the Elderly Assessing the Nutritional Status of the Elderly: The Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation. <i>Nutr. Rev.</i> 1996;54:S59–S65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x. 5. Solecka M. Test stanu odżywienia pacjenta onkologicznego. Dostępny w internecie: https://www.zwrotnikraka.pl/test-stanu-odzywienia-dla-pacjentow-choroba-nowotworowa/ 6. Gariballa S.E., Sinclair A.J. Diagnosing undernutrition in elderly people. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i>. 1997, 7: 367–371. 7. Fizia K, Giętek M, Czech N, Muc-Wierzoń M, Nowakowska-Zajdel E. Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> 2013,2(48):105-110 8. Gariballa S.E., Sinclair A.J. Diagnosing undernutrition in elderly people. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i>. 1997, 7: 367–371. 9. Bauer J.M., Kaiser M.J., Anthony P., Guigoz Y., Sieber C.C. The Mini Nutritional Assessment®—Its History, Today's Practice, and Future Perspectives. <i>Nutr. Clin. Pract.</i> 2008;23:388–396. doi: 10.1177/0884533608321132 10. Joaquín C., Puig R., Gastelurrutia P., Lupón J., de Antonio M., Domingo M., Moliner P., Zamora E., Martín M., Alonso N., et al. Mini Nutritional Assessment Is a Better Predictor of Mortality than Subjective Global Assessment in Heart Failure Out-Patients. <i>Clin. Nutr.</i> 2019;38:2740–2746. doi: 10.1016/j.clnu.2018.12.001.

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.9. Prognostyczny wskaźnik stanu zapalnego i żywieniowego	
Nazwa skali w języku angielskim	Prognostic Inflammatory and Nutritional Index	
Skrót	PINI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ingenbleek Y, Carpentier YA
	Rok publikacji	1985
	Źródło	Ingenbleek Y, Carpentier YA. A prognostic inflammatory and nutritional index scoring critically ill patients. <i>Int J Vitam Nutr Res</i> 1985;55(1):91-101.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocenia ryzyko zachorowalności lub śmiertelności pacjentów hospitalizowanych [Ożga, Małgorzewicz 2013]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	

	Struktura skali	Prognostyczny wskaźnik stanu zapalnego i żywieniowego (PINI) to prosty system punktacji, który agreguje dwa markery we krwi stanów zapalnych [białko C-reaktywne (CRP) i orosomukoid] oraz stanów odżywienia (albumina i prealbumina} [Ożga, Małgorzewicz 2013]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Przydatny i coraz powszechniej stosowany wskaźnik oceny ryzyka niedożywienia wśród starszych hospitalizowanych pacjentów [Kawalec-Kajstura i in, 2019]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Jest stosowany w rutynowej praktyce w medycynie geriatrycznej, zwłaszcza u hospitalizowanych pacjentów w podeszłym wieku [Dupire 2012]
	Miejsce badanych	
	Stan badanych	Początkowo stosowana u pacjentów w stanie krytycznym, u których okazała się czułym i swoistym markerem stanu odżywienia i stanu zapalnego, została później zastosowana u innych typów pacjentów, np. pacjentów chirurgicznych i hemodializowanych, chorych na raka, z chorobami wątroby, po urazach, oparzeniach i operacjach [Ingenbleek i in. 1985]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywieniowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Zagrożenie życia rozpoznaje się, kiedy PINI > 30, wysokie ryzyko zagrożenia, gdy mieści się w granicach 21-30, średnie ryzyko, kiedy wynosi 11-20, niskie ryzyko, kiedy PINI mieści się w granicach 1-10 [Mziray i in, 2016]	
Formularz skali/ kwestionariusz		
$PINI = \frac{\text{kwaska alfa - glikoproteina} \left[\frac{\text{mg}}{\text{l}} \right] \times \text{białko C - reaktywne} \left[\frac{\text{mg}}{\text{l}} \right]}{\text{albumina} \left[\frac{\text{mg}}{\text{l}} \right] \times \text{prealbumina} \left[\frac{\text{mg}}{\text{l}} \right]}$		
[Ożga, Małgorzewicz 2013]		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Ożga E, Małgorzewicz S. Ocena stanu odżywienia osób starszych. Geriatria 2013;7:1-6 - Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. Gastroenterologia Polska 2019; 27: 59-65 - Dupire S, Wemeau M i in. Prognostic value of PINI index in patients with multiple myeloma. European Journal of Haematology 2012; 88 (4): 306-313 - Ingenbleek Y., Carpentier Y.A. A Prognostic Inflammatory and Nutritional Index Scoring Critically Ill Patients. <i>Int. J. Vitam. Nutr. Res.</i> 1985;55:91–101.

	5. Strugała M, Wieczorkowska-Tobis. Ocena stanu odżywienia pacjentów Oddziału Geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej. <i>Geriatrics</i>. 2011;(5):89-93. 6. Piórecka B, Międzobrodzka A. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób starszych zamieszkałych w Krakowie. <i>Nowiny Lekarskie</i>. 1989; 58 (1):249-54 7. Oh CA, et al. Nutritional risk index as a predictor of postoperative wound complications after gastrectomy. <i>WJG</i> 2012;18(7):673-8 8. Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. <i>Food Forum</i> 2019;3 Dostępny w Internecie: https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow 9. Gariballa S.E., Sinclair A.J. Diagnosing undernutrition in elderly people. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i>. 1997, 7: 367–371. 10. Dessi M, Noce A, Agnoli A, De Angelis S, Fuiano L, Tozzo C, Taccone-Gallucci M, Fuiano G, Federici G. The usefulness of the prognostic inflammatory and nutritional index (PINI) in a haemodialysis population. <i>Nutr Metab Cardiovasc Dis</i>. 2009 Dec;19(11):811-5. 11. Terrier N, Senécal L, Dupuy AM, Jaussent I, Delcourt C, Leray H, Rafaelsen S, Bosc JY, Maurice F, Canaud B, Cristol JP. Association between novel indices of malnutrition-inflammation complex syndrome and cardiovascular disease in hemodialysis patients. <i>Hemodial Int</i>. 2005 Apr;9(2):159-68.
--	---

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.A.10. Prognostyczny Index Odżywienia	
Nazwa skali w języku angielskim	Prognostic Nutritional Index	
Skrót	PNI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Mullen J.L., Buzby G.P., Waldman T.G., Gertner M.H., Hobbs C.L., Rosato E.F
	Rok publikacji	1979
	Źródło	Mullen J.L., Buzby G.P., Waldman T.G., Gertner M.H., Hobbs C.L., Rosato E.F. Prediction of Operative Morbidity and Mortality by Preoperative Nutritional Assessment. <i>Surg. Forum</i> . 1979;30:80–82
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Wskaźnik oceny ryzyka niedożywienia
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	
	Struktura skali	
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	W badaniu oceniającym wpływ wartości indeksu PNI wykazano, że wysoki indeks wpływa korzystnie na długość przeżycia chorych i jest niezależnym statystycznie parametrem [Sun i wsp. 2017] U chorych poddanych zabiegom paliatywnym częściej obserwuje się powikłania pooperacyjne przy niskich wartościach PNI [Nie i wsp. 2016]

		Autorzy stwierdzają, że ocena indeksu PNI jest zarówno prosta jak i tania, zaś wynik badania ma wpływ na określenie rokowania co do przeżycia, powikłań i wznowy miejscowej chorych [Kanda i wsp. 2016]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	
	Miejsce badanych	Pacjenci hospitalizowani
	Stan badanych	Pacjenci chirurgiczni
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wartość graniczna, dzieląca PNI na wysoki i niski wynosi 45 (PNI wysoki > 45, PNI niski < 45).	
Formularz skali/ kwestionariusz		
PNI = 10x (poziom albumin w surowicy krwi w g/dL) + 0.005x (całkowita ilość limfocytów w mm)		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Sun J. i wsp.: Value of the prognostic nutritional index in advanced gastric cancer treated with preoperative chemotherapy. <i>J Surg Res</i> 2017;209:37-44; 2. Nie R. i wsp.: Prognostic nutritional index is an independent prognostic factor for gastric cancer patients with peritoneal dissemination. <i>Chin J Cancer Res</i> 2016;28:570-578; 3. Kanda M. i wsp.: Nutritional predictors for postoperative short-term and long-term outcomes of patients with gastric cancer. <i>Medicine</i> 2016;95:24(1-8); 4. Mullen J.L., Buzby G.P., Waldman T.G., Gertner M.H., Hobbs C.L., Rosato E.F. Prediction of Operative Morbidity and Mortality by Preoperative Nutritional Assessment. <i>Surg. Forum</i>. 1979;30:80–82 5. Bullock AF, Greenley SL, McKenzie GAG, Paton LW, Johnson MJ. Relationship between markers of malnutrition and clinical outcomes in older adults with cancer: systematic review, narrative synthesis and meta-analysis. <i>Eur J Clin Nutr</i>. 2020 Nov;74(11):1519-1535. 6. Mirili C, Yılmaz A, Demirkan S, Bilici M, Basol Tekin S. Clinical significance of prognostic nutritional index (PNI) in malignant melanoma. <i>Int J Clin Oncol</i>. 2019 Oct;24(10):1301-1310. 7. Wang Z, Zhao L, He S. Prognostic nutritional index and the risk of mortality in patients with hypertrophic cardiomyopathy. <i>Int J Cardiol</i>. 2021 May 15;331:152-157. 8. Ge K, Fang C, Zhu D, Yan H, Wang Q, Chen W, Wu J. The Prognostic Value of the Prognostic Nutritional Index (PNI) in Radically Resected Esophagogastric Junction Adenocarcinoma. <i>Nutr Cancer</i>. 2021;73(11-12):2589-2596. 9. Zhang Q, Bao J, Zhu ZY, Jin MX. Prognostic nutritional index as a prognostic factor in lung cancer patients receiving chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. <i>Eur Rev Med Pharmacol Sci</i>. 2021 Sep;25(18):5636-5652 10. Kim SI, Kim SJ, Kim SJ, Cho DS. Prognostic nutritional index and prognosis in renal cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. <i>Urol Oncol</i>. 2021 Oct;39(10):623-630.

IV.1.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.1. Natychmiastowa ocena stanu odżywienia
Nazwa skali w języku angielskim	Instant nutritional assessment (INA, 1979)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Seltzer M.H., Bastidas J.A., Cooper D.M., Engler P., Slocum B., Fletcher H.S.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie bierze pod uwagę poziom albumin w surowicy i całkowita liczba limfocytów. Stosowany w chirurgii, onkologii, u pacjentów z chorobami wątroby i trzustki.
Źródło bibliograficzne	Seltzer M.H., Bastidas J.A., Cooper D.M., Engler P., Slocum B., Fletcher H.S. Instant Nutritional Assessment. <i>J. Parenter. Enter. Nutr.</i> 1979;3:157–159.
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.2. Lista kontrolna inicjatywy badań żywieniowych
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional screening initiative checklist (DETERMINE, 1994)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Dwyer J.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz dotyczący dobrego samopoczucia żywieniowego stosowany u osób w wieku podeszłym.
Źródło bibliograficzne	Dwyer J. Strategies to Detect and Prevent Malnutrition in the Elderly; the Nutrition Screening Initiative. <i>Nutr. Today.</i> 1994;29:14–24.
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.3. Ocena ryzyka dla jedzenia i odżywiania
Nazwa skali w języku angielskim	Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN, 2000).
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Keller H., Hedley M., Brownlee S.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala bierze pod uwagę: Czynniki wpływające na spożycie pokarmu, dostęp do pokarmu, czynniki społeczne, antropometria, spożycie. Stosowana u osób w wieku podeszłym.
Źródło bibliograficzne	Keller H., Hedley M., Brownlee S. The Development of Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN) <i>Can. J. Diet. Pract. Res.</i> 2000;61:67–72.

Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.4. Wskaźnik stanu zapalnego niedożywienia
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition inflammatory score (MIS, 2001)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphreys M.H.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Metoda SGA w połączeniu z BMI, albuminą surowicy i TIBC w surowicy stosowana u pacjentów dializowanych.
Źródło bibliograficzne	Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphreys M.H. A Malnutrition-Inflammation Score Is Correlated with Morbidity and Mortality in Maintenance Hemodialysis Patients. <i>Am. J. Kidney Dis.</i> 2001;38:1251–1263.
Przykład 5	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.5. Ocena żywieniowa Szpitala Uniwersyteckiego w South Manchester
Nazwa skali w języku angielskim	South Manchester University Hospitals nutritional Assessment Score (2001)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Burden S.T., Bodey S., Bradburn Y.J., Murdoch S., Thompson A.L., Sim J.M., Sowerbutts A.M.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Wiek, stan psychiczny, waga, spożycie, zdolność do jedzenia, stan zdrowia i czynność jelit. Stosowana wśród wszystkich pacjentów hospitalizowanych
Źródło bibliograficzne	Burden S.T., Bodey S., Bradburn Y.J., Murdoch S., Thompson A.L., Sim J.M., Sowerbutts A.M. Validation of a Nutrition Screening Tool: Testing the Reliability and Validity. <i>J. Hum. Nutr. Diet.</i> 2001;14:269–275.
Przykład 6	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.6. Kontrolowanie stanu odżywienia
Nazwa skali w języku angielskim	Controlling nutritional status (CONUT, 2002)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	De Ulbarri Perez J.I., Giménez A.G.M., Pérez P.G., Fernandez G., Salvanés F.R., Estrada A.M.A., Díaz A., Travé T.D., Romero C.D., Sánchez P.H., et al.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Dane laboratoryjne (albumina surowicy, cholesterol, całkowita liczba limfocytów i hematokryt). Stosowana u wszystkich pacjentów hospitalizowanych.
Źródło bibliograficzne	De Ulbarri Perez J.I., Giménez A.G.M., Pérez P.G., Fernandez G., Salvanés F.R., Estrada A.M.A., Díaz A., Travé T.D., Romero C.D., Sánchez P.H., et al. New Procedure for the Early Detection and Control of Under-Nourishment in Hospitals. <i>Nutr. Hosp.</i> 2002;17:179–188.

Przykład 7	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.7. Brytyjskie narzędzie do badania żywienia
Nazwa skali w języku angielskim	British nutrition screening tool (NST) 2004
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Weekes E., Marinos E., Peter E.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Waga, wzrost, niedawna niezamierzona utrata wagi i apetyt Stosowana u wszystkich pacjentów hospitalizowanych.
Źródło bibliograficzne	Weekes E., Marinos E., Peter E. The Development, Validation and Reliability of a Nutrition Screening Tool Based on the Recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) <i>Clin. Nutr.</i> 2004;23:1104–1112.
Przykład 8	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.8. Geriatryczny Indeks Ryzyka Żywienia
Nazwa skali w języku angielskim	Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI, 2005)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Bouillanne O., Morineau G., Dupont C., Coulombel I., Vincent J.-P., Nicolis I., Benazeth S., Cynober L., Aussel C.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Poziom albumin w surowicy krwi, aktualna masa ciała w porównaniu do należnej masy ciała. Stosowana u pacjentów w wieku podeszłym
Źródło bibliograficzne	Bouillanne O., Morineau G., Dupont C., Coulombel I., Vincent J.-P., Nicolis I., Benazeth S., Cynober L., Aussel C. Geriatric Nutritional Risk Index: A New Index for Evaluating at-Risk Elderly Medical Patients. <i>Am. J. Clin. Nutr.</i> 2005;82:777–783.
Przykład 9	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.9. Kanadyjskie narzędzie do badania stanu żywienia
Nazwa skali w języku angielskim	Canadian Nutrition Screening Tool (CNST, 2015)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Laporte M., Keller H.H., Payette H., Allard J.P., Duerksen D.R., Bernier P., Jeejeebhoy K., Gramlich L., Davidson B., Vesnaver E., et al.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Utrata masy ciała, zmniejszone spożycie pokarmu, wskaźnik masy ciała (BMI) Stosowana u pacjentów hospitalizowanych.
Źródło bibliograficzne	Laporte M., Keller H.H., Payette H., Allard J.P., Duerksen D.R., Bernier P., Jeejeebhoy K., Gramlich L., Davidson B., Vesnaver E., et al. Validity and Reliability of the New Canadian Nutrition Screening Tool in the “Real-World” Hospital Setting. <i>Eur. J. Clin. Nutr.</i> 2015;69:558–564.

Przykład 10	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.10. Narzędzie do badań przesiewowych Royal Marsden Nutrition
Nazwa skali w języku angielskim	Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST, 2015)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Shaw C., Fleuret C., Pickard J.M., Mohammed K., Black G., Wedlake L.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy, spożycie pokarmu mniejsze niż 50% normalnego w ciągu ostatnich 5 dni, objawy wpływające na spożycie Stosowana u pacjentów z nowotworem.
Źródło bibliograficzne	Shaw C., Fleuret C., Pickard J.M., Mohammed K., Black G., Wedlake L. Comparison of a Novel, Simple Nutrition Screening Tool for Adult Oncology Inpatients and the Malnutrition Screening Tool (MST) against the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) <i>Supportive Care Cancer</i> . 2015;23:47–54.
Przykład 11	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.11. Program walidacji jedzenia
Nazwa skali w języku angielskim	Eating Validation Scheme (EVS, 2013)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Beck A.M., Beermann T., Kjær S., Rasmussen H.H
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę nawyki żywieniowe. Wykorzystuje się ją u osób w podeszłym wieku w podstawowej opiece zdrowotnej.
Źródło bibliograficzne	Beck A.M., Beermann T., Kjær S., Rasmussen H.H. Ability of Different Screening Tools to Predict Positive Effect on Nutritional Intervention among the Elderly in Primary Health Care. <i>Nutrition</i> . 2013;29:993–999.
Przykład 12	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.12. Narzędzie ryzyka zapalenia niedożywienia
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT, 2016)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Jansen I., Prager M., Valentini L., Büning C.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę BMI, utrata masy ciała, CRP. Wykorzystuje się ją u osób z chorobami zapalnymi jelit.
Źródło bibliograficzne	Jansen I., Prager M., Valentini L., Büning C. Inflammation-Driven Malnutrition: A New Screening Tool Predicts Outcome in Crohn's Disease. <i>Br. J. Nutr.</i> 2016;116:1061–1067.

Przykład 13	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.13.
Nazwa skali w języku angielskim	Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease Nutrition Risk Tool (SaskIBD-NRT, 2018)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Haskey N., Peña-Sánchez J.N., Jones J.L., Fowler S.A.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: utratę masy ciała, objawy żołądkowo-jelitowe, anoreksja, ograniczenie przyjmowania pokarmów. Wykorzystuje się ją u osób z chorobami zapalnymi jelit.
Źródło bibliograficzne	Haskey N., Peña-Sánchez J.N., Jones J.L., Fowler S.A. Development of a Screening Tool to Detect Nutrition Risk in Patients with Inflammatory Bowel Disease. <i>Asia Pac. J. Clin. Nutr.</i> 2018;27:756–762.

Przykład 14	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.B.14. Badanie przesiewowe chorób zapalnych jelit
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional Screening inflammatory bowel diseases (NS-IBD, 2021)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Fiorindi C., Dragoni G., Scaringi S., Staderini F., Nannoni A., Ficari F., Giudici F.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: BMI, niezamierzona utrata masy ciała, objawy żołądkowo-jelitowe, operacja IBD. Wykorzystuje się ją u osób z chorobami zapalnymi jelit.
Źródło bibliograficzne	Fiorindi C., Dragoni G., Scaringi S., Staderini F., Nannoni A., Ficari F., Giudici F. Relationship between Nutritional Screening Tools and Glim in Complicated IBD Requiring Surgery. <i>Nutrients.</i> 2021;13:3899.

IV.1.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.C.1. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Nutritional Risk Screening 2002
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Dr Jens Kondrup
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	W przypadku skali NRS 2002 oceny dokonuje się w kilku etapach obejmując ryzyko niedożywienia, skalę ciężkości choroby oraz przesiew wstępny i końcowy
Źródło bibliograficzne	Kondrup J., Rasmussen HH., Homberg O., Stanga Z., Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. <i>Clin Nutr.</i> 2003;22(3): 321-336

Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.1.C.2. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Subjective Global Assessment
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Detsky i wsp.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Łączy w sobie trzy elementy: wywiad, badanie fizykalne oraz subiektywną, globalną ocenę stanu odżywienia. Wywiad zawiera pytania dotyczące zmian masy ciała i w przyjmowaniu pokarmów, dolegliwości dyspeptycznych, wydolności w zakresie codziennego funkcjonowania oraz schorzeń współistniejących. W badaniu fizykalnym oceniany jest natomiast stopień zaawansowania następujących zmian: utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójdłowym i na klatce piersiowej, zanik mięśni (czworogłowy, naramienny), obrzęk nad kością krzyżową i kostek oraz wodobrzusze
Źródło bibliograficzne	Baker J.P., Detsky A.S., Wesson D.E., Wolman S.L., Stewart S., Whitewell J., Langer B., Jeejeebhoy K.N. A Comparison of Clinical Judgment and Objective Measurements. <i>N. Engl. J. Med.</i> 1982;306:969–972..

IV.2. Zarządzanie w pielęgniarstwie

Beata Wieczorek-Wójcik¹, Aleksandra Gaworska-Krzemińska²

¹ *Uniwersytet Pomorski w Słupsku, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Akademia Pomorska w Słupsku*

² *Gdański Uniwersytet Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie*

IV. 2. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IV. 2 . A. 1. Skala pomiaru obciążenia pracą na poziomie OIOM (NEMS)

IV. 2 . A. 2. Skala czynności pielęgniarских (NAS)

IV. 2 . A. 3. Kwestionariusz niedostarczonej opieki (PIRNCA)

IV. 2 . A. 4. Skala zadowolenia z pielęgnacji (NEWCASTLE – NSNS)

IV. 2 . A. 5. Kwestionariusz postaw bezpieczeństwa – polska adaptacja (SAQ-SF-PL)

IV. 2 . A. 6. Kwestionariusz do oceny pominiętej opieki (BERNCA)

IV. 2 . A. 7. Kwestionariusz do pomiaru mobbingu w miejscu pracy (NAQ-R)

IV. 2. B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

IV. 2. B. 1. Nurses Occupational Stressor Scale (NOSS)

IV. 2. B. 2. Survey The Missed Nursing Care Survey (MISSCARE)

IV. 2. B. 3. CLeENA

IV. 2. B. 4. Global Trigger Tool (IHI)

IV. 2. B. 5. NPC Scale Short Form

IV. 2. B. 6. The Connor-Davidson Resilience (CD-RISC)

IV. 2. B. 7. Intensive Care Unit Nurse-Physician Questionnaire (ICU-NPQ)

IV. 2. B. 8. Critical Care Nursing Competence Questionnaire for Patient Safety (C3Q-Safety)

IV. 2. B. 9. Healthy Work Environment Assessment Tool (AACN HWEAT)

IV. 2. B. 10. Workload Assessment of Nurses on Emergency (WANE)

IV. 2. B. 11. Safer Nursing Care Tool (SNCT)

IV. 2. B. 12. Nurse Operation Workload (NOW)

IV. 2. B. 13. The Revised Nursing Work Index (NWI-EO)

IV. 2. B. 14. Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL)

IV. 2. B. 15. Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist

IV .2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

IV. 2. C. 1. BOHIPSZPO

IV. 2. C. 2. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)

IV. 2. C. 3. Skala Oceny Bezpieczeństwa Farmakoterapii (NURIPH)

IV. 2. C. 4. Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag

IV. 2. C. 5. Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy (PWP)

IV.2.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.A.1. Skala pomiaru obciążenia pracą na poziomie OIOM	
Nazwa skali w języku angielskim	Nine equivalents of nursing manpower use score	
Skrót	NEMS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	<u>Miranda Dinis Rejs, Moreno Rui, G. Lapichino</u>
	Rok publikacji	1997
	Źródło	Miranda DR, Moreno R, Iapichino G (1997). Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Med 23(7): 760–765. DOI: 10.1007/s001340050406.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	D.Dyk i E.Cudak-Kasprzak
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Cudak–Bańska E., Dyk D., Zadroga M., Krysiak I., Gabryszak M. Ilościowa ocena obciążenia pracą pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii z użyciem skal TISS-28 (Therapeutic Intervention Simplified Scoring System - 28) i NEMS (Nine Equivalent of Nursing Manpower Score). Medycyna Intensywna i Ratunkowa. 2005; 8 (3): 137-143
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	NEMS jest indeksem terapeutycznym do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek. Skala opracowana w 1997r. wywodzi się z TISS i TISS28. Zawiera pozycje związane ze specyficznym wsparciem narządów, interwencjami pielęgniarskimi i diagnostycznymi / terapeutycznymi na OIOM lub poza nim. Skala obejmuje dziewięć zakresów: podstawowy monitoring (co godzinny pomiar parametrów życiowych, obliczanie bilansu płynów, leczenie dożylnie podstawowymi lekami, mechaniczne wspomaganie oddychania, dodatkowa terapia oddechowa, terapia naczyniowa, leczenie nerkozastępcze, wybrane specyficzne interwencje, którym poddawani są pacjenci na oddziale intensywnej terapii i poza nim. Wstępna adaptacja skali NEMS do polskich warunków przeprowadzona została w 2005r.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Skala zawiera dziewięć pozycji związanych ze specyficznym wsparciem narządów, interwencjami pielęgniarskimi i diagnostycznymi / terapeutycznymi na OIOM lub poza nim.
	Orientacyjny czas badania	15 min.

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Zastosowanie NEMS jest wskazane do: a) wielośrodkowych badań na OIOM; b) makro oceny zarządzania w OIOM i porównywania obciążenia pracą na poziomie OIOM; c) przewidywania obciążenia pracą i planowania przydziału personelu pielęgniarzkiego na poszczególnych pacjentów[1,2]. Skala wykorzystywana do oceny zapotrzebowania na pielęgniarki [3] oraz oszacowania wydajności zasobów pielęgniacyjnych takich jak: wskaźnik wykorzystania pracy, poziom opieki operacyjnej i planowanej [4,5]. Skala ma również zastosowanie do oceny zależności między ciężkością stanu pacjentów, a kosztami personelu pielęgniarzkiego na oddziałach intensywnej terapii [6]. Potwierdzono również zasadność zastosowania skali do modelowania przepływu pacjentów z oddziału intensywnej terapii do innych oddziałów i zabezpieczenia odpowiedniej liczby łóżek oddziałowych [7]. Narzędzie NEMS jest również wykorzystywane do porównywania obciążenia pracą i zapotrzebowania na opiekę w oddziałach intensywnej terapii z innymi narzędziami np. TISS 28 [8]. W Polsce narzędzie wykorzystywano do oceny zapotrzebowania na opiekę pacjentów (w tym geriatrycznych) hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii [9,10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli
	Miejsce badanych	szpital, oddziały intensywnej terapii
	Stan badanych	pacjenci wymagający intensywnej terapii
	Sytuacje	ocena obciążenia pracą pielęgniarek
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, studenci studiów pielęgniarzkich II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Skala jest dalej walidowana przez polskich autorów (E.Cudak-Kasprzak, D.Dyk), należy się z nimi kontaktować.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Instrukcja wypełniania formularzy skali NEMS dla poszczególnych punktów w tabeli: - Dotyczy każdego pacjenta. - Dotyczy każdego pacjenta. - Dotyczy każdego pacjenta w 1. dobie po zabiegu, a w następnych w zależności od stanu pacjenta. - Dotyczy każdego pacjenta. - Dotyczy niektórych pacjentów, najczęściej jednak chory mieści się w kategorii punktu 6, który wyklucza punkt 5. - Dotyczy większości pacjentów. - Hemodializa, dializa otrzewnowa, hemofiltracja, wlew furosemidu. - Do czynności zamieszczonych w opisie należy dołączyć kontrapulsację wewnątrzaortalną, (IABP), cewnik Swan-Ganza, reanimację. Do nagłych zabiegów zalicza się retorakotomię, ponowne zeszycie mostka, chirurgiczne usunięcie balonu do kontrapulsacji, tracheotomię, laparotomię. - Dotyczy wyjazdu do zakładu hemodynamiki w celu wykonania badania tomografii komputerowej lub biopsji serca. Pacjent może maksymalnie uzyskać 63 punkty, natomiast maksymalne obciążenie pielęgniarki na podstawie skali NEMS powinno wynosić 46 punktów [5]. Obciążenie	

	oszacowane na podstawie tej skali notowano dla każdego chorego pod koniec zmiany pielęgniarskiej dziennej i nocnej. Każdego dnia sumowano liczbę punktów dla danego pacjenta i jednocześnie dla wszystkich chorych, a następnie dzielono tę liczbę przez liczbę pielęgniarek pracujących na danym dyżurze. Uzyskana w ten sposób liczba punktów wskazywała nakład pracy pielęgniarek na poszczególnych dyżurach [9].			
Formularz skali				
Tabela 1. Skala NEMS (Nine equivalents of nursing manpower use score)				
Lp.	Pozycja skali	Liczba punktów	Dyżur ranny (dzienny)	Dyżur nocny
1	Monitorowanie podstawowe: pomiar parametrów życiowych co godzinę, obliczanie bilansu płynowego	9		
2	Leczenie lekami podawanymi drogą dożylną: w postaci pojedynczej iniekcji lub wlewu ciągłego; pozycja ta nie obejmuje podawania leków naczynioaktywnych	6		
3	Mechaniczne wspomaganie oddechu: wszystkie formy mechanicznej wentylacji kontrolowanej/wspomaganej, z zastosowaniem leków zwiotczających mięśnie lub bez ich stosowania	12		
4	Dodatkowa terapia oddechowa: oddech spontaniczny przez rurkę dotchawiczą, tlenoterapia bierna (oprócz procedur w pkt 3)	3		
5	Leczenie pojedynczym lekiem naczynioaktywnym: każdy rodzaj leku naczynioaktywnego	7		
6	Leczenie przy użyciu kilku leków naczynioaktywnych: więcej niż jeden lek naczynioaktywny (w jakiegokolwiek dawce)	12		
7	Zastosowanie technik dializacyjnych: wszystkie rodzaje technik	6		
8	Interwencje specyficzne na oddziale intensywnej terapii: intubacja dotchawicza, elektryczna stymulacja serca, endoskopia, nagły zabieg operacyjny wykonany w ciągu ostatnich 24 godzin, płukanie żołądka. Do tej pozycji nie są zaliczane rutynowe procedury, takie jak: wykonanie RTG, echokardiografia, elektrokardiografia, zmiana opatrunków, linia tętnicza lub żylna	5		
9	Specyficzne interwencje poza oddziałem intensywnej terapii: zabiegi operacyjne lub procedury diagnostyczne, wykonanie zabiegów lub procedur diagnostycznych; wiąże się to z ciężkością choroby pacjentów oddziału intensywnej terapii i wymaga zwiększonego nakładu pracy personelu	6		
Suma:				

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Miranda DR, Moreno R, Iapichino G (1997). Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). <i>Intensive Care Med</i> 23(7): 760–765. Dostępny w Internecie: http://DOI: 10.1007/s001340050406. Dostęp: 16.10.2022 2. Vuković, Lj. Assessment of Nurses' Workload in Intensive Care Unit by Use of Scoring Systems. <i>Croatian Nursing Journal</i> [serial online]. 2020; 4 (1), 59-71. Dostępny w Internecie: https://www.hrcak.srce.hr/file/347226/ Dostęp: 7.10.2022. 3. Carmona-Monge FJ, Rollán Rodríguez GM, Quirós Herranz C, García Gómez S, Marín-Morales D. Evaluation of the nursing workload through the nine equivalents for nursing manpower use scale and the nursing activities score: A prospective correlation study, <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> [serial online]. 2013, 29/4: 228-233 Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713000244 Dostęp: 16.10.2022 4. Valls-Matarín, J., Salamero-Amorós, M., & Roldán-Gil, C. (2015). Analysis of the workload and the use of the nursing resources in an intensive care unit. <i>Enfermería intensiva</i>, 26(2), 72-81.. Dostępny w Internecie: https://europepmc.org/article/med/25882964 Dostęp: 16.10.2022 5. Moreno R, Miranda DR. Nursing Staff in Intensive Care in Europe: The Mismatch Between Planning and Practice. <i>Clinical Investigations in Critical Care</i> [serial online]. 1998, 3: 752-758. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369216338521 Dostęp: 7.10.2022 6. Stafseth, S. K., Tønnessen, T. I., & Fagerström, L. (2018). Association between patient classification systems and nurse staffing costs in intensive care units: An exploratory study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 45, 78-84. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717301544 Dostęp: 16.10.2022 7. Rodrigues FF, Zaric GS, Stanford DA. Discrete event simulation model for planning Level 2 “step-down” bed needs using NEMS, <i>Operations Research for Health Care</i> [serial online]. 2018, 17: 42-54 Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211692316301564 Dostęp: 16.10.2022 8. Dayane K, Velozo S, Ramos Garcia PC, Piva JP, Fiori HH, Cabral DD, Einloft PR, Bruno F, Tonial CT, Drumond Costa CA, Simone Travi Canabarro ST. Scores TISS-28 versus NEMS to size the nursing team in a pediatric intensive care unit Escores TISS-28 versus NEMS para dimensionar a equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. <i>einstein</i> [serial online]. 2017;15(4):470-5 Dostępny w Internecie: https://www.scielo.br/j/eins/a/NCZkzGD3dQpNMmgqDH6GGNb/abstract/?lang=en Dostęp: 17.10.2022. 9. Cudak E, Dyk D. The assessment of nursing workload in Intensive Care Unit based on the scale „Nine equivalents of nursing manpower use score” (NEMS). <i>Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa</i>. 2007;15(1):7-12. 10. Wysokiński M, Fidecki W, Cieszeko K, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R, Kulina D, rian. Demand for nursing care from elderly patients hospitalised in Intensive Care Units, based on the Nine Equivalents of the Nursing Manpower Use Score (NEMS scale) <i>GERONTOLOGIA POLSKA</i> [serial online]. 2015, 2: 47-00. Dostępny w Internecie: https://pdfs.semanticscholar.org/cde6/65865bad996f9ee6d-2d0a462f7f693489b84.pdf Dostęp: 17.10.2022.

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.A.2. Skala czynności pielęgniarzkich
Nazwa skali w języku angielskim	Nursing Activity Score
Skrót	NAS

Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	<u>Miranda Dinis Reis</u>
	Rok publikacji	2003
	Źródło	Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003). TISS Workigng Group. Therapeutic Intervention Scoring System. <i>Nursing activities score. Crit Care Med</i> , 31(2), 374-82.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Dyk Danuta, Cudak Edyta
	Rok publikacji	2008
	Źródło	Dyk D, Cudak E. (2008). Zastosowanie skali czynności pielęgniarских (Nursing Activities Score) do planowania obsad pielęgniarских na oddziałach intensywnej terapii. <i>Anestezjologia i Ratownictwo</i> , 1: 70–75. Cudak E: Analiza wykorzystania czasopracy Personelu pielęgniarского na oddziałach intensywnej terapii. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego; 2007.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala NAS-Nursing Activity Score została opracowana w 2003 roku. Wywodzi się z TISS 28. Ma na celu opis czynności pielęgniarских niekoniecznie skorelowanych z ciężkością choroby. Stanowi narzędzie do oceny prawidłowego wykorzystania zasobów intensywnej terapii. Do listy interwencji terapeutycznych w Systemie Punktacji Interwencji Terapeutycznej-28 dodano łącznie pięć nowych pozycji i 14 podpunktów opisujących czynności pielęgnacyjne na oddziale intensywnej terapii (m.in. monitorowanie, opieka nad bliskimi, zadania administracyjne).
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Skala zawiera 23 pozycje główne oraz podskale. Każdemu jest przydzielona wartość punktowa. Sumę oblicza się wg. instrukcji.
	Orientacyjny czas badania	15 min.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala wykorzystywana do oceny obciążenia pracą pielęgniarek w przypadku procedur tradycyjnych i wykonywanych metoda małoinwazyjną [1]. Ma również zastosowanie do oceny występowania niedostarczonej opieki (missed care) [2]. Narzędzie jest wykorzystywane do poszukiwania związków między obciążeniem pracą a występowaniem powikłań u krytycznie chorych pacjentów, w tym odleżyn [3] czy zakażeń szpitalnych [4]. Skala czynności pielęgniarских (NAS) została opracowana w wyniku modyfikacji systemu punktacji interwencji terapeutycznych-28 (TISS-28). Badania wskazują, że NAS jako narzędzie do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek na OIOM jest dwa razy skuteczniejsze w pomiarze czasu opieki nad krytycznie chorymi pacjentami, niż TISS-28 [5]. Narzędzie wykorzystywane jest do oceny wpływu obciążenia pracą na śmiertelność

		w oddziałach intensywnej terapii [6] oraz na powtórne, nieplanowe hospitalizacje [7]. Skala (NAS) jest szeroko stosowanym narzędziem do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek. Skutecznie oddaje czas realizacji opieki w oddziałach intensywnej opieki medycznej (OIOM); jest powszechnie walidowana do stosowania [9]. Dzięki szacowaniu obciążenia pracą i liczby wykonywanych czynności przez pielęgniarki służy również do oceny wskaźnika pacjent-pielęgniarka [9]. Weryfikacji skuteczności pomiaru obciążenia pracą za pomocą NAS dokonywano z uwzględnieniem innych narzędzi, np. skali Bradena [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli
	Miejsce badanych	szpital, oddziały intensywnej terapii
	Stan badanych	pacjenci hospitalizowani w oddziałach intensywnej terapii
	Sytuacje	ocena obciążenia pracą i zapotrzebowania na opiekę
	Inne	brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, studenci studiów pielęgniarskich II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Skala jest dalej walidowana przez polskich autorów (D.Dyk, E.Cudak-Kasprzak), należy się z nimi kontaktować.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Aby obliczyć liczbę pielęgniarek należy notować jakie czynności zostały wykonane w ciągu dyżuru. Skala czynności pielęgniarskich NAS musi być wypełniana dla każdego pacjenta raz na dobę w czasie całego pobytu chorego w oddziale. W momencie sumowania punktacji w odniesieniu do pozycji: 1, 4, 6, 7, 8 należy dodać tylko jedną pozycję danej podskali: a, b, lub c tę, która prezentuje większy nakład pracy w stosunku do całej doby. W pozycjach 1, 4, 6, 7 i 8 można punktować tylko jedną pozycję (a, b lub c). Punktacja reprezentuje procentowy czas spędzony przez jedną pielęgniarkę przy czynności wymienionej w danej pozycji, jeśli została ona wykonana. 1. Zgodnie z instrukcjami podanymi przez autora narzędzia należy wziąć pod uwagę: 2. Punkt 2 uwzględnić się wówczas gdy pacjent ma dodatkowe badania laboratoryjne wykonywane poza przyjętym w danym oddziale schematem np. nie uwzględniamy pobieranie próbek krwi do oznaczenia gazometrii krwi tętniczej 3. Jeżeli czynności dotyczące fizjoterapii (punkt 11) są wykonywane przez fizjoterapeutów nie wliczamy tego punktu jako czynności pielęgniarskiej 4. W odniesieniu do punktu 12 należy wziąć pod uwagę leki o działaniu obkurczającym naczynia krwionośne np. katecholaminy oraz rozszerzającym łożysko naczyniowe np. nitrogliceryna. Zaznaczyć trzeba również to, że leki takie jak np. salbutamol, lignokaina nie są podawane do celów wazoaktywnych jednakże uboczne ich efekty mogą wymagać dodatkowego monitoringu, bądź korygowanie tych efektów podawaniem leków naczynioaktywnych. 5. W odniesieniu do punktu 19: należy go uwzględnić wówczas kiedy kwasica była korygowana podażą dwuwęglanów nie zaś dostosowaniem parametrów wentylacji mechanicznej czy terapii płynowej 6. Żywienie dożylnie (punkt 20) uwzględnić należy wówczas kiedy pacjent otrzymuje więcej niż 40kcal/dobę 7. Włączenie interwencji specyficznych w OIT powinno uwzględnić dodatkowe zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską.	

	Po zanotowaniu wymienianych czynności należy zsumować punkty (wówczas otrzymamy liczbę punktów na indywidualnego pacjenta). Następnie należy zsumować punktację wszystkich pacjentów w oddziale i podzielić ilość punktów przez liczbę pacjentów w danym dniu badania, co da ilość punktów przypadającą na pacjenta w danej dobie.
Formularz skali	

Skala czynności pielęgniarskich (NAS)

CZYNNOŚCI PODSTAWOWE		PUNKTACJA
1a	Pomiary parametrów życiowych co godzinę, regularna rejestracja i obliczanie bilansu płynów	4,5
1b	Obecność przy łóżku pacjenta i ciągła obserwacja lub aktywność przez 2 godziny lub dłużej na którejkolwiek zmianie, dla celów bezpieczeństwa, ciężkości przypadku lub terapii takiej jak: nieinwazyjna wentylacja mechaniczna, odstawienie od karmienia, pobudzenie, dezorientacja, pozycja na brzuchu, pobieranie krwi, przygotowanie i podanie płynów, leków, pomoc przy konkretnych czynnościach i procedurach	12,1
1c	Obecność przy łóżku chorego i aktywność przez 4 godziny lub więcej godzin na którymkolwiek z dyżurów dla bezpieczeństwa, ciężkości choroby lub terapii jak wyżej (1b)	19,6
2	Badania laboratoryjne: biochemiczne i mikrobiologiczne	4,3
3	Terapia lekami z wyjątkiem leków wazoaktywnych	5,6
4a	Wykonywanie procedur takich jak: opatrzywanie ran, pielęgnacja cewników donaczyniowych, zmiana bielizny pościelowej, toaleta pacjenta (nietrzymanie moczu, wymioty, oparzenia, ciekące rany, złożone opatrunki chirurgiczne połączone z płukaniem) oraz procedury specjalne (pielęgnacja związana z reżimem sanitarnym, powiązana z zakażeniem, porządkowanie sali chorego, higiena personelu)	4,1
4b	Wykonywanie procedur higienicznych zajmowało więcej niż 2 godziny podczas jakiegokolwiek zmiany	16,5
4c	Wykonywanie procedur higienicznych zajmowało więcej niż 4 godziny podczas jakiegokolwiek zmiany	20,0
5	Pielęgnacja drenów z wyjątkiem żołądkowego	1,8
6	Uaktywnianie pacjenta, zmiana ułożenia pacjenta (obracanie, przenoszenie z łóżka na fotel, podnoszenie zespołowe pacjenta np. w przypadku pacjenta unieruchomionego, z wyciągiem, układanie w pozycji na brzuchu)	
6a	Wykonywanie procedur do 3 razy na dobę	5,5
6b	Wykonywanie procedur więcej niż 3 razy na dobę, lub z dwiema pielęgniarkami, jakąkolwiek częstotliwością	12,4
6c	Wykonywanie powyższych procedur z trzema lub więcej pielęgniarkami, przy jakiegokolwiek częstotliwości	17,0
7	Wspieranie i opieka nad krewnymi i pacjentem obejmująca takie procedury jak: telefony, wywiady, porady (często wsparcie i opieka nad krewnymi czy pacjentem pozwala personelowi kontynuowanie innych czynności takich jak komunikowanie podczas czynności higienicznych, czy z rodziną bądź krewnymi podczas obserwacji przy łóżku chorego)	
7a	Wsparcie i opieka nad pacjentem i jego krewnymi wymagającymi pełnego poświęcenia się przez około 1 godzinę na którejkolwiek zmianie (np. wyjaśnienie stanu klinicznego, uporanie się z bólem i ciężkim stanem oraz ciężkimi okolicznościami rodzinnymi)	4,0

Zarządzanie w pielęgniarstwie

7b	Wsparcie i opieka nad pacjentem i jego krewnymi wymagającymi pełnego poświęcenia się przez 3 godziny lub więcej na jakiejkolwiek zmianie w takich przypadkach jak: śmierć, wymagające okoliczności np. duża ilość krewnych, problemy językowe, wrogość, agresja krewnych	32,0
8	Zadania kierownicze i administracyjne	
8a	Wykonywanie zadań rutynowych takich jak przetwarzanie danych klinicznych, zlecenie badań, wymiana informacji np. podczas wizyty	4,2
8b	Wykonywanie zadań administracyjnych wymagających pełnego poświęcenia się przez około 2 godziny na jakiejkolwiek zmianie takich jak: działalność badawcza, procedury przyjęcia w oddział i wypisu z oddziału	23,2
8c	Wykonywanie zadań administracyjnych wymagających pełnego poświęcenia się przez 4 godziny i więcej na jakiejkolwiek zmianie takich jak: śmierć, procedury związane z przygotowaniem do pobrania narządów, współpraca z innymi dyscyplinami medycyny	30,0
9	Terapia oddechowa	
9a	Zastosowanie wentylacji mechanicznej z lub bez dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego, z lub bez zwiotczenia mięśni, oddech spontaniczny z lub bez ciśnienia dodatniego końcowo-wydechowego, z lub bez rurki intubacyjnej, tlenoterapia bierna	1,4
10	Pielęgnowanie sztucznych dróg oddechowych: rurki intubacyjnej bądź tracheotomii	1,8
11	Leczenie wspomagające czynność układu oddechowego: fizjoterapia klatki piersiowej, spirometria, inhalacje, odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego	4,4
	Terapia krążeniowa	
12	Leczenie lekami wazoaktywnymi, bez względu na ich dawkę i rodzaj	1,2
13	Uzupełnianie drogą dożylną dużych strat płynów. Przetaczanie powyżej 3 l/m2/dzień, bez względu na rodzaj uzupełnianego płynu	2,5
14	Monitorowanie czynności lewego przedsionka: cewnik tętnicy płucnej z lub bez pomiaru rzutu serca	1,7
15	Resuscytacja po zatrzymaniu krążenia w ciągu ostatnich 24h (pojedyncze uderzenie w klatkę nie jest wliczane do punktacji)	7,1
	Leczenie wspomagające czynność wydalniczą nerek	
16	Hemofiltracja, hemodializa	7,7
17	Pomiar diurezy godzinowej (poprzez założony cewnik)	7,0
	Monitorowanie czynności OUN	
18	Pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ICP)	1,6
	Leczenie zaburzeń metabolicznych	
19	Leczenie powikłań metabolicznych: kwasicy/zasadowicy	1,3
20	żywienie dożylnie	2,8
21	żywienie enteralne; przez sondę lub inną drogą (np. przez jejunosomię)	1,3
	Czynności specyficzne	
22	Pojedyncza inna czynność (czynności) interwencyjna w OIT: intubacja dotchawicza, elektryczna stymulacja serca, kardiowersja, endoskopia, nagły zabieg w czasie ostatniej doby, płukanie Żołądka. Rutynowe czynności bez wpływu na kliniczny stan pacjenta rtg, echokardiografia, EKG. Nie dotyczy zakładania cewników żylnych i tętniczych oraz zmiany opatrunków	2,8
23	Specyficzne czynności wykonywane poza OIT: procedury diagnostyczne lub chirurgiczne	1,9
SUMA ZDOBYTYCH PUNKTÓW		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Krupa S, Ozga D, Kolowca M, Widenka K. Effect of the 'Enhanced Recovery After Surgery Protocol' on the workload of nurses in cardiac patients. Journal homepage: http://kont.zsf.jcu.cz [serial online]. 2020: 1212-4117. Dostępny w Internecie: https://www.researchgate.net/profile/Sabina-Krupa/publication/343809365_Effect_of_the_'Enhanced_Recovery_After_Surgery_Protocol'_on_the_workload_of_nurses_in_cardiac_patients/links/5f40bcb6a6fdccc43e528a2/Effect-of-the-Enhanced-Recovery-After-Surgery-Protocol-on-the-workload-of-nurses-in-cardiac-patients.pdf Dostęp: 16.10.2022 2. Jones TJ, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. International Journal of Nursing Studies [serial online]. 2015: 52 (6): 1121-1137. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000589 Dostęp: 16.10.2022. 3. Mariana F Cremasco, MF, SV Wenzel, F, Zanei, SV, Whitaker IY.: Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. Journal of Clinical Nursing [serial online]. 2013, 22:15-16. Dostępny w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2012.04216.x Dostęp: 7.10.2022. 4. Daud-Gallotti RM, Costa SF, Guimarães, T, Padilha, KG, Inoue, EN, Vasconcelos TN, Cunha Rodrigues FS, Vasconcelos Barbosa E, Barcelos Figueiredo W, Levin AS. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. PLOS ONE [serial online]. 2012, 27 Dostępny w Internecie: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0052342 Dostęp: 16.10.2022 5. Gonçalves LA, Padilha KG, Cardoso Sousa RM. Nursing activities score (NAS): A proposal for practical application in intensive care units. Intensive and Critical Care Nursing [serial online]. 2007, 23(6): 355-361. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433970700047X Dostęp: 16.10.2022 6. Fasoi, G.; Patsiou, E.C.; Stavropoulou, A.; Kaba, E.; Papageorgiou, D.; Toylla, G.; Goula, A.; Kelesi, M. Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units (ICU) Using the Nursing Activities Score (NAS) Scale. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2021, 18, 79. Dostępny w Internecie: https://doi.org/10.3390/ijerph18010079 Dostęp: 17.10.2022 7. Haruna, J.; Masuda, Y.; Tatsumi, H.; Sonoda, T. Nursing Activities Score at Discharge from the Intensive Care Unit Is Associated with Unplanned Readmission to the Intensive Care Unit. <i>J. Clin. Med.</i> 2022, 11, 5203. Dostępny w Internecie: https://doi.org/10.3390/jcm11175203 Dostęp: 17.10.2022 8. Joanie L; Frédéric D; Machado OE; Clémence D; Julie H; Cecilia GM Validation of the French-Canadian version of the Nursing Activities Score. Canadian Journal of Critical Care Nursing [serial online]. 2020, 31(3): 12-22. 11. Dostępny w Internecie: http://EBSCOhost 149993981 Validation of the French-Canadian version of the Nursing Activities Score. Dostęp: 16.10.2022 9. Bruyneel A, Tack J, Droguet M, Maes J, Wittebole X, Miranda DR, Pierdomenico LD. Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium, Journal of Critical Care [serial online]. 2019, 54:205-211 Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944119306161 Dostęp: 16.10.2022. 10. Lucchini A, de Felippis C, Elli S, Schifano L, Rolla F, Pegoraro F, Fumagalli R. Nursing Activities Score (NAS): 5 Years of experience in the intensive care units of an Italian University hospital, Intensive and Critical Care Nursing [serial on line]. 2014, 30(3): 152-158. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713001134 Dostęp: 16.10.2022.

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.A.3. Kwestionariusz niedostarczonej opieki	
Nazwa skali w języku angielskim	Perceived Implicit Rationing of Nursing Care	
Skrót	PIRNCA	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Terry L Jones
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Jones TL. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) Instrument. Nursing Forum independent voice for Nursing [service online]. 2014, 48(2): 77-87. Dostępny w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12076 Dostęp: 16.10.2022.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Izabela Uchmanowicz, Aleksandra Kołtuniuk, Agnieszka Młynarska, Katarzyna Łagoda, Joanna Rosinczuk, Terry L Jones
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Uchmanowicz, I.; Kołtuniuk, A.; Młynarska, A.; Łagoda, K.; Witczak, I.; Rosińczuk, J.; Jones, T. Polish adaptation and validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) questionnaire: A cross-sectional validation study. <i>BMJ Open</i> 2020, 10: e031994.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena zakresu minimalizacji i pomijania opieki pielęgniarstwa oraz czynników wpływających na racjonowanie opieki.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Kwestionariusz PIRNCA składa się z 31 opisów czynności pielęgniarstwa, które respondenci oceniają jako niekompletne z powodu niewystarczających zasobów (tj. personel lub niedobory czasu) podczas ostatnich siedmiu dni. Każdy element w kwestionariuszu PIRNCA jest w skali 0–3, gdzie 0 to „nigdy”, 1 to „rzadko”, 2 to „czasami”, a trzy to „często”, a wynik całkowity, czyli ocena wskaźnika racjonowania opieki, jest średnią z oceny. Jeśli pacjenci przydzieleni do pielęgniarstwa podczas tych siedmiu dni nie wymagali odpowiedniej czynności, respondent powinien oznaczyć „nie dotyczy”. Ostateczny wynik PIRNCA to średni wynik dla wszystkich pytań, z wyłączeniem pytań oznaczonych jako „nie dotyczy”. Tak więc całkowity wynik waha się od 0 do 3 i może być interpretowany w następujący sposób: wyższe wyniki wskazują na bardziej ukryte racjonowanie opieki pielęgniarstwa. Kwestionariusz zawiera również dwa dodatkowe pytania. Jedno dotyczy dokonywanej przez pielęgniarstwo oceny opieki nad pacjentem. Pytanie to jest punktowane od 1 do 10 przy użyciu skali typu Likerta, gdzie 1 wskazuje na niebezpiecznie niską

		jakość opieki, podczas gdy 10 oznacza bardzo dobrą jakość opieki. Drugie pytanie dotyczy ogólnej satysfakcji z pracy.
	Orientacyjny czas badania	30 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Pielęgniarski w sytuacji ograniczonych zasobów, są zmuszone minimalizować i pomijać niektóre zadania, co może prowadzić do zdarzeń niepożądanych. Istotnym czynnikiem wpływającym na racjonowanie opieki jest organizacja pracy w oddziale, zmęczenie i brak satysfakcji z pracy [1]. Skala została zwalidowana i zastosowana do oceny racjonowania opieki w wielu krajach, badania prowadzone w Słowacji, Chorwacji, Czechach potwierdziły że jest trafnym i wiarygodnym narzędziem do oceny racjonowania opieki [2,3,4,5,6]. Jest skutecznym narzędziem do monitorowania satysfakcji z pracy i jakości opieki pielęgniarskiej [7]. Badania realizowane przy pomocy skali wykazały związek niedostarczonej opieki pielęgniarskiej z rodzajem oddziału, jakością opieki pielęgniarskiej i środowiskiem pracy [8,9] oraz wykształceniem, rodzajem zmiany, doświadczeniem pielęgniarek na obecnym oddziale, nadgodzinami, absencją, zamiarem odejścia ze stanowiska, oceną adekwatności personelu, jakością opieki nad pacjentem i satysfakcją z pracy [9], stylem przywództwa [10] czy występowaniem zdarzeń niepożądanych [11]. Badania za pomocą narzędzia wykazały, że pracodawcy powinni opracowywać programy adaptacji pracowników, aby uniknąć wypalenia zawodowego oraz inwestować w czynniki zwiększające satysfakcję pielęgniarek, takie jak atmosfera w pracy [12].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli
	Miejsce badanych	szpital, oddziały
	Stan badanych	pacjenci szpitala
	Sytuacje	ocena jakości opieki i wpływu na wyniki leczenia pacjentów
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci	
	Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Wymagana zgoda autora polskiej wersji
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala zawiera 31 pytań dotyczących pominiętej lub zaniechanej opieki oraz dwa pytania dotyczące pielęgniarskiej oceny jakości opieki nad pacjentem i satysfakcji z pracy. W każdym z 31 pytań w tej części kwestionariusza przyjęto następującą skalę punktową: (zgodnie z kluczem): „nigdy”(0), „rzadko”(1), „czasami”(2) i „często”(3). Ostateczny wynik to średnia punktów z pytań, w których zaznaczono jedną z powyższych odpowiedzi. Pytania, w których zaznaczono „nie dotyczy” zostały wykluczone. Zatem całkowity wynik jest liczbą z przedziału 0–3 i może również interpretować zgodnie z powyższym schematem. W dwóch pytaniach dotyczących oceny pielęgniarskiej jakości opieki nad pacjentem i satysfakcji z pracy, skala odpowiedzi wynosiła od 0 do 10, gdzie wyższe liczby oznaczają lepszą ocenę jakości opieki nad pacjentem przez pielęgniarki i większą satysfakcję z pracy.	

Formularz skali/instrukcja wypełniania**Postrzeganie Niejawnego Racjonowania Opieki Pielęgniarskiej (PIRNCA)****RN Wersja dla Zarejestrowanych Pielęgniarek (RN)****1. NA TEMAT ANKIETY**

Niniejsza ankieta została opracowana w celu zmierzenia postrzegania przez pielęgniarkę niejawnego racjonowania opieki pielęgniarskiej. Niejawne racjonowanie opieki pielęgniarskiej ma miejsce, gdy pielęgniarka wstrzymuje lub nie zapewnia dostatecznych działań pielęgniarskich dla pacjentów z powodu braku zasobów (personelu lub czasu). Niezbędne działania obejmują ocenę pielęgniarską, identyfikację problemu, planowanie opieki, wdrażanie interwencji (niezależnych, współzależnych i zależnych) i ocenę opieki, które są akceptowane biorąc pod uwagę pielęgniarski osąd, standardy praktyki pielęgniarskiej i wiedzy pielęgniarskiej jako ważne dla pacjenta, aby osiągnąć pożądany rezultat. Ankieta PIRNCA składa się z 31 powszechnych zadań pielęgniarskich, które mogą być konieczne do osiągnięcia pożądanych wyników leczenia pacjentów hospitalizowanych leczonych chirurgicznie.

2. INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA ANKIETY

Po wypełnieniu ankiety PIRNCA należy zastanowić się nad ostatnimi siedmioma zmianami (dyżurami) zakończonymi w podstawowej pracy pielęgniarskiej. Zostaniesz poproszona o wskazanie, jak często podczas tych siedmiu zmian nie mogłaś ukończyć każdej z 31 opisanych czynności pielęgniarskich z powodu braku zasobów (personelu lub czasu). Powinnaś ocenić częstotliwość występowania poszczególnej czynności jako „Nigdy”, „Rzadko”, „Czasami” lub „Często” w oparciu o swoje doświadczenie zawodowe, umieszczając krzyżyk „X” w odpowiednim polu. Jeśli żaden z przydzielonych pacjentów podczas tych siedmiu zmian nie wymagał opisanej czynności pielęgniarskiej, powinnaś wybrać „Nie dotyczy”. Jeśli nie byłaś w stanie osobiście wykonać zadania, ale udało Ci się poprosić kogoś innego, aby zrobił to za Ciebie (np. inna pielęgniarka lub nielicencjonowany personel pomocniczy) zadanie to powinno być uznane za kompletne w drodze oddelegowania innej osoby. Szacuje się, że ukończenie tej ankiety zajmie Ci około pięciu do dziesięciu minut. Na zakończenie ankiety masz do dyspozycji miejsce, w którym możesz dodać swój komentarz na temat zdolności do wykonywania niezbędnych czynności pielęgniarskich dla przydzielonych Ci pacjentów, jeśli masz takie życzenie.

Jak często zdarzało się to w ciągu ostatnich 7 roboczych zmian		Nie dotyczy	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
1	nie można było przeprowadzić rutynowej higieny u pacjentów (np. kąpieli, higieny jamy ustnej, opieki stomatologicznej) lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
2	nie można było przeprowadzić rutynowej pielęgnacji skóry u pacjentów lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
3	nie można było zmienić w odpowiednim czasie pościeli zabrudzonej krwią lub płynami ustrojowymi lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
4	nie można było asystować pacjentowi potrzebującemu chodzenia lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					

5	nie byłeś w stanie uruchomić pacjenta ani zmienić pozycji pacjenta z ograniczoną mobilnością lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
6	nie można zapewnić szybkiej pomocy w opróżnieniu jelit lub pęcherza (na przykład przy użyciu basenu, krzesła toaletowego lub w łazience) lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
7	nie można odpowiednio pomóc pacjentom niezdolnym do jedzenia ani picia niezależnie od sposobu przyjmowania pokarmu lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
8	nie można było wdrożyć środków promujących komfort fizyczny (np. terminowe podawanie leków przeciwbólowych, dostosowanie temperatury, masaż pleców lub karku) lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
9	nie było możliwości podania leków (w tym terapii dożylnych) zgodnie z zaleceniami i zasadami bezpiecznej farmakoterapii?					
10	nie było możliwości podawania żywienia dojelitowego lub pozajelitowego zgodnie z zaleceniami i zgodnie z bezpiecznymi praktykami?					
11	nie było możliwości prowadzenia opieki nad ranami (w tym zmianę opatrunków), zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za stosowne?					
12	nie było możliwości zmiany miejsca dostępu dożylnego, rurki i / lub opatrunków w określonym czasie zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za stosowne?					
13	nie było możliwości odpowiedniego przestrzegania zalecanych wytycznych dotyczących bezpiecznego obchodzenia się z pacjentem (np. korzystania ze sprzętu wspomagającego oraz podnośników i / lub dodatkowego personelu)?					
14	nie było możliwości odpowiedniego przestrzegania zalecanych wytycznych dotyczących kontroli infekcji (np. higiena rąk, technika aseptyczna, izolacja)?					
15	nie można było zapewnienia odpowiedniego czasu edukacji, który według Ciebie był wskazany dla pacjenta i / lub jego rodziny?					
16	nie można było odpowiednio przygotowania pacjentów do leczenia, badań lub procedur?					

17	Jak często zdarzało się to w ciągu ostatnich nie można było zaoferować odpowiedniego poziomu wsparcia emocjonalnego lub psychologicznego pacjentowi lub rodzinie, które w danym momencie było potrzebne?					
18	nie można było monitorować stanu fizjologicznego pacjenta (np. parametry życiowe, wartości laboratoryjne) zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za konieczne?					
19	nie można było monitorować emocji i zachowania pacjenta (np. przestrzeganie zażywania leków, nawyki żywieniowe, kontakty społeczne, nastrój) zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za konieczne?					
20	nie można było monitorować fizycznego bezpieczeństwa pacjenta zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za konieczne?					
21	nie można było śledzić zmian stanu pacjenta, niezrealizowanych próśb o interwencję u pacjenta (w tym oceny lub skierowania) lub niejasne zlecenia?					
22	trzeba było trzymać w oczekiwaniu pacjenta lub członka rodziny dłużej niż 5 minut od momentu zasygnalizowania danej prośby (np. przez światło wywoławcze)?					
23	nie można było odbyć ważnej rozmowy z innym członkiem wielodyscyplinarnego zespołu w sprawie dotyczącej opieki nad pacjentem, lub rozmowa ta została opóźniona?					
24	nie można było odbyć ważnej rozmowy z zewnętrzną jednostką w sprawie dotyczącej opieki nad pacjentem, lub rozmowa ta została opóźniona?					
25	nie moglibyście odbyć ważnej rozmowy z pacjentem lub członkiem rodziny o potrzebach lub instrukcjach związanych z wypisem, czy też rozmowa została opóźniona?					
26	nie było możliwości zapewnienia odpowiedniego nadzoru lub śledzenia wykonywania delegowanych działań przez inne osoby?					
27	nie było możliwości odpowiedniego przejrzenia interdyscyplinarnej dokumentacji pacjenta, aby uzyskać złożone informacje na temat pacjenta?					
28	nie było możliwości udokumentowania początkowego lub zmienionego planu opieki?					

29	nie było możliwości udokumentowania wszystkich działań związanych z oceną i monitorowaniem stanu pacjenta?					
30	nie było możliwości udokumentowania odpowiednio szczegółowo całego procesu wykonanej opieki pielęgniarzkiej?					
31	nie było możliwości właściwego ocenie- nia planu opieki (używając krytycznego myślenia), aby określić stosowność i / lub skuteczność interwencji i dokonać zmian jakie wskazano?					

Czy jest coś, co chciałabyś powiedzieć odnośnie swoich możliwości wykonywania niezbędnych czynności pielęgnacyjnych wśród swoich pacjentów? Jeśli tak, prosimy o pozostawienie komentarza w ramce poniżej:

OGÓLNE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

1. Ocena pielęgniarzka jakości opieki nad pacjentem

Zakreśl kołem liczbę, która wskazuje na standardową jakość opieki nad pacjentami w Twoim oddziale?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niebezpiecznie niska

Bezpieczna, ale niewiele więcej

Bardzo wysoka jakość

2. Ogólna satysfakcja z pracy

Zakreśl kołem liczbę, która wskazuje na stopień zadowolenia ze swojej obecnej pracy pielęgniarzkiej, biorąc pod uwagę wszystkie aspekty pracy, w tym także własne wartości, ideały i cele?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jest tragiczna!

Jestem zadowolona

Uwielbiam to!

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Młynarska, A.; Krawuczka, A.; Kolarczyk, E.; Uchmanowicz, I. Rationing of Nursing Care in Intensive Care Units. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online]. 2020, 17: 6944. Dostępny w Internecie: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/19/6944 Dostęp: 16.10.2022. - Gurková E., Adamkovič M, Jones T, RN, Radka Kurucová R, Žiaková K. Factor analysis, validity of the perceived ntelligen rationing of nursing care instrument and prevalence and patterns of unfinished nursing care in Slovakia. <i>Nursing Managament</i> [serial online]. 2020, 28(8): 2036-2047. Dostęp w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12887 Dostęp: 16.10.2022. - Kalánková D, Suhonen R, Stolt M., Kurucová R, Katajisto J., Žiaková K, Gurková E, . Psychometric testing of perceived ntelligen rationing of nursing care (PIRNC-CA). <i>Leading Global Nursing Research</i> [serial online] 2020, 76(6): 1469-1482. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14351 Dostęp: 16.10.2022. - Friganovic A, Režić S, Kurtović B, Vidmanić S, Zelenikova R. Nurses' perception of ntelligen nursing care rationing in Croatia—A cross-sectional multicentre study. <i>Nursing Managament</i> [serial online]. 2020, 28(8): 2230-2239. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13002 Dostęp: 16.10.2022r

	5. Jarošová D, Renáta Zeleníková R. Unfinished nursing care – the first pilot study in the Czech Republic. <i>Journal of nursing and social sciences related to health and illness</i> [serial online]. 2019; 21(4): 388–394 Dostęp z Internetu: http://kont.zsf.jcu.cz DOI: 10.32725/kont.2019.048 Dostęp: 16.10.2022 6. Zeleníková, R., Gurová, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K., ... & Papastavrou, E. (2020). Unfinished nursing care in four central European countries. <i>Journal of Nursing Management</i>, 28(8), 1888-1900. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12896 Dostęp: 31.10.2022 7. Witczak, I., Kołtuniuk, A., Rypiec, Ł., Panczyk, M., Grzebieluch, W., Młynarska, A., & Uchmanowicz, I. (2022). Self-assessment of Rationing and Quality of Nursing Care. <i>Journal of Nursing Care Quality</i>, 37(3), E48-E53. Dostępny z Internetu: https://www.ingentaconnect.com/content/wk/ncq/2022/00000037/00000003/art-00002 Dostęp: 31.10.2022 8. Campbell, C. M., Prapanjaroensin, A., Anusiewicz, C. V., Baernholdt, M., Jones, T., & Patrician, P. A. (2020). Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. <i>Journal of Nursing Management</i>, 28(8), 2174-2184. Dostępny z Internetu: Dostęp: 31.10.2022. 9. Kalánková, D., Bartoničková, D., Kolarczyk, E., Žiaková, K., & Młynarska, A. (2022). Factors Contributing to Rationed Nursing Care in the Slovak Republic—A Secondary Analysis of Quantitative Data. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 19(2), 702. Dostępny z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/702 Dostęp 31.10.2022. 10. Blizzard, H. L. (2018). <i>The relationship between the perceptions of ntelligent rationing of nursing care and emotionally ntelligent leadership style among direct-care nurses</i> (Doctoral dissertation). Dostępny z Internetu: https://twu-ir.tdl.org/handle/11274/10724 Dostęp 31.10.2022. 11. Polanská, A., Jarošová, D., Janíková, E., Mynaříková, E., Plevová, I., & Zeleníková, R. (2020). Opomíjená a chybějící ošetrovatelská péče v nemocnici-pilotní studie. <i>General Practitioner/Praktický Lekar</i>, 100(4). Dostępny w Internecie: http://EBSCOhost 147241340 Opomíjená a chybějící ošetrovatelská péče v nemocnici – pilotní studie. Dostęp: 31.10.2022. 12. Jarosz, K., Zborowska, A., & Młynarska, A. (2022). Rationing Care, Job Satisfaction, Fatigue and the Level of Professional Burnout of Nurses in Urology Departments. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 19(14), 8625. Dostępny z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8625 Dostęp: 31.10.2022.
--	---

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEGNIASTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.A.4. Skala zadowolenia z pielęgnacji	
Nazwa skali w języku angielskim	The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale	
Skrót	NSNS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	McColl Elaine , Thomas Lois ,Bond Senga
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Thomas LH., McColl E., Priest J., Boys RJ.: The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessment of nursing care. <i>Qual. Health Care</i> . 1996;5: 67-72.

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Aleksandra Gutysz-Wojnowska, Danuta Dyk
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Gutysz- Wojnicka A, Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale(NSNS). Problemy Pielęgniarstwa. 2007;15: Zeszyt nr 2,3: 133-138
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji pacjenta z tej opieki. Skala ta jest adaptacją oryginalnej skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, opracowanej przez Thomas i innych autorów z Uniwersytetu Newcastle upon Tyne. Narzędzie posiada wysoką czułość w wykrywania różnic dotyczących satysfakcji pacjenta w oddziałach zachowawczych i zabiegowych oraz oceny satysfakcji z opieki między oddziałami, szpitalami czy grupami pacjentów.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Pierwsza część dotyczy doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską. Zawiera ona 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z możliwością odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „doświadczenia” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a 0 doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe do wyobrażenia. W drugiej części skali wymienia się 19 aspektów opieki pielęgniarskiej i prosi respondentów o określenie swojego poziomu satysfakcji w stosunku do każdego z nich w 5-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „satysfakcja” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 całkowity brak satysfakcji z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej. Część trzecia skali to pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu.
	Orientacyjny czas badania	1 godzina
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Pomiar zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej jest ważny dla oceny stopnia zaspokojenia potrzeb pacjentów oraz określenia odpowiedniej opieki pielęgniarskiej. Skala poprzez walidację została uznana za odpowiednią do pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Jest wykorzystywana do oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej pacjentów leczonych w oddziałach zachowawczych i chirurgicznych [1,2,3,4]. Badanie zadowolenia z opieki pielęgniarskiej oraz satysfakcji z otrzymanych usług jest prowadzone często w jednostkach ochrony zdrowia, zaś jego wyniki stanowią podstawę do oceny jakości opieki.

		Polska wersja Newcastle ma na celu zdobycie indywidualnych opinii i doświadczeń w zakresie opieki pielęgniarstwiej. Skala została stworzona do analizy i porównania opinii i doświadczenia opieki pielęgniarstwiej przez grupy pacjentów. Informacje uzyskane od poszczególnych pacjentów służą do analizy satysfakcji z opieki pielęgniarstwiej na poziomie oddziału [5,6,7]. Satysfakcja pacjenta jest jednym z istotnych wskaźników jakości opieki. Aby poprawić jakość opieki pielęgniarstwiej, kadra zarządzająca musi wiedzieć, jakie czynniki wpływają na satysfakcję pacjenta [8,9,10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli (18+)
	Miejsce badanych	szpital
	Stan badanych	brak zaburzeń świadomości (GCS>15 pkt)
	Sytuacje	pobyt na oddziale co najmniej dwa dni, ocena w dniu wypisu z oddziału
	Inne	Zastosowanie skali: -Porównywanie doświadczeń i satysfakcji pacjentów pomiędzy oddziałami klinicznymi przez zarządzających. -Porównanie przed i po planowanej lub nieplanowanej interwencji. -Jako miara wyniku w randomizowanych badaniach i innych badaniach efektywności klinicznej. -Ustalanie standardów oddziałowych lub szpitalnych np. oddział może dążyć do tego, aby 85% pacjentów pozytywnie oceniało jakość opieki -Audyty działalności klinicznej -Porównanie mediany doświadczeń i wyników satysfakcji z opieki pielęgniarstwiej
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pielęgniarstwiej kadra zarządzająca, pielęgniarstwiej, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: właściciel szpitala, płatnik	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Wymagana zgoda autora wersji polskiej, zgoda pacjenta na udział w badaniu, umiejętność pisanie i czytanie po polsku.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Instrukcja prowadzenia badania z wykorzystaniem Skali zadowolenia z pielęgnacji NEWCASTLE 1. Cel stosowania Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarstwiej i satysfakcji pacjenta z tej opieki. Skala ta jest adaptacją oryginalnej skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, opracowanej przez Thomas i innych autorów z Uniwersytetu Newcastle upon Tyne.1 W Zakładzie Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przeprowadzono badania mające na celu opracowanie polskiej wersji skali Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) i jej wykorzystanie do pomiaru zadowolenia z pielęgnowania w warunkach polskich. W badaniach zastosowano technikę adaptacji narzędzia pochodzącego z obcego obszaru językowego i kulturowego. Polskiej wersji NSNS nadano nazwę Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle. Trafność teoretyczną Skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle badano za pomocą analizy struktury wewnętrznej skali oraz analizy udzielania odpowiedzi na poszczególne pozycje skali. Aspekt zbieżnościowy trafności analizowano, badając korelację wyniku skali z wynikami badania zewnętrznego.	

	Trafność kryterialną określono, badając wpływ cech demograficznych i innych zmiennych niezależnych na ocenę opieki pielęgniarskiej. Ocenę właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali dokonano wykorzystując współczynnik rzetelności Alfa Cronbacha i współczynnik korelacji rang Spearmana. Badania przeprowadzono na grupie obejmującej 918 pacjentów oddziałów zabiegowych i niezabiegowych szpitali różnego poziomu referencyjności. Współczynnik Alfa Cronbacha dla polskiej wersji skali Newcastle wyniósł – dla skali „doświadczenia” 0,921, dla skali „satysfakcja” 0,981. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana wynosiły od 0,224 do 0,757 dla pozycji w skali „doświadczenia” i od 0,815 do 0,894 dla skali „satysfakcja”. Wszystkie pozycje polskiej wersji skali miały istotny statystycznie wpływ na wynik ogólny skali ($p=0,0001$). Wyniki badania potwierdziły, że Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle może być stosowana do badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji pacjentów z tej opieki w oddziałach zabiegowych i zachowawczych szpitali w Polsce, że jest narzędziem badawczym odpowiednio czułym, aby wykryć różnice w poziomie satysfakcji pacjentów między poszczególnymi oddziałami i szpitalami. Kwestionariusz ankiety Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle składa się z trzech części. Pierwsza część dotyczy doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską. Zawiera ona 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z możliwością odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „doświadczenia” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a 0 doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe do wyobrażenia. W drugiej części skali wymienia się 19 aspektów opieki pielęgniarskiej i prosi respondentów o określenie swojego poziomu satysfakcji w stosunku do każdego z nich w 5-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „satysfakcja” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 całkowity brak satysfakcji z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej. Część trzecia skali to pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu. Wykonawcy projektu badawczego powinni zwrócić uwagę, aby kwestionariusz ankiety otrzymanej drogą elektroniczną wydrukować bez nanoszenia jakichkolwiek zmian. Należy zwrócić uwagę, aby wersja papierowa była w formacie A4, wydrukowana pionowo na białym papierze, miała zastosowaną czcionkę standardową rozmiar 12, kolor czarny. Każda część ankiety powinna rozpoczynać się na nowej kartce. Kartki powinny być zszyte w odpowiedniej kolejności. Nie należy dopisywać własnych pytań ani wprowadzać zmian do pytań zawartych w skali. Kwestionariusz ankiety należy umieścić w niepodpisanej kopercie formatu A4. 2. Wielkość badanej grupy Zaleca się uzyskanie, co najmniej 100 poprawnie wypełnionych ankiet w danym oddziale. Aby spełnić to kryterium, należy zaproponować udział w badaniu, co najmniej 200 osobom spełniającym kryteria uczestnictwa (patrz niżej). W tym celu należy prowadzić rejestr wszystkich osób spełniających kryteria uczestnictwa w badaniu, leczonych w oddziale w okresie trwania badania satysfakcji pacjentów, bez względu na to, czy biorą one udział w badaniu, czy też nie. Czas trwania badania w poszczególnych oddziałach może być różny, zależy głównie od liczby „wypisów”. 3. Rejestr osób spełniających kryteria uczestnictwa w badaniu Każdy oddział uczestniczący w badaniu satysfakcji w okresie trwania tego badania musi prowadzić rejestr osób leczonych w oddziale, spełniających kryteria uczestnictwa. Rejestr ten powinien zawierać następujące dane pacjentów: imię i nazwisko, wiek, zgoda na udział w badaniu, data.
--	---

	Jeżeli pacjent spełniający kryteria nie uczestniczy w badaniu, należy zaznaczyć w rejestrze powód (odmowa pacjenta, brak ankietera, powody organizacyjne, nietypowa pora wypisu, oddanie niewypełnionej ankiety itp.). Pacjentów odmawiających udziału w badaniu należy poprosić o podanie przyczyny. Jeżeli pacjent spełniający kryteria wyraża zgodę na udział w badaniu, należy przypisać mu w prowadzonym rejestrze indywidualny numer identyfikacyjny. Numer ten musi być też zapisany na kwestionariuszu ankiety, który otrzymuje pacjent. 4. Kryteria kwalifikacji pacjenta do uczestnictwa w badaniu satysfakcji Pacjent uczestniczący w badaniu musi: – mieć 18 lat i więcej; – być w dniu wypisu lub przeniesienia z oddziału; – spędzić w oddziale minimum 2 noce; – potrafić czytać i pisać po polsku; – nie mieć zaburzeń świadomości (GCS>15 pkt.); – nie być hospitalizowany w żadnym innym oddziale podczas tego pobytu w szpitalu; – wyrazić zgodę na badanie. Inne warunki uczestnictwa w badaniu: – pacjent powinien być poinformowany o celu przeprowadzania badania oraz o czasie potrzebnym do wypełnienia kwestionariusza; – udział w badaniu jest dobrowolny; pacjent musi mieć zagwarantowane poczucie poufności przeprowadzonych badań; – pacjent musi wiedzieć, że chociaż jego identyfikacja będzie możliwa na podstawie numeru w rejestrze i numeru wypełnionego kwestionariusza ankiety, to uzyskane dane wykorzystane będą jedynie przez prowadzących badanie do celów naukowych. 5. Dystrybucja kwestionariuszy ankiet Kwestionariusz ankiety musi znajdować się w niepodpisanej kopercie formatu A4. Pacjent musi otrzymać kwestionariusz ankiety w dniu wypisu lub przeniesienia na inny oddział lub do innego szpitala. Kwestionariusz musi być wręczony przez osobę niebędącą członkiem zespołu terapeutycznego danego oddziału. W miarę możliwości należy zapewnić pacjentowi odpowiednie miejsce i odpowiednią ilość czasu na wypełnienie ankiety. Pacjent powinien wypełniać kwestionariusz osobiście, bez pomocy osób bliskich czy personelu. Jeżeli pacjent ma trudności w czytaniu lub pisanii, dopuszczalne jest głośne czytanie pytań i możliwych odpowiedzi przez ankietera i zaznaczanie wskazanych odpowiedzi. 6. Odbiór wypełnionych kwestionariuszy ankiet Pacjent po wypełnieniu kwestionariusza ankiety powinien włożyć go do koperty, zakleić i wrzucić do oznaczonego pudełka znajdującego się na terenie oddziału. Dopuszcza się na życzenie pacjenta odbiór wypełnionego kwestionariusza przez ankietera, nie zwalnia to jednakże organizatorów od przygotowania oznaczonego pudełka w każdym oddziale. Nie dopuszcza się odbioru wypełnionych ankiet przez członków zespołu terapeutycznego danego oddziału. Nie dopuszcza się zabierania przez pacjentów kwestionariuszy ankiet do domu i wysyłanie ich pocztą. 7. Sprawdzanie wypełnionych kwestionariuszy ankiet Każdy kwestionariusz ankiety powinien być sprawdzony pod kątem poprawności wypełnienia. Kwestionariusze zwrócone, a w całości niewypełnione, należy zaznaczyć w rejestrze jako „nieuczestniczący w badaniu”. 8. Wprowadzanie danych do komputera Dane uzyskane z kwestionariusza muszą być wprowadzone do komputera. Analizę można przeprowadzać za pomocą pakietu statystycznego, np. SPSS, lub arkusza kalkulacyjnego, np. Excel. Dane należy wprowadzać w odpowiednich kolumnach.
--	---

Zmienna	Kolumna
Oddział	1-2
Szpital	3
Pacjent	4-6
Które badanie	7
Część 1, pytanie 1	8
Część 1, pytanie 2	9-32
Część 1, pytanie 26	33
Część 2, pytanie 1	34
Część 2, pytanie 2	35-51
Część 2, pytanie 19	52
Część 3, pytanie 1	53
Część 3, pytanie 2	54-55
Część 3, pytanie 3, część 1	56
Część 3, pytanie 3, część 2	57-58
Część 3, pytanie 4	59-60
Część 3, pytanie 5	61
Część 3, pytanie 6	62
Część 3, pytanie 7	6

9. Obliczanie ogólnej punktacji „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”
Ogólną punktację „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 1 kwestionariusza, pytania 1-26.
Należy:
– przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:

Pytanie	Odpowiedź oryginalna	Odpowiedź przekodowana
1,5,6,9,10,11,12,16,17,18,21,23,25,26,	1	0
	2	1
	3	2
	4	3
	5	4
	6	5
	7	6
2,3,4,7,8,13,14,15,19,20,22,24	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
	7	0

– zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich
– poprawnych odpowiedzi (poprawna odpowiedź to taka, gdy respondent zakreślił tylko jedną odpowiedź, niepoprawna to taka, gdy zakreślono więcej odpowiedzi lub brak jest zakreślenia odpowiedzi);
– podzielić sumę otrzymana w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;

	– podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 6, a następnie pomnożyć go przez 100. 10. Obliczenie ogólnej punktacji „satysfakcja z opieki pielęgniarstwiej” Ogólną punktację „satysfakcja z opieki pielęgniarstwiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 2 kwestionariusza, pytania 1-19. Należy: – przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru: 1=0 2=1 3=2 4=3 5=4 – zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich poprawnych odpowiedzi; – podzielić sumę otrzymana w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi; – podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 4, a następnie pomnożyć go przez 100.
Formularz skali	

Szpital

Oddział

Pacjent

Czas

SKALA ZADOWOLENIA Z PIELĘGNACJI NEWCASTLE TWOJE POGLĄDY NA OPIEKĘ PIELĘGNIARSKĄ

Pytania zawarte w ankiecie dotyczą opieki pielęgniarstwiej świadczonej przez pielęgniarki podczas pobytu w szpitalu oraz Twoich poglądów na tę opiekę. W zakończeniu kilka pytań dotyczy Ciebie.

Chcielibyśmy, abyś dokładnie zastanowił/a się nad każdym pytaniem i odpowiedział/a na tyle uczciwie, na ile to możliwe. Nie spędzaj zbyt dużo czasu nad żadnym z pytań. Twoja pierwsza reakcja będzie prawdopodobnie lepsza niż długo rozważana odpowiedź. Jeżeli nie jesteś pewny/a, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, odpowiedz tak, jak potrafisz najlepiej i dodaj komentarz obok pytania.

TWOJE NAZWISKO I IMIĘ NIE UKAŻĄ SIĘ W ŻADNYM MIEJSCU TEJ ANKIETY. Informacje, które przekażesz, nie będą używane w żaden sposób, który umożliwiłby Twoją identyfikację.

Część 1: Twoje doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej (PRZYKŁAD)

Pierwszy zestaw pytań, zaczynający się na następnej stronie, dotyczy Twoich doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską podczas Twojego pobytu na tym oddziale. Pytania składają się ze stwierdzenia, po którym następuje siedem możliwych odpowiedzi. Zakreśl numer odpowiedzi, która najlepiej opisuje Twoje doświadczenia. Poniżej podajemy dwa przykłady odpowiedzi.

Przykład 1

Jeśli pielęgniarki zawsze zachowywały się cicho w nocy, to odpowiesz zakreślając numer 7, co oznacza „całkowicie się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI ZACHOWYWAŁY SIĘ BARDZO CICHOWO W NOCY.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Przykład 2

Jeśli pielęgniarki nie były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć „bardzo się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Przykład 3

Jeśli pielęgniarki zawsze były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć zakreślając odpowiedź numer 1, co oznacza „całkowicie nie zgadzam się”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Jeśli nie jesteś pewien, jak odpowiedzieć na pytanie, odpowiedz tak, jak najlepiej potrafisz i dodaj swój komentarz uwagi obok pytania.

CZĘŚĆ 1: TWOJE DOŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

1. Można było pozartować z pielęgniarkami.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

3. Pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających informacji.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

4. Pielęgniarki nie wysiły się zbyt i były zbyt swobodne.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

6. Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałem/-am.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

7. Wydawało mi się, że pielęgniarki lekcewały moje cierpienie.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

8. Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

11. Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

15. Pielęgniarki nie interesowały się mną.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

17. Przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym on polega.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

19. Pielęgniarki wiedziały, co robić, nie czekały na polecenia lekarzy.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapomniały, o co prosił je pacjent.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

24. Wydawało się, że jedna pielęgniarka jakby nie wiedziała, co robi druga.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Część 2: TWOJE OPINIE NA TEMAT OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

W tej części, pytamy o Twoje opinie na temat opieki pielęgniarskiej. Przy każdym pytaniu zaznacz odpowiedź, która najbardziej opisuje Twoją opinię.

Pomyśl o swoim pobycie w oddziale.

Lp	Co myślałeś na temat?	Całkowicie nie- zadowolony	Lekko zadowolony	Dość zadowolony	Bardzo zadowolony	Całkowicie zadowolony
1	Ilości czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	1	2	3	4	5
2	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?	1	2	3	4	5
3	Obecności pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzeba	1	2	3	4	5

4	Wiedzy pielęgniarek na temat Twojej choroby i opieki nad Tobą	1	2	3	4	5
5	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie / dzwonki?	1	2	3	4	5
6	Sposobu, w jaki pielęgniarki dbały o to byś czuł się jak w domu	1	2	3	4	5
7	Ilości informacji, jakie dostałeś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
8	Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku?	1	2	3	4	5
9	Gotowości pielęgniarek do pomocy	1	2	3	4	5
10	Sposobu, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	1	2	3	4	5
11	Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?	1	2	3	4	5
12	Zachowania się pielęgniarek w pracy	1	2	3	4	5
13	Rodzaju informacji, jakie pielęgniarki udzielały Tobie na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
14	Sposobu traktowania Cię przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
15	Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień?	1	2	3	4	5
16	Ilości swobody, jaką miałeś w oddziale	1	2	3	4	5
17	Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb?	1	2	3	4	5
18	Zapewniania Ci prywatności przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
19	Świadomości pielęgniarek odnośnie Twoich potrzeb	1	2	3	4	5

CZĘŚĆ 3: PYTANIA DOTYCZĄCE CIEBIE

Te pytania dotyczą Ciebie. Aby zrozumieć Twoje odpowiedzi na wcześniejsze pytania, potrzebujemy informacji o tym, kim jesteś. Jeżeli nie jesteś pewny, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, proszę, podaj odpowiedź najlepszą jaką potrafisz i swoje uwagi wpisz obok pytania.

1. Twoja płeć:

Zakreśl jedną odpowiedź

☐ Mężczyzna 1

☐ Kobieta 2

2. Twój wiek.

Wpisz swój wiek w latach (ukończone): _____

3. Twoje wykształcenie.

Zakreśl swoje wykształcenie:

☐ podstawowe, ☐ zasadnicze zawodowe, ☐ średnie, ☐ wyższe

Czy nadal się uczysz?

Zakreśl jedną odpowiedź:

☐ Tak 1

☐ Nie 2

Wpisz swój wiek, w którym zakończyłeś edukację w pełnym wymiarze czasu:

4. Wliczając ostatnią noc, ile nocy spędziłeś na tym oddziale, podczas tego pobytu?

Wpisz liczbę nocy. Liczba nocy: _____

5. Czy miałeś wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad Tobą w oddziale?

Zakreśl jedną odpowiedź

☐ Tak 1

☐ Nie 2

☐ Nie jestem pewien 3

6. Jak ocenilbyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

7. Całościowo, jak ocenilbyś swój obecny pobyt w tym oddziale?

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

8. Czy są jakieś sposoby, dzięki którym opieka pielęgniarska mogła być lepsza podczas Twojego obecnego pobytu w szpitalu?

.....
.....
.....
.....

9. Inne uwagi / komentarze.

.....

.....

.....

.....

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i> [serial online]. 2007 16(4):646-653. Dostęp z Internetu https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x Dostęp: 16.10.2022r. 2. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. <i>J Adv Nurs</i>. 2005 52(6):672-81. Dostęp z Internetu: http://doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03634.x. Dostęp: 17.10.2022. 3. Piredda M, Vellone E, Piras G, Fida R, Latour JM, Matarese M, Alvaro R, De Marinis MG. Psychometric evaluation of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales.. <i>J Nurs Care Qual</i>. [serial online] 2015 Jan-Mar;30(1):84-92. Dostęp z Internetu: http://10.1097/NCQ.0000000000000078. Dostęp: 17.10.2022. 4. Shemiha A, Semra E.: The Turkish version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale used on medical and surgical patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. [serial online] 2007; 16: 646-653 Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x Dostęp: 23.10.2022 5. Ozga D, Gutysz-Wojnicka A, Wojtaszek M, Lewandowski B. Assessment of satisfaction with nursing in a group of patients with disorders of the nervous system based on the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). <i>Medical Review</i> [serial online]. 2014, 3:224-231. Dostęp z Internetu: https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.desklight-73df1062-7909-414c-b701-4791d962336c Dostęp: 16.10.2022. 6. Gutysz - Wojnicka A, Dyk D., Cudak E., Ozga D: Measuring patient Satisfaction with the polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. <i>Scand J Caring Sci</i>; [serial online] 2012 [serial online] 2013, 27(2): 311-318. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x Dostęp: 16.10.2022. 7. Walsh M., Walsh A.: Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfac- Ozga, Gutysz-Wojnicka, Wojtaszek, Lewandowski Assessment of satisfaction with nursing in a group of patients... 231 With Nursing Scale. <i>Journal of Advanced Nursing</i>. [serial online] 1999;29:307-317. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x Dostęp: 16.10.2022. 8. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. <i>Scand J Caring Sci</i>. [serial online] 2002 ;16(4):337-44. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x Dostęp: 17.10.2022. 9. Ojewale, L. Caregivers' perception of the quality of nursing care in child health care services of the University College Hospital, Nigeria. <i>Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families</i>, [serial online] 2022, 66: 120 – 124. Dostęp z Internetu: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596322001373 Dostęp: 17.10.2022.

	10. Akbas, M. Patient satisfaction on nursing care: the case of gynecology and obstetrics clinics. <i>Acta Bioethica</i> , [serial online] 2019, 25(1): 127–136. Dostęp z Internetu: https://revistadematemáticas.uchile.cl/index.php/AB/article/view/53578 Dostęp: 17.10.2022.
--	--

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.A.5. Kwestionariusz postaw bezpieczeństwa – polska adaptacja wersji SAQ-SF-PL	
Nazwa skali w języku angielskim	Safety Attitudes Questionnaire–Short Form	
Skrót	SAQ-SF-PL	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J,
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2006; 6:44. pmid:16584553
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Iwona Malinowska-Lipień, Piotr Brzyski, Teresa Gabryś, Agnieszka Gniadek, Maria Kózka, Paweł Kawalec, Tomasz Brzostek,
	Rok publikacji	2021
	Źródło	Malinowska-Lipień I, Brzyski P, Gabryś T, Gniadek A, Kózka M, Kawalec P, Brzostek T, Squires A. Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form (SAQ-SF) in Poland. 2021, PLOS ONE [serial online] 2021, 16(2): e0246340. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246340
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kultura bezpieczeństwa
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Dwuczęściowy kwestionariusz zawiera 41 pozycji. Jedną część zawiera pytania demograficzne o płeć uczestnika, stanowisko pracy, doświadczenie zawodowe, grupę wiekową pacjenta obsługiwaną w pracy, tj. dzieci, dorosłych lub obie grupy [13]. Ocena główna obejmuje 36 pytań i jest podzielona na 6 skal związanych z bezpieczeństwem Część pierwsza zawiera również dodatkowe pięć pytań, nieuwzględnionych w żadnej z wymienionych podskal, tj. pytanie 14 dotyczące oceny osoby zarządzającej zapewnieniem bezpieczeństwa oraz pytania od 33 do 36 dotyczące oceny konfliktów i współpracy między członkami zespołu interdyscyplinarnego (np. pielęgniarki, lekarze i farmaceuci).
	Orientacyjny czas badania	1 godzina

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala wykazuje dobrą wiarygodność jako miara kultury bezpieczeństwa pacjenta w kontekście polskim. Jest instrumentem, który umożliwia rzetelną i wiarygodną ocenę klimatu bezpieczeństwa pacjentów w polskich placówkach opieki zdrowotnej oraz identyfikuje możliwości poprawy. Daje również możliwość porównań międzynarodowych. Pozwala również na ocenę postaw personelu medycznego wobec bezpieczeństwa pacjentów, w tym świadomości ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych [1]. Kultura organizacyjna, w tym kultura związana z bezpieczeństwem, wiąże się z ważnymi aspektami jakości opieki. Skala pozwala na badanie związków między postawami dotyczącymi bezpieczeństwa, wiedzą na temat zdrowia fizycznego i kulturą organizacyjną wśród pielęgniarek [2, 3] oraz pozwala na ocenę programów doskonalenia kultury bezpieczeństwa skierowanych do personelu medycznego i ich związków ze zmianą kultury bezpieczeństwa i poprawą zachowań i wiedzy związanych z bezpieczeństwem [4,5]. Znalazła również zastosowanie do oceny klimatu bezpieczeństwa pacjentów przez pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19 [6,7]. Narzędzie zostało zwalidowane i zalecana do wdrożenia w celu badania kultury bezpieczeństwa w wielu krajach [8,9], w odniesieniu do różnych grup pacjentów (wiek, profil) [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	personel medyczny
	Miejsce badanych	Szpital, POZ
	Stan badanych	bez ograniczeń
	Sytuacje	audyty kultury bezpieczeństwa, ocena wdrożonych programów poprawy jakości
	Inne	brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: właściciele podmiotów leczniczych, płatnik	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora polskiej wersji nie jest wymagana
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kwestionariusz SAQ-SF PL KLUCZ	
	SAQ	SPOSÓB OBLICZENIA
	Klimat pracy zespołowej (pyt 1-6)	Teamwork Climate (TC) Items 1 – 6 1). Należy przekonwertować punkty w pyt 2 tj. (5 = zdecydowanie się nie zgadzam, 4 = nieznacznie się nie zgadzam, 3 = neutralnie, 2 = nieznacznie się zgadzam, 1 = zdecydowanie się zgadzam) 2). Obliczyć średnią sumy punktów pozycji ze skali 3). Odjąć 1 od średniej 4). Pomnożyć wynik przez 25. Teamwork Climate (TC) = $(((1+2+3+4+5+6)/6)-1)*25$

Poczucie bezpieczeństwa (pyt 7-13)	Safety Climate (SC) Items 7 – 13	1). Należy przekonwertować punkty w pyt 11 tj. (5 = zdecydowanie się nie zgadzam, 4 = nieznacznie się nie zgadzam, 3 = neutralnie, 2 = nieznacznie się zgadzam, 1 = zdecydowanie się zgadzam) 2). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 3). Odjąć 1 od średniej 4). Pomnożyć wynik przez 25. Safety Climate (SC) = $((7+8+9+10+11+12+13)/7-1)*25$
Zadowolenie z pracy (pyt 15-19)	Job Satisfaction (JS) Items 15 – 19	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Job Satisfaction (JS) = $((15+16+17+18+19)/5-1)*25$
Rozpoznanie stresu (pyt 20-23)	Stress Recognition (SR) Items 20 – 23	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Stress Recognition (SR) = $((20+21+22+23/4)-1)*25$
Odbiór zarządu (dyr./ordynator) (pyt 24-28)	Perceptions of Management (PM) Items 24 – 28 (each of these items is measured at two levels – unit and hospital)	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Perceptions of Management (PM) = $((24+25+26+27+28/5)-1)*25$
Warunki pracy (pyt 29-32)	Working Conditions (WC) Items 29 – 32	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Working Conditions (WC) = $((29+30+31+32/4)-1)*25$

Należy zauważyć, że:

- Pozycje 14 i 33-36 nie zawierają się w powyższych skalach.
- Pozycje 2, 11, i 36 są oceniane w skali odwrotnej.

Wynik skali zawiera się w przedziale od 0 do 100 pkt.

Aby obliczyć wynik skali w punktach (np. Klimat pracy w zespołowej) respondenta należy:

- 1) Odwróć punktację wszystkich negatywnie sformułowanych pozycji - lista odwrotnie punktowanych pozycji znajduje się powyżej.
- 2) Obliczyć średnią sumy punktów poszczególnych pytań ze skali.
- 3) Odjąć 1 od średniej.
- 4) Pomnożyć wynik przez 25.

Równanie wygląda następująco:

Wynik Skali Klimatu Pracy Zespołowej dla respondenta =

$((\text{Średnia z pozycji dotyczących pracy zespołowej})-1) * 25)$

Aby obliczyć odsetek respondentów, którzy wykazują pozytywne postawy warunkujące bezpieczeństwo, należy dokonać analizy wyników respondentów, którzy uzyskali wynik w skali 75 lub wyższy.

	Skala Likerta (1=Silnie się nie zgadzam, 2=Nieznacznie się zgadzam, 3=Neutralnie, 4=Nieznacznie się zgadzam, 5=Silnie się zgadzam). Przeliczenie na skalę 100 punktową: 1=0 2=25 3=50 4=75 5=100 Jeśli występują braki danych w podskali, to obliczamy wg wzoru, tyle że średnią obliczamy dzieląc przez liczbę udzielonych odpowiedzi (nie wliczając brakujących odpowiedzi). Jeśli w podskali jest znacznie brakuje danych, wtedy tylko ta podskala nie jest analizowana, a pozostałe 5 tak (wg. autorów kwestionariusza jest to do decyzji badaczy). Jeśli odsetek wszystkich braków danych, w całym kwestionariuszu jest w granicach 15-20% wtedy rozważenie usunięcia całej ankiety.
Formularz skali	

Postawy wobec bezpieczeństwa: Perspektywy personelu pracującego w danym obszarze opieki nad pacjentem (SAQ-SF PL)

Pracuję w (proszę określić obszar kliniczny lub obszar opieki nad pacjentem, w którym spędza Pan/Pani najwięcej czasu):

Jest to oddział: Prosimy o wypełnienie ankiety w oparciu o własne doświadczenia w tym oddziale szpitalnym.

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania odnosząc się do oddziału szpitalnego, w którym Pan/Pani pracuje.

Proszę wybrać odpowiedź używając poniższej skali:

A	B	C	D	E	X
Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam	Odpowiedź neutralna	Raczej się zgadzam	Zdecydowanie się zgadzam	Nie dotyczy

1. Praca pielęgniarek w moim oddziale jest postrzegana pozytywnie.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

2. W tym oddziale trudno jest mówić otwarcie, jeśli dostrzegam problem dotyczący opieki nad pacjentem.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

3. Spory pojawiające się w oddziale są właściwie rozstrzygane (tj. z perspektywy tego, co jest najlepsze dla pacjenta, a nie tego, kto ma rację).

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

4. W opiece nad pacjentami otrzymuję od pozostałych członków zespołu wsparcie, którego potrzebuję.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

5. Członkowie zespołu nie mają problemów z zadawaniem pytań, jeśli czegoś nie rozumieją.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

6. Lekarze i pielęgniarki tworzą dobrze skoordynowany zespół.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

7. Czulbym/Czulabym się bezpiecznie, będąc leczony/a tu jako pacjent/pacjentka.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

8. W tym oddziale sprawy dotyczące zdarzeń niepożądanych są właściwie prowadzone.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

9. Wiem jak i do kogo kierować pytania dotyczące bezpieczeństwa pacjenta na tym oddziale.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

10. Otrzymuję odpowiednie informacje zwrotne dotyczące mojej pracy.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

11. Na tym oddziale trudno jest dyskutować o błędach.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

12. Moi koledzy zachęcają mnie do zgłaszania wszelkich wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa pacjenta, jakie mi się nasuwają.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

13. Kultura pracy na tym oddziale ułatwia uczenie się na błędach innych.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

14. Gdybym zgłosił/zgłosiła swoje sugestie dotyczące bezpieczeństwa kierownictwu, zostałyby one uwzględnione.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

15. Lubię moją pracę.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

16. Praca tutaj, to jak bycie częścią dużej rodziny.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

17. To dobre miejsce do pracy.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

18. Jestem dumny/dumna z pracy na tym oddziale.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

19. Morale na tym oddziale są wysokie.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

20. Kiedy jestem przeciążony/przeciążona pracą, jakość pracy jest niższa.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

21. Jestem mniej efektywny/efektywna w pracy, kiedy jestem zmęczony/zmęczona.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

22. W sytuacji napięcia lub wrogości ryzyko, że popełnię błąd jest większe.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

23. Zmęczenie ma negatywny wpływ na moją pracę w nagłych przypadkach (np. reanimacja, atak padaczki).

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

24. Kierownictwo wspiera mnie w codziennych wysiłkach*:

Kier. Oddziału:

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

Dyr. Szpitala

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

25. Kierownictwo nie naraża świadomie bezpieczeństwa pacjentów*:

Kier. Oddziału:

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

Dyr. Szpitala

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

26. Zarządzający wykonuje dobrze pracę*:

Kier. Oddziału:

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

Dyr. Szpitala

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

27. Problemy personelu są rozwiązywane konstruktywnie przez*:

Kier. Oddziału:

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

Dyr. Szpitala

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

28. Otrzymuję terminowo odpowiednie informacje, które mogą mieć wpływ na moją pracę od*:

Kier. Oddziału:

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

Dyr. Szpitala

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

29. Poziom zatrudnienia personelu w oddziale jest odpowiedni w stosunku do liczby pacjentów.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

30. Szpital prawidłowo szkoli nowy personel.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

31. Mam standardowo dostęp do wszystkich informacji niezbędnych do podejmowania decyzji diagnostycznych lub terapeutycznych.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

32. Osoby szkolące się w moim zawodzie są odpowiednio nadzorowane.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

33. Moje doświadczenia współpracy z pielęgniarkami na tym oddziale są dobre.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

34. Moje doświadczenia współpracy z lekarzami na tym oddziale są dobre.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

35. Moje doświadczenia współpracy z farmaceutami na tym oddziale są dobre.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

36. Często występują zaburzenia komunikacji, prowadzące do opóźnień w zapewnieniu opieki.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ X

INFORMACJE DODATKOWE

Dzisiejsza data (miesiąc/rok): _____

Czy wypełniał/a Pan/Pani tę ankietę wcześniej?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Zajmowane stanowisko: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

- ☐ Lekarz ordynator/Lekarz etatowy
- ☐ Lekarz specjalista na stażu naukowym
- ☐ Lekarz rezydent
- ☐ Lekarz/pielęgniarka z tytułem magistra
- ☐ Pielęgniarka oddziałowa/ zarządzająca
- ☐ Dyplomowana pielęgniarka
- ☐ Farmaceuta
- ☐ Terapeuta (fizjoterapeuta, ter. zajęciowy)
- ☐ Kliniczny pracownik socjalny
- ☐ Dietetyk
- ☐ Prac.wsparcia med.** (np. opiekun med., ratow. med., itd.)

- ☐ Technolog/technik (zabiegowy, laboratoryjny, radiologiczny, itd.)
- ☐ Pracownik wsparcia admin. (urzędnik/prac. sekretariatu, itd.)
- ☐ Wsparcie środowiskowe (sanitariuszka, prac. firmy sprz., itd.)
- ☐ Pozostałe funkcje kierownicze (np. kierownik kliniki)
- ☐ Inne:

Proszę zaznaczyć płeć:

- ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta

Przeważająca grupa pacjentów:

- ☐ Dorośli ☐ Dzieci ☐ Obie grupy

Doświadczenie zawodowe:

- ☐ Poniżej 6 m-cy 6
- ☐ do 11 m-cy
- ☐ 1 do 2 lat
- ☐ 3 do 4 lat
- ☐ 5 do 10 lat
- ☐ 11 do 20 lat
- ☐ 21 lat i więcej

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety
– jesteśmy wdzięczni za udział
w badaniu i poświęcony nam czas.**

* W pytaniach od 24 do 28 proszę o wyrażanie
opinii zarówno w odniesieniu do kierownika
oddziału jak i dyrektora szpitala.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Malinowska-Lipień I, Brzyski P, Gabrys T, Gniadek A, Kózka M, Kawalec P, Brzostek T, Squires A. Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form (SAQ-SF) in Poland. 2021, PLOS ONE [serial online] 2021, 16(2): e0246340. Dostęp z Internetu: https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246340 Dostęp: 17.10.2022 2. Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabrys T, Kózka M, Gajda K, et al. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. PLOS ONE [serial online], 2021:16(12): e0260926. Dostęp z Internetu: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260926 Dostęp: 17.10.2022. 3. Dickens, G.L., Salamonson, Y., Ramjan, L., Steel, K. and Everett, B. Safety attitudes, perceived organizational culture and knowledge of the physiologically deteriorating patient among mental health nurses: Cross-sectional, correlational study. <i>Int J Mental Health Nurs</i>, [serial online], 2019, 28: 1347-1362. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12649 Dostęp: 17.10.2022. 4. Dickens, GL, Salamonson, Y, Johnson, A, et al. Longitudinal evaluation of a programme for safety culture change in a mental health service. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2021, 29: 689– 697. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13205 Dostęp: 17.10.2022. 5. Paguio, JT, Yu, DSF. A mixed methods study to evaluate the effects of a teamwork enhancement and quality improvement initiative on nurses’ work environment. <i>J Adv Nurs.</i> [serial online] 2020, 76: 664– 675. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14270 Dostęp: 17.10.2022. 6. Kosydar-Bochenek, J.; Krupa, S.; Religa, D.; Friganović, A.; Oomen, B.; Brioni, E.; Iordanou, S.; Suchoparski, M.; Knap, M.; Mędrzycka-Dąbrowska, W. The Perception of the Patient Safety Climate by Health Professionals during the COVID-19 Pandemic—International Research. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2022, 19, 9712. Dostęp z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9712 Dostęp: 17.10.2022. 7. Malinowska-Lipień, I., Wadas, T., Gabrys, T., Kózka, M., Gniadek, A., Brzostek, T. et al. (2022) Evaluating Polish nurses’ working conditions and patient safety during the COVID-19 pandemic. <i>International Nursing Review</i> [serial online], 2022, 69, 239– 248. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12724 Dostęp: 17.10.2022. 8. Garratt AM, Hutchinson A, Ian Russell J. The UK version of the Seattle Angina Questionnaire (SAQ-UK): Reliability, validity and responsiveness, <i>Journal of Clinical Epidemiology.</i> [serial online] 2001, 54 (9): 907-915. Dostęp z Internetu: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435601003523 Dostęp: 17.10.2022. 9. Vicente BM. Cross-cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire Short Form in Spanish and Italian Operating Rooms: Psychometric Properties. <i>Journal of Patient Safety:</i> [serial online] 2022, 18(3): e687-e696 Dostęp z Internetu: http://doi:10.1097/PTS.0000000000000902 Dostęp: 17.10.2022. 10. Zenere, A., Zanolin, M. E., Negri, R., Moretti, F., Grassi, M., and Tardivo, S. Assessing safety culture in NICU: psychometric properties of the Italian version of Safety Attitude Questionnaire and result implications. <i>J Eval Clin Pract</i>, [serial online] 2016, 22: 275– 282. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12472 Dostęp: 17.10.2022.

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.A.6. Kwestionariusz do oceny pominiętej opieki	
Nazwa skali w języku angielskim	Basel Extend of Rationing Nursing Care	
Skrót	BERNCA	
Wersja skali	Właściwa	
	Skrócona	
	Nazwisko i imię	Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S..
	Rok publikacji	2006
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Źródło	Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. Nurs Res. 2007;56: 416–424. pmid:18004188
	Nazwisko i imię	Uchmanowicz I., Kirwan M., Riklikiene O. Wolfshaut-Wolak R., Gotlib J., Schubert M.
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Uchmanowicz I, Kirwan M, Riklikiene O, Wolfshaut-Wolak R, Gotlib J, Schubert M (2019) Validation of Polish version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care revised questionnaire. PLoS ONE 14(3): e0212918. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212918
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	minimalizowana i niedostarczana opieka
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Wersja szpitalna BERNCA była po raz pierwszy dostępna w języku niemieckim, francuskim i włoskim ze szwajcarskiego badania RN4CAST. Wydajność opieki mierzona jest za pomocą 32-punktowego kwestionariusza, który wyszczególnia niezbędne zadania pielęgniarские, w tym codzienne czynności, wsparcie emocjonalne lub psychospołeczne, edukację i opiekę rehabilitacyjną, warunki bezpieczeństwa i dokumentację.
	Orientacyjny czas badania	1 godzina
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Zastosowanie narzędzia pozwala ocenić skalę zjawiska racjonowania opieki [1], identyfikować związki między środowiskiem pracy a racjonowaniem opieki oraz wskazywać na obszary wymagające poprawy, które mogą zminimalizować racjonowanie opieki [2,3]. Za pomocą narzędzia badano czy poziom optymizmu oraz zadowolenie z pracy i życia pielęgniarzek jest czynnikiem wpływającym na racjonowanie opieki [4,5]. Badano racjonowanie opieki w odniesieniu do różnych grup pielęgniarzek, między innymi pielęgniarzek onkologicznych [6]. Narzędzie pozwala na identyfikację związku frakcjonowania opieki z depresją i wypaleniem zawodowym [7,8]. Badania wskazują na jego skuteczność w regularnym monitorowaniu wykonywanej i nieodebranej opieki pielęgniarzkiej co ma kluczowe znaczenie dla

		kadry zarządzającej w podejmowaniu decyzji opartych na dowodach [9]. Poprzez określenie związku pomiędzy klimatem bezpieczeństwa a niedokończoną opieką pielęgniariską, skala pozwala na również możliwość porównań międzynarodowych [10].			
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli			
	Miejsce badanych	szpital			
	Stan badanych	wszystkie formy zatrudnienia			
	Sytuacje	ocena minimalizowanej i pomijanej opieki			
	Inne	wpływ na wyniki leczenia pacjentów			
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci				
	Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania				
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		zgoda autora polskiej wersji			
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Ocena dokonywana jest za pomocą 5-punktowej skali typu Likerta [0 = nie wymagane, 1 = nigdy, 2 = rzadko, 3 = czasami, 4 = często]. Respondenci oceniają jak często w ciągu ostatnich siedmiu dni roboczych nie byli w stanie wykonać 32 zadań z powodu niewystarczającego czasu, poziomu personelu i/lub kombinacji umiejętności. Aby obliczyć średni poziom domniemanego racjonowania opieki pielęgniariskiej, wyniki dla każdej pielęgniarki są uśrednione dla wszystkich 32 pozycji; wynik sumaryczny waha się od 0 do 60, a średnio od 0 do 3,0.				
Formularz skali/ BERNCA Kwestionariusz dotyczący racjonowania opieki pielęgniariskiej PYTANIA DOTYCZĄCE ZADAŃ PIELEŃGNIAREK I OKREŚLANIA PRIORYTETÓW					
Jak często w ciągu ostatnich 7 dni pracy...	nie było takiej potrzeby	nigdy	rzadko	czasami	często
1) nie mogłaś/eś przeprowadzić u pacjentów koniecznej kąpieli całego ciała w łóżku ?					
2) nie mogłaś/eś przeprowadzić u pacjentów koniecznej toalety w łóżku?					
3) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z pielęgnacją skóry?					
4) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z higieną jamy ustnej?					
5) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z higieną zębów?					
6) nie mogłaś/eś należyć pomoc pacjentom niejedzącym samodzielnie przy spożywaniu pokarmów?					
7) nie mogłaś/eś pomóc pacjentowi o ograniczonym/utrudnionym poruszaniu lub unieruchomionemu w przemieszczaniu się ?					
8) nie mogłaś/eś zmienić pozycji pacjentowi o ograniczonym/utrudnionym poruszaniu lub unieruchomionemu ?					

9) nie mogłaś/eś w odpowiednim czasie zmienić pacjentom pościeli zabrudzonej moczem, kałem lub wymiocinami?					
10) nie mogłaś/eś zaproponować pacjentowi wsparcia emocjonalnego lub psychospołecznego, mimo że w twojej ocenie było ono konieczne: np. w poczuciu zagrożenia, strachu, utraty niezależności związanej z chorobą?					
11) nie mogłaś/eś odbyć wymaganej rozmowy z pacjentem lub jego rodziną?					
12) nie mogłaś/eś przekazać pacjentom wystarczających informacji na temat zbliżających się badań lub leczenia?					
13) nie mogłaś/eś nauczyć pacjentów korzystania z toalety lub utrzymania moczu, co było związane z koniecznością użycia pieluchy?					
14) nie mogłaś/eś nauczyć pacjentów korzystania z toalety lub utrzymania moczu, co było związane z koniecznością założenia cewnika ?					
15) nie mogłaś/eś przeprowadzić czynności aktywujących lub zabiegów rehabilitacyjnych?					

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Tomaszewska, K.; Majchrowicz, B.; Ratusznik, D. Rationing of Nursing Care on Example of Selected Health Care Facility. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2021, 18, 12824. Dostęp z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12824 Dostęp: 17.10.2022. 2. Papastavrou E, Andreou P, Tsangari H, Schubert M, De Geest S. Rationing of Nursing Care Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. <i>Clinical Nursing Research</i> [serial online] 2014; 23(3):314-335. Dostęp z Internetu: http://doi:10.1177/1054773812469543 Dostęp: 17.10.2022. 3. Kołtuniuk A, Witczak I, Młynarska A, Czajor K, Uchmanowicz I. Satisfaction With Life, Satisfaction With Job, and the Level of Care Rationing Among Polish Nurses-A Cross-Sectional Study. <i>Front Psychol.</i> [serial online] 2021;28;(12):734789. Dostęp z Internetu: http://doi: 10.3389/fpsyg.2021.734789. Dostęp: 17.10.2022. 4. Jaworski, M, Iwanow, L, Grochans, E, et al. Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2020; 28: 1948– 1959. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12974 Dostęp: 17.10.2022. 5. Uchmanowicz, I, Witczak, I, Rypicz, Ł, et al. A new approach to the prevention of nursing care rationing: Cross-sectional study on positive orientation. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2021, 29: 317– 325. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13156 Dostęp: 17.10.2022. 6. Piotrowska, A.; Lisowska, A.; Twardak, I.; Włostowska, K.; Uchmanowicz, I.; Mess, E. Determinants Affecting the Rationing of Nursing Care and Professional Burnout among Oncology Nurses. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2022, 19:Dostęp z Internetu: 7180. https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7180 Dostęp: 17.10.2022.

7.	Larysz, A.; Prokopowicz, A.; Zakliczyński, M.; Uchmanowicz, I. Occurrence of Professional Burnout and Severity of Depressive Symptoms among Cardiac Nurses: A Cross-Sectional Study. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2021 , <i>18</i> , 12038. Dostęp z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/12038 Dostęp: 17.10.2022.
8.	Uchmanowicz I, Kubiela G, Serzysko B, Kołcz A, Gurowiec P, Kolarczyk E. Rationing of Nursing Care and Professional Burnout Among Nurses Working in Cardiovascular Settings. <i>Front Psychol.</i> [serial online] 2021, 6;12:726318. Dostęp z Internetu: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8527187/ Dostęp: 17.10.2022.
9.	Hübsch, C, Müller, M, Spirig, R, Kleinknecht-Dolf, M. Performed and missed nursing care in Swiss acute care hospitals: Conceptual considerations and psychometric evaluation of the German MISSCARE questionnaire. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2020, 28: 2048– 2060. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13026 Dostęp: 17.10.2022.
10.	Gurková, E, Zeleníková, R, Friganovic, A, et al. Hospital safety climate from nurses' perspective in four European countries. <i>International Nursing Review</i> [serial online] 2020, 67: 208– 217. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12561 Dostęp: 17.10.2022.

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.A.7. Kwestionariusz do pomiaru mobbingu w miejscu pracy	
Nazwa skali w języku angielskim	Negative Act Questionnaire	
Skrót	NAQ-R	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Staale Einarsen, Helge Hoel & Guy Notelaers
	Rok publikacji	2009
	Źródło	Staale Einarsen, Helge Hoel & Guy Notelaers (2009) Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised, <i>Work & Stress</i> , 23:1, 24-44, DOI: 10.1080/02678370902815673
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Magdaleny Warszawskiej-Makuch
	Rok publikacji	2007
	Źródło	https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-article-BPC1-0008-0019?q=bwmeta1.element.baztech-volume-0137-7043-bezpieczenstwo_pracy_nauka_i_praktyka-2007-nr_12;3&qt=CHILDREN-STATELESS
Krótki charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Identyfikowanie i ocena stopnia narażenia pracowników na mobbing w określonych środowiskach pracy, a także porównywanie wskaźników uzyskanych w różnych krajach, grupach zawodowych czy organizacjach. Narzędzie można wykorzystać do rozróżnienia grup pracowników o różnych poziomach narażenia na zastraszanie, od rzadkiego narażenia na nieuprzejmość w pracy do mobbingu wynikającego z zastraszania i nękania.

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	NAQ-R składa się z trzech podskal związanych ze: znęcaniem się nad osobą (12 pozycji), znęcaniem się w miejscu pracy (7 pozycji) i zastraszaniem związanym z zastraszaniem (3 pozycje). Dodatkowo ostatnie pytanie (pytanie #23) zawiera własną definicję znęcania się. Skala ocenia trzy podstawowe czynniki: nękanie osobiste, nękanie związane z pracą i fizycznym zastraszaniem. Skala może być również stosowana jako miara jednoczynnikowa. NAQ-R bada korelacje ze zdrowiem psychicznym, psychospołecznych aspektach środowiska pracy i przywództwem.
	Orientacyjny czas badania	1 godzina
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Narzędzie to może być wykorzystywane jako narzędzie przesiewowe w ocenie nękania w miejscu pracy [1]. Pozwala na identyfikowanie najczęstszych negatywnych oddziaływań w miejscu pracy, a także indywidualnych i związanych z pracą czynników ryzyka wystąpienia mobbingu [2]. Skala może pomóc w opracowywaniu strategii profilaktycznych i interwencyjnych w przypadku diagnozy mobbingu w miejscu pracy. Ponieważ NAQ-R jest najszerzej wypróbowaną i przetestowaną miarą nękania w miejscu pracy na świecie, wyniki badania mogą ułatwić porównania międzykulturowe [3]. Badano również tym narzędziem związek między przywództwem a wsparciem społecznym i narażeniem na mobbing w miejscu pracy [4]. Kwestionariusz był też wykorzystany do oceny nękania pracowników medycznych [5] w tym, pielęgniarek [6,7,8] i lekarzy [9]. Identyfikowano związek między wypaleniem zawodowym a zjawiskiem nękania w miejscu pracy [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli (18+)
	Miejsce badanych	podmioty lecznicze
	Stan badanych	komunikacja w języku polskim
	Sytuacje	ocena środowiska pracy
	Inne	brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: psycholodzy, pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci, Osoby nieprofesjonalne: kadra zarządzająca	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		zgoda autora wersji polskiej
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala NAQ-R kategoryzuje respondentów jako „nigdy nie był nękanym” (wyniki poniżej 40), „sporadycznie nękanym” (wyniki między 40 a 56) i „ciężko nękanym” (wyniki powyżej 56).	

Formularz skali

KWESTIONARIUSZ DZIAŁAŃ NEGATYWNYCH

Poniższe działania często są uważane za przykład negatywnych zachowań w miejscu pracy. Jak często, w ciągu ostatnich 6 miesięcy, był(a) Pan(i) obiektem takich negatywnych działań w pracy?

Proszę zakreślić kółkiem liczbę oznaczającą jak często w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy zdarzało się:

1	2	3	4	5
Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie

1) Ukrywanie przez innych informacji, które mają wpływ na wyniki Twojej pracy

1 2 3 4 5

2) Poniżanie i wyśmiewanie Cię w związku z Twoją pracą

1 2 3 4 5

3) Zlecanie pracy poniżej Twoich kompetencji

1 2 3 4 5

4) Odbieranie Ci odpowiedzialności za wykonywanie ważnych zadań lub zastępowanie ich zadaniami nadmiernie prostymi lub nieprzyjemnymi

1 2 3 4 5

5) Szerzenie plotek i pogłosek na Twój temat

1 2 3 4 5

6) Ignorowanie, wykluczanie lub bojkotowanie Twojej osoby

1 2 3 4 5

7) Wygłaszanie obraźliwych lub obelżywych uwag dotyczących Twojej osoby tj. nawyków, pochodzenia, wyglądu, Twoich poglądów lub życia prywatnego

1 2 3 4 5

8) Krzyczenie na Ciebie lub okazywanie Ci złości, wściekłości

1 2 3 4 5

9) Zastraszanie przyjmujące formę: pokazywania palcem, naruszania przestrzeni prywatnej, popychania, blokowania/zagradzania drogi

1 2 3 4 5

10) Aluzje lub sygnały od innych, że powinienes/powinnaś odejść z pracy

1 2 3 4 5

11) Powtarzające się wypominanie popełnionych przez Ciebie błędów

1 2 3 4 5

12) Ignorowanie Twojej osoby lub przyjmowanie Cię z wrogością

1 2 3 4 5

13) Nieustanne krytykowanie Twojej pracy i wysiłków

1 2 3 4 5

14) Ignorowanie Twoich opinii i poglądów

1 2 3 4 5

15) Robienie Ci „kawałów” przez osoby, z którymi nie jesteś w dobrych stosunkach

1 2 3 4 5

16) Zlecanie Ci do wykonania zadań o niedorzecznych lub niemożliwych do realizacji celach lub terminach

1 2 3 4 5

17) Stawianie Ci nieuzasadnionych zarzutów

1 2 3 4 5

18) Nadmierne kontrolowanie Twojej pracy

1 2 3 4 5

19) Naciski, abyś nie domagał(a) się czegoś, do czego jesteś uprawniony(a) np. zwolnienia lekarskiego, urlopu wypoczynkowego, zwrotu kosztów podróży

1 2 3 4 5

20) Częste dokuczanie i sarkastyczne uwagi wobec Ciebie

1 2 3 4 5

21) Obciążanie Cię nadmierną ilością pracy, której nie jesteś w stanie wykonać

1 2 3 4 5

22) Grożenie Ci użyciem przemocy fizycznej bądź faktyczne fizyczne znęcanie się nad Tobą

1 2 3 4 5

23. Czy byłeś(aś)/ jesteś mobbingowany(a) w pracy? Mobbing definiujemy jako sytuację, w której jedna lub kilka osób bezustannie, przez pewien czas czuje się narażona na negatywne działania ze strony jednej lub kilku osób i ma trudności z obronieniem się przed tymi działaniami. Jednorazowy incydent nie jest uznawany za mobbing. Posługując się powyższą definicją, proszę określić, czy byłeś(aś) mobbingowany(a) w pracy w czasie ostatnich 6 miesięcy?

1. Nie

2. Tak, ale rzadko

3. Tak, co jakiś czas

4. Tak, kilka razy w tygodniu

5. Tak, prawie codziennie

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Erwandi, D.; Kadir, A.; Lestari, F. Identification of Workplace Bullying: Reliability and Validity of Indonesian Version of the Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R). <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2021, <i>18</i>: 3985. Dostęp z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/3985 Dostęp: 17.10.2022. 2. Serafin LI, Czarkowska-Pączek B Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: a nationwide cross-sectional Polish study survey <i>BMJ Open</i> [serial online] 2019;9:e033819. Dostęp z Internetu: https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e033819.abstract Dostęp: 17.10.2022. 3. Gupta, R., Bakhshi, A., & Einarsen, S. Investigating Workplace Bullying in India: Psychometric Properties, Validity, and Cutoff Scores of Negative Acts Questionnaire-Revised. <i>SAGE Open</i> [serial online], 2017, <i>7</i>(2). Dostęp z Internetu: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244017715674 Dostęp: 17.10.2022. 4. Magdalena Warszevska-Makuch, Sylwia Bedyńska & Dorota Żołnierczyk-Zreda. Authentic leadership, social support and their role in workplace bullying and its mental health consequences, <i>International Journal of Occupational Safety and Ergonomics</i>, 2015, 21:2, 128-140, Dostęp z Internetu: http://doi: 10.1080/10803548.2015.1028230 Dostęp: 17.10.2022. 5. Harris, Whitney C. Usseglio, John, Chapman-Rodriguez, Rose Licursi, Maureen, Larson, Elaine. A Scoping Review of Validated Tools to Measure Incivility in Healthcare Settings. <i>JONA: The Journal of Nursing Administration</i>: [serial online] 2019, 49(9): 447-453 Dostęp z Internetu: http://doi: 10.1097/NNA.0000000000000783 Dostęp: 17.10.2022. 6. Karatzas C, Zyga S, Tziaferi S, Prezerakos P. Workplace Bullying Among the Nursing Staff of Greek Public Hospitals. <i>Workplace Health & Safety</i>. [serial online] 2017, <i>65</i>(2):57-64. Dostęp z Internetu: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2165079916657106 Dostęp: 17.10.2022. 7. Serafin, L, Sak-Dankosky, N, Czarkowska-Pączek, B. Bullying in nursing evaluated by the Negative Acts Questionnaire-Revised: A systematic review and meta-analysis. <i>J Adv Nurs</i>. [serial online] 2020, <i>76</i>: 1320– 1333. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14331 Dostęp: 17.10.2022.

	8. Hsieh Y, Wang H, Ma S. The mediating role of self-efficacy in the relationship between workplace bullying, mental health and an intention to leave among nurses in Taiwan. <i>International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health</i> [serial online]. 2019,32(2):245-254. Dostęp z Internetu: http://doi:10.13075/ijomeh.1896.01322. Do: 17.10.2022.stęp 9. Dubas-Jakóbczyk, K.; Domagała, A.; Kiedik, D.; Peña-Sánchez, J.N. Exploring Satisfaction and Migration Intentions of Physicians in Three University Hospitals in Poland. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2020, 17, 43. Dostęp z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/1/43 Dostęp: 17.10.2022. 10. Jaworek M, Marek T, Karwowski W, Andrzejczak Ch, Genaidy AM, Burnout syndrome as a mediator for the effect of work-related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses, <i>International Journal of Industrial Ergonomics</i>, [serial online] 2010, 40(3): 368-375. Dostęp z Internetu: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169814110000077 Dostęp: 17.10.2022.
--	---

IV.2.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.1. Skala Stresorów Zawodowych Pielęgniarek
Nazwa skali w języku angielskim	Nurses Occupational Stressor Scale (NOSS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Chen, Yi-Chuan, Yue-Liang Leon Guo, Li-Chan Lin, Yu-Ju Lee, Pei-Yi Hu, Jiune-Jye Ho i Judith Shu-Chu Shiao.
Państwo	Taiwan
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Pytania do NOSS zostały wygenerowane przez konsensus ekspertów po informacjach zwrotnych od grup fokusowych i zostały wykorzystane do ankiety opracowanej w 2013 r. Następnie, po zbadaniu ważności i odtwarzalności opracowano krótszą wersję ankiety w 2014 roku. Dokładność krótkiej wersji NOSS do przewidywania poziomu stresu pielęgniarek została oceniona na podstawie krzywych charakterystyki pracy w celu porównania istniejących instrumentów do pomiaru wyników stresu, a mianowicie wypalenia osobistego, wypalenia związanego z klientem, niezadowolonia z pracy i zamiaru odejścia z pracy. Krótsza wersja NOSS zawiera 21 pozycjami uznanych za wystarczające do pomiaru stresorów w środowisku pracy pielęgniarek. Uwzględniono dziewięć podskal: (1) wymagania dotyczące pracy, (2) konflikt między pracą a rodziną, (3) niewystarczające wsparcie ze strony współpracowników lub opiekunów, (4) przemoc w miejscu pracy i zastraszanie, (5) kwestie organizacyjne, (6) zagrożenia zawodowe, (7) trudności z wzięciem urlopu, (8) bezsilność i (9) niezaspokojone podstawowe potrzeby fizjologiczne. 21-elementowy NOSS okazał się mieć wysoką współbieżność i trafność konstrukcji. Współczynniki korelacji podskal dla wiarygodności testu-retestu wahają się od 0,71 do 0,83, zaś współczynniki wewnętrznej spójności (α Cronbacha) wahają się od 0,35 do 0,77. NOSS wykazuje dokładną prognozę wypalenia osobistego, wypalenia związanego z klientem, niezadowolonia z pracy i zamiaru odejścia.

Źródło bibliograficzne	Miranda, Dinis Reis MD, PhD, FCCM; Nap, Raoul MSc, Biostat; de Rijk, Angelique MA, PhD; Schaufeli, Wilmar MA, PhD; Iapichino, Gaetano MD the members of the TISS Working Group. Nursing activities score. Critical Care Medicine: February 2003 - Volume 31 - Issue 2 - p 374-382 doi: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC
Źródło on-line	https:// doi: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.2. Narzędzie do pomiaru niedostarczonej opieki
Nazwa skali w języku angielskim	MISSCARE Survey The Missed Nursing Care Survey
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kalisch B.J.- Williams R.A.
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	MISSCARE Narzędzie do pomiaru pominiętej opieki pielęgniarską (część A) i przyczyny braku opieki pielęgniarskiej (część B). MISSCARE OR - Część A – „Elementy opieki pielęgniarskiej okołoperacyjnej” (32 pytania) oraz część B „Przyczyny braku opieki pielęgniarskiej” (17 pytań).
Źródło bibliograficzne	Kalisch, Beatrice J. PhD, RN; Williams, Reg Arthur PhD, RN. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. JONA: The Journal of Nursing Administration: May 2009 - Volume 39 - Issue 5 - p 211-219 doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5 Kalisch, B., McLaughlin, M., Marsh, V., Nguyen, L., & Talsma, A. (2021). The Development and Testing of the MISSCARE Survey OR. <i>Journal of Nursing Measurement</i> .
Źródło on-line	http://doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5 https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.3. Kwestionariusz klinicznych potrzeb przywództwa
Nazwa skali w języku angielskim	CLeeNA
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Vera J C Mc Carthy Ashling Murphy Eileen Savage, Józefina Hegarty, Alicja Coffey, Patricia Leahy-Warren, Aine Horgan, Rhona O'Connell, Lynne Marsh, Jonathan Drennan.
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie służy do analizy potrzeb przywództwa klinicznego pielęgniarek i położnych (CLeeNA), które to ma fundamentalne znaczenie dla zapewnienia wysokiej jakości, bezpiecznej opieki nad pacjentem. Kwestionariusz składa się z 7-punktowej skali przymiotnikowej i obejmuje 56 pozycji. Czynniki te zidentyfikowano jako: personel i świadczenie opieki; inicjatywy technologiczne i opiekuńcze; rozwój własny i zespołowy; standardy opieki; zarządzanie finansami i usługami; przywództwo i praktyka kliniczna; bezpieczeństwo pacjentów i zarządzanie ryzykiem.
Źródło bibliograficzne	Mc Carthy, V. J., Murphy, A., Savage, E., Hegarty, J., Coffey, A., Leahy-Warren, P., ... & Drennan, J. (2019). Development and psychometric testing of the clinical leadership needs analysis (CLeeNA) instrument for nurses and midwives. <i>Journal of nursing management</i> , 27(2), 245-255.
Źródło on-line	http://doi.1010.1111/jonm.12672

Przykład 4	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.4. Narzędzie do monitorowania zdarzeń niepożądanych
Nazwa skali w języku angielskim	(IHI), Global Trigger Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Narzędzie opracowane w Baylor Health Care System (BHCS) – w zintegrowanym systemie opieki zdrowotnej w północnym Teksasie.
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie Global Trigger Tool zostało zastosowane w ośmiu szpitalach intensywnej terapii BHCS, dwóch szpitalach szpitalnych z chorobami sercowo-naczyniowymi i dwóch szpitalach rehabilitacyjnych / długoterminowej intensywnej opiece w Teksasie w USA. Narzędzie służy do obiektywnego określania i monitorowania zdarzeń niepożądanych (AE).
Źródło bibliograficzne	Classen, D. C., Lloyd, R. C., Provost, L., Griffin, F. A., & Resar, R. (2008). Development and evaluation of the institute for healthcare improvement global trigger tool. <i>Journal of Patient Safety</i> , 169-177. Adler L, Denham CR, McKeever M, Purinton R, Guilloteau F, Moorhead D, Resar R. Global Trigger Tool: Implementation basics. <i>Journal of Patient Safety</i> . 2008 Dec;4(4):245-249.
Źródło on-line	https://www.jstor.org/stable/26636589
Przykład 5	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.5. Skala kompetencji zawodowych pielęgniarek
Nazwa skali w języku angielskim	NPC Scale-SF, NPC Scale Short Form
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Nilsson J., Johansson E., Egmar AC., Florin J., Leksell J., Lepp M., Lindholm C., Nordstrom G., Theander K., Wilde-Larsson B., Carlsson M., Gardulf A. (2014).
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Wersja podstawowa Skali Kompetencji Zawodowych Pielęgniarek NPC, składa się z 88 pozycji i obejmuje osiem czynników: „Opieka pielęgniarska”, „Opieka pielęgniarska oparta na wartościach”, „Opieka medyczna/techniczna”, „Nauczanie/uczenie się i wsparcie”, „Dokumentacja i technologia informacyjna”, „Ustawodawstwo w planowaniu pielęgniarskim i bezpieczeństwie”, „Przywództwo i rozwój opieki pielęgniarskiej” oraz „Kształcenie i nadzór personelu/studentów”. Skale NPC w wersji oryginalnej (88 pozycji) i skróconej formie (35 pozycji) służą do pomiaru kompetencji zgłaszanych przez studentów pielęgniarek i dyplomowanych pielęgniarek. Skale NPC mogą być używane po uzyskaniu zgody Grupy Badawczej NPC. Prośba o zgodę odbywa się poprzez wysłanie e-maila do prof. Margret Lepp. Zatwierdzenie jest ważne tylko dla bieżącego badania, o które proszono. Gdy używana jest oryginalna wersja NPC Scali (88 pozycji), należy podać następujące odniesienie: Nilsson J., Johansson E., Egmar AC., Florin J., Leksell J., Lepp M., Lindholm C., Nordstrom G., Theander K., Wilde-Larsson B., Carlsson M., Gardulf A. (2014). Opracowanie i walidacja nowego narzędzia do pomiaru kompetencji zawodowych zgłaszanych przez pielęgniarki — Skala kompetencji zawodowych pielęgniarek (NPC). <i>Edukacja pielęgniarska</i> 34; 574-580. http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.016 Gdy używana jest 35-elementowa skrócona forma NPC Scale (Skala NPC-SF), należy podać następujące odniesienie: Nilsson J., Engström M., Florin J., Gardulf A. i Carlsson M. (2018). Skrócona wersja skali kompetencji zawodowych pielęgniarek do pomiaru kompetencji pielęgniarek zgłaszanych przez pielęgniarki. <i>Edukacja pielęgniarska</i> 71; 233-239. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.028

Źródło bibliograficzne	Nilsson, J., Johansson, E., Egmar, A. C., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., ... & Gardulf, A. (2014). Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence—The nurse professional competence (NPC) Scale. <i>Nurse Education Today</i> , 34(4), 574-580.
Źródło on-line	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691713002670
Przykład 6	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.6. Skala do oceny zdolności radzenia sobie ze stresem (CD-RISC)
Nazwa skali w języku angielskim	CD-RISC, The Connor-Davidson Resilience
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kathryn M. Connor M.D., Jonathan R.T. Davidson M.D.
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala do oceny odporności pracowników w kontekście wypalenia zawodowego składa się z 25 pozycji, z których każda jest oceniana w 5-punktowej skali (0-4), z wyższymi wynikami odzwierciedlającymi większą odporność. Skala została opracowana 2003r. Wykorzystywana jest do oceny radzenia sobie ze stresem i może być ważnym elementem leczenia leku, depresji i reakcji stresowych.
Źródło bibliograficzne	Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). <i>Depression and anxiety</i> , 18(2), 76-82.
Źródło on-line	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.10113
Przykład 7	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.7. Kwestionariusz komunikacji personelu oddziału intensywnej terapii (ICU-NPQ)
Nazwa skali w języku angielskim	Intensive Care Unit Nurse-Physician Questionnaire ICU-NPQ
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Maria Randmaa, Maria Engström, Gunilla Mårtensson, Christine Leo Swenne, Hans Högborg
Państwo	Japonia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Opracowany do stosowania wśród pielęgniarek i lekarzy na oddziałach intensywnej terapii w celu oceny stopnia i jakości komunikacji oraz współpracy między personelem na OIOM-ach i podobnych placówkach opieki zdrowotnej. Może być używane do diagnozowania problemów organizacji i zespołów w celu poprawy komunikacji.
Źródło bibliograficzne	Randmaa, M., Engström, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Högborg, H. (2019). Psychometric properties of an instrument measuring communication within and between the professional groups licensed practical nurses and registered nurses in anaesthetic clinics. <i>BMC health services research</i> , 19(1), 1-9.
Źródło on-line	https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4805-7
Przykład 8	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.8. Kwestionariusz kompetencji pielęgniarzkich w zakresie bezpieczeństwa pacjentów (C3Q-Safety)
Nazwa skali w języku angielskim	Critical Care Nursing Competence Questionnaire for Patient Safety - C3Q-Safety
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Autor: Masatoshi Okmura, Tomonori Ishigaki, Kazunao Mori, Yoshihiro Fujiwara,

Państwo	Japonia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Opracowany w 2018r. 22-punktowy kwestionariusz przeznaczony do oceny kompetencji pielęgniarzów związanych z bezpieczeństwem pacjentów na oddziałach intensywnej terapii. Autor nie wymaga zgody na używanie kwestionariusza. Powołuje na identyfikację czterech grup kompetencji: podejmowania decyzji, współpracy, interwencji pielęgniarzów i zasad opieki pielęgniarzów.
Źródło bibliograficzne	Okumura, M., Ishigaki, T., Mori, K., & Fujiwara, Y. (2019). Development of an easy-to-use questionnaire assessing critical care nursing competence in Japan: A cross-sectional study. <i>PloS one</i> , 14(11), e0225668.
Źródło on-line	https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0225668
Przykład 9	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.9. Kwestionariusz wpływu środowiska pracy na wyniki leczenia (AACN HWEAT)
Nazwa skali w języku angielskim	(AACN HWEAT), Healthy Work Environment Assessment Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	American Association of Critical-Care Nurses (AACN).
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	HWEAT służy do oceny środowiska pracy i monitorowania postępów jego poprawy. Narzędzie ocenia środowisko na podstawie standardów, a nie poszczególnych grup w zespole. Służy do oceny organizacji, działań i jednostek w zakresie pomiaru postępów w osiągnięciu podstawowych standardów. Jest to narzędzie przesiewowe, a nie test diagnostyczny. Ocena środowiska pracy w oparciu o normy, ale nie diagnozuje konkretnych wyzwań w ramach norm. Zalecane jest korzystanie z narzędzia do identyfikowania problemów i oceny postępów, a nie do diagnozowania konkretnych przyczyn. Tworzenie zdrowego środowiska pracy to sposób bycia, który opiera się na sile całego zespołu.
Źródło bibliograficzne	Clark, C. M., Sattler, V. P., & Barbosa-Leiker, C. (2016). Development and testing of the healthy work environment inventory: a reliable tool for assessing work environment health and satisfaction. <i>Journal of Nursing Education</i> , 55(10), 555-562.
Źródło on-line	https://journals.healio.com/doi/abs/10.3928/01484834-20160914-03
Przykład 10	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.10. Kwestionariusz obciążenia pracą w SOR (WANE)
Nazwa skali w języku angielskim	Workload Assessment of Nurses on Emergency
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Steluta Iordache, dr Monique Elseviers, mgr Rita De Cock, Dr Bart Van Rompaey
Państwo	Belgia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie Workload Assessment of Nurses on Emergency (WANE) służy do pomiaru obciążenia pielęgniarzy na oddziałach ratunkowych. Narzędzie można wykorzystać do określenia, na bazie pacjenta i oddziału, podstawowego poziomu personelu pielęgniarzów i kombinacji umiejętności pielęgniarzów na oddziałach ratunkowych. WANE jest opartym na dowodach narzędziem do celów analizy porównawczej. Wykorzystanie opartego na dowodach narzędzia obciążenia pracą przy podejmowaniu decyzji kadrowych na oddziałach ratunkowych ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpiecznej opieki nad pacjentem i zapobiegania przeciążeniu pracą personelu.

Źródło bibliograficzne	Iordache, S., Elseviers, M., De Cock, R., & Van Rompaey, B. (2020). Development and validation of an assessment tool for nursing workload in emergency departments. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(5-6), 794-809. Dostęp z Internetu: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15106 Dostęp: 18.10.2022.
Źródło on-line	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15106
Przykład 11	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.11. Skala oceny obciążenia pracą
Nazwa skali w języku angielskim	Safer Nursing Care Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Griffiths P, Saville C, Ball JE
Państwo	Wielka Brytania
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie zatwierdzone przez NICE, oparte na dowodach, które jest obecnie stosowane w NHS w Wielkiej Brytanii. Pakiet SNCT zawiera narzędzia do obszarów: oddziały zachowawcze i zabiegowe dla dorosłych oddziały pediatryczne oddziały psychiatryczne oddziały ratunkowe. Narzędzia te wykorzystywane są głównie przez personel pielęgniarstwa. Wspierają kadrę zarządzającą w określeniu optymalnych poziomów personelu pielęgniarstwa w zależności od stanu i/lub zależności pacjentów. Narzędzia mogą również wspierać organizacje w dostarczaniu opartych na dowodach planów zatrudnienia personelu.
Źródło bibliograficzne	Griffiths, P., Saville, C., Ball, J. E., Chable, R., Dimech, A., Jones, J., ... & Monks, T. (2020). The Safer Nursing Care Tool as a guide to nurse staffing requirements on hospital wards: observational and modelling study.
Źródło on-line	https://europepmc.org/article/nbk/nbk555320
Przykład 12	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.12. Kwestionariusz pomiaru obciążenia pracą w OIOM
Nazwa skali w języku angielskim	NOW, Nurse Operation Workload
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Charlotte C. Margadant, Nicolette F. de Keizer, Marga E. Hoogendoorn, Rob J. Bosman, Jan Jaap Spijkstra, Sylvia Brinkman,
Państwo	Holandia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Nowy model pomiaru obciążenia pracą pielęgniarstwa dla oddziałów intensywnej terapii oparty na pomiarach czasu opieki. Model Nurse Operation Workload (NOW) przewyższa istniejące modele w mierzeniu obciążenia pracą pielęgniarek, a jednocześnie obejmuje mniejszą liczbę czynności, a tym samym zmniejsza obciążenie związane z monitorowaniem. Obciążenie pracą pielęgniarstwa związane z pacjentem mierzone przez NOW daje wgląd w rzeczywisty czas opieki potrzebny pacjentom i dlatego może być wykorzystane do oceny średniego obciążenia pracą na pielęgniarkę.
Źródło bibliograficzne	Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijkstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 113, 103780.
Źródło on-line	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920302662

Przykład 13	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.13. Zrewidowany Indeks Pracy Pielęgniarskiej
Nazwa skali w języku angielskim	The Revised Nursing Work Index (NWI-R), the NWI-EO
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Vincent Bonnetterre, Virginie Ehlinger, Franck Balducci, Sandrine Caroly, Anne Jolivet, Annie Sobaszek, Régis de Gaudemaris, Thierry Lang,
Państwo	Francja
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie zaprojektowane dla osób zaangażowanych w programy profilaktyki w placówkach opieki zdrowotnej w celu oceny postrzegania organizacji pracy w szpitalu a następnie ustalenia priorytetów działań prewencyjnych w celu poprawy organizacji pracy personelu. Za pomocą tego narzędzia można ocenić, m.in.: słabą komunikację w oddziale, brak wsparcia starszych pielęgniarek, nieodpowiednią liczbę personelu do realizacji zadań wynikających z obowiązków, złe relacje między pracownikami, małą częstotliwość przerw w wykonywaniu zadań, niski poziom wspólnych wartości w zespole w zakresie pracy, brak wsparcia ze strony zarządzających, zmiany w zakresie planowanych urlopów i czasu wolnego.
Źródło bibliograficzne	Bonnetterre, V., Ehlinger, V., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., ... & Lang, T. (2011). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire. <i>International journal of nursing studies</i> , 48(5), 557-567.
Źródło on-line	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891000307X
Przykład 14	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.14. Kwestionariusz profesjonalnej oceny optymalnego poziomu intensywności opieki pielęgniarskiej
Nazwa skali w języku angielskim	Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level” (PAONCIL)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lisbeth Fagerström, Anna-Kaisa Rainio, Auvo Rauhala, Kaija Nojonen
Państwo	Finlandia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	W Centralnym Szpitalu Vasa w zachodniej Finlandii opracowano współczynnik wag i oszacowano intensywność opieki pielęgniarskiej na pielęgniarkę w odniesieniu do klasyfikacji pacjentów (Oulu Patient Classification (OPC)). Dobowy poziom intensywności opieki pielęgniarskiej w oddziale wyrażony jest liczbą punktów intensywności opieki pielęgniarskiej przypadającą na pielęgniarkę za pomocą nowego narzędzia „Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level” (PAONCIL) opracowanego w Centralnym Szpitalu Vasa. Badanie zrealizowano na ośmiu oddziałach w okresie 3 miesięcy. Narzędzie ma dobrą trafność, a zatem istnieje dobra podstawa do dalszych badań i rozwoju opieki pielęgniarskiej.
Źródło bibliograficzne	Fagerström, L., Rainio, A. K., Rauhala, A., & Nojonen, K. (2000). Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 31(2), 481-490.
Źródło on-line	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01277.x
Przykład 15	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.B.15. Kwestionariusz oceny bezpieczeństwa pacjenta
Nazwa skali w języku angielskim	SURGical PATient Safety System (SURPASS) checklist

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	de Vries EN, Hollmann MW, Smorenburg SM
Państwo	Holandia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Karta kontrolna składa się z części. Część A dotyczy okresu przed operacyjnego; podlega kompletowaniu przez: chirurga, anestezjologa, pielęgniarkę. Część dotycząca przekazywania pacjenta z oddziału do bloku operacyjnego wypełnia pielęgniarka oddziału i bloku operacyjnego. Część B dotyczy okresu przed znieczuleniem i jest kompletowana przez anestezjologa. Część C dotyczy okresu pooperacyjnego przed przekazaniem pacjenta na salę pozbudzeniową lub intensywną terapię i jest wypełniana przez chirurga i anestezjologa. Część D dotyczy przekazania pacjenta z sali nadzoru pozbudzeniowego lub intensywnej terapii do oddziału i jest kompletowana przez anestezjologa. Część dotycząca przekazywania pacjenta z sali nadzoru pozbudzeniowego do oddziału wypełnia pielęgniarka tego obszaru i pielęgniarka odbierająca pacjenta z oddziału. Przed wypisem pacjenta lekarz wypisujący i pielęgniarka wypełniają ostatnią część karty kontrolnej - E.
Źródło bibliograficzne	de Vries, E. N., Hollmann, M. W., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2009). Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist. <i>BMJ Quality & Safety</i> , 18(2), 121-126.
Źródło on-line	https://qualitysafety.bmj.com/content/18/2/121.short

IV.2.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.C.1. BOHIPSZO
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Nie dotyczy
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Helena Lenartowicz
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	BOHIPSZO jest to metoda zawierająca 8 komponentów i kilkudziesięciu szczegółowych kryteriów. Skrót nazwy metody pochodzi od pierwszych liter określeń standardów uznanych przez autorkę za najważniejsze w pielęgnowaniu które powinny być podstawą oceny: I. Bezpieczeństwo chorego, I.I Ochrona przed zakażeniami, III. Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, IV. Informowanie, V. Podmiotowość, VI. Samopielęgnacja, VII. Zabiegi leczniczo- pielęgnacyjne, VIII. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarstwiej. Powyższe komponenty tworzą spójną całość, tak aby mogły być mierzalne i oceniane. Do każdego z nich przypisano kryteria oceny, przedstawione w postaci deskryptowej (opisowej, wraz z charakterystyką stanów pożądaných i niepożądanych oraz pośrednich) i w określonej liczbie punktów. Poszczególne kryteria szacuje się w kilkupunktowej skali. Suma wszystkich kryteriów wynosi 240 punktów (100%). Największą wartość procentową w metodzie BOHIPSZO zajmuje standard zabiegi leczniczo- pielęgnacyjne - 19,2%. Kolejne to podmiotowość - 15,4%, bezpieczeństwo chorego - 14,6%, organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarstwiej - 12,5%, hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych - 12,5%, samopielęgnacja - 10,4%, ochrona przed zakażeniami - 9,6% oraz informowanie - 5,8%. Wartość punktową badający wpisuje do rubryk: „TAK”, „NIE” lub „NIE WYMAGA”, szacując stopień realizacji określonego

	zadania przez pielęgniarkę w stosunku do poszczególnego pacjenta. Kolejnym etapem jest obliczanie całosciowego współczynnika opieki pielęgniarskiej oraz współczynnika realizowania poszczególnych kryteriów zawartych w specjalnym arkuszu. Za pomocą tego arkusza porównuje się stan opieki realizowanej do poziomu opieki jaki pacjent powinien otrzymać. Określa się zarówno ogólny współczynnik opieki jak i szczegółowe współczynniki dla poszczególnych kryteriów u danego pacjenta. W końcowym etapie badań oblicza się współczynnik opieki dla poszczególnych kryteriów u całej badanej grupy pacjentów. Wartość współczynnika określa zakres niedoborów w realizacji poszczególnych obszarów opieki pielęgniarskiej. Metodę pomocniczą arkusza stanowi obserwacja uczestnicząca oraz analiza dokumentacji medycznej.
Źródło bibliograficzne	Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998. Gaweł G, Kowal A, Rak A.: Ocena poziomu pielęgnowania metodą BOHIP-SZO. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2003, 2: 55-61 Krukowski J, Gaworska-Krzemińska A, Majkovicz M.: Ocena związku pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej, a satysfakcją pacjenta w schyłkowej fazie choroby. Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19 (3), 282–287. Sierpińska L.: Przegląd narzędzi oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecznictwie stacjonarnym Pielęgniarstwo XXI wieku. 2011, 3 (36): 41-44.
Źródło on-line	
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.C.2. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Generalized Self-Efficacy Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Ralf Schwarzer, Michael Jerusalem, Zygfryd Juczyński
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Badanie indywidualne lub grupowe; czas badania nie przekracza 2-3 minut. GSES składa się z 10 stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Skala jest przeznaczona do badania zdrowych i chorych osób dorosłych [1]. Badania tym narzędziem są stosowane wśród pracowników oraz pacjentów, często z innymi narzędziami celem określenia związków między badanymi obszarami [2,3,4].
Źródło bibliograficzne	1.Jurczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności: teoria i pomiar. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica 2000;4, 11-23 2.Byra S. Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Med Og Nauk Zdr. 2011;17(3):127-134. 3.Kurowska K., Toś M. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne w grupie osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2017;1(50):31–37. 4.Wojcieszek A., Nawalana A, Majda A. Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego. Pielęgniarstwo Polskie, 2 (72) 2019 s. 141–147.
Źródło on-line	https://www.practest.com.pl/gses-skala-uogolnionej-wlasnej-skutecznosci
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.C.3. Skala Oceny Bezpieczeństwa Farmakoterapii

Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Nursing Risk in Pharmacotherapy
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Witeczak I., Uchmanowicz I., Tartaglia R., Rypicz Ł.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Cel- ocena zagrożeń mogących skutkować występowaniem błędów farmakoterapii. Narzędzie NURIPH składa się z metryki danych socjodemograficznych oraz macierzy do oceny wybranych czynników ergonomicznych wyzwalających ryzyko w procesie farmakoterapii. Zawiera też pytania o kulturę bezpieczeństwa organizacji oraz opinie pielęgniarek na temat błędów farmakoterapii. Do oceny czynników ergonomicznych zastosowano pięciostopniową skalę oceny ryzyka (od 1 do 5): 1 – ryzyko niewielkie, 2 – małe ryzyko, 3 – ryzyko istotne, 4 – ryzyko bardziej istotne i 5 – ryzyko bardzo istotne. W skali uwzględniono dziewięć czynników ryzyka: 1 – słabo czytelne lub nieczytelne zlecenia lekarskie; 2 – niewłaściwa komunikacja między lekarzem, pielęgniarką i położną w sprawie zmian w rozporządzeniu w sprawie leków; 3 – presja czasu podczas pracy pielęgniarki/opiekuna medycznego; 4 – niewłaściwa organizacja pracy: przygotowanie leków dla pacjentów połączone z jednoczesnym wykonywaniem innych czynności przez pielęgniarkę/położną (np. odbieranie telefonów, wykonywanie bieżących zleceń diagnostycznych); 5 – brak jasności lub czytelności zleceń lekarskich; 6 – brak zlecenia lekarskiego na określony rozpuszczalnik dla leku; 7 – praca zmianowa powodująca zmęczenie psychofizjologiczne; 8 – ograniczona dostępność szkoleń dotyczących wpływu leków, skutków ubocznych i działań niepożądanych leków stosowanych u pacjentów; i 9 – przygotowanie spersonalizowanych arkuszy z nazwą i dawką leku na tacy leku. Farmakoterapia, czyli stosowanie leków zwalczających chorobę lub jej objawy, jest jednym z kluczowych elementów opieki nad pacjentem. Nakłady pracy pielęgniarek w procesie farmakoterapii dowodzą, że pielęgniarki poświęcają 40% swojej pracy na zarządzanie lekami. Badanie z użyciem tego narzędzia służy określeniu i porównaniu poziomów bezpieczeństwa na zarządzanym przez pielęgniarkę etapie procesu farmakoterapii w Polsce i na Słowacji poprzez identyfikację kluczowych czynników ryzyka bezpośrednio wpływających na bezpieczeństwo pacjenta [1,2].
Źródło bibliograficzne	1. Witeczak, I.; Uchmanowicz, I.; Tartaglia, R.; Rypicz, Ł. Safety Assessment of the Pharmacotherapy Process at the Nurse and Midwife Level—An Observational Study. <i>Ther. Clin. Risk Manag.</i> 2020, 16, 1057–1065. 2. Witeczak, I.; Rypicz, Ł.; Šupínová, M.; Janiczeková, E.; Pobrotyn, P.; Młynarska, A.; Fedorowicz, O. Patient Safety in the Process of Pharmacotherapy Carried Out by Nurses—A Polish–Slovak Prospective Observational Study. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online]. 2021, 18: 10066. Dostęp z Internetu: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10066 Dostęp: 16.10.2022.
Źródło on-line	
Przykład 4.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.C.4. Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Nie dotyczy
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Tokarski Stefan

Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag zawiera: • kwestionariusz, do oceny współczynnika Fe, w którym respondenci określali najbardziej preferowanego pracownika (NbPP) i najmniej preferowanego pracownika (NmPP), dokonując ich charakterystyki w 14 obszarach z zastosowaniem 8-stopniowej skali, gdzie odpowiedzi 8 i 1 oznaczały warianty skrajne przedstawionych cech; • kwestionariusz zawierający skalę atmosfery grupowej Ag, w kierowanej przez osobę badaną grupie, służący do jej opisu na 10 płaszczyznach i dokonania wyboru na 8-punktowej skali, gdzie odpowiedzi 8 i 1 oznaczały warianty skrajne opisu sytuacji zarządczej; • przy pomocy współczynnika Fe diagnozowano styl kierowania, wyodrębniając trzy zasadnicze podejścia: demokratyczne Fe = 0 – 34 elastyczne Fe = 35 – 45 autokratyczne Fe = 46 – 98 • przy pomocy współczynnika Ag określano sytuację, w której funkcjonuje kierownik: sytuacja niekorzystna Ag = 8 – 57 sytuacja średnio korzystna Ag = 58 – 68 sytuacja korzystna Ag = 69 – 80; ostateczny wynik wyrażający się efektywnością lub nieefektywnością zarządzania określano poprzez porównanie współczynników Fe i Ag: • kierownik o nastawieniach demokratycznych jest efektywny, gdy: Fe = 0 – 34 i Ag = 58 – 68; • kierownik o nastawieniach autokratycznych jest efektywny, gdy: Fe = 46 – 98 i Ag = 8 – 57 lub Ag = 69 – 80; • kierownik o nastawieniach elastycznych radzi sobie w różnych sytuacjach, jednak nie osiąga wysokich wskaźników efektywności: Fe = 35 – 45 i Ag 8 – 80; każda inna konfiguracja czynników Fe i Ag obrazuje niską efektywność kierownika.
Źródło bibliograficzne	Tokarski S. (2006), <i>Kierownik w organizacji</i>, Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o., Warszawa, s. 255–258 Tokarski S. (2002), <i>Samoocena efektywności kierowania w Zakładzie Opieki Zdrowotnej</i> [w:] Nogalski B., Rybicki J. M. (red.), <i>Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej</i>, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń, s. 84–93
Źródło on-line	https://pbc.gda.pl/Content/27688/doktorat%20KRETOWICZ%20Katarzyna.pdf
Przykład 5.	
Nazwa skali w języku polskim	IV.2.C.5. Kwestionariusz Psychospołeczne warunki pracy (PWP)
Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)	Nie dotyczy
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Cieślak R, Widerszal-Bazyl M

Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz zawiera 118 pytań i składa się z sześciu części: 1. Skalawymagań (W) – jakie wymagania stawia Twoja praca? – służy do pomiaru wymagań (25 pytań); 2. Skalakontroli (K) – w jakim stopniu możesz wpływać na toco się dzieje w pracy? – służy do oceny postrzeganego zakresu kontroli (20 pytań); 3. Skala wsparcia społecznego (WS) – na jakie wsparcie możesz liczyć? – służy do pomiaru postrzegania wsparcia pochodzącego ze środowiska pracy (16 pytań); 4. Skala dobrostanu(D) – jakie jest Twoje samopoczucie? – służy do pomiaru odczuwanego dobrostanu (22 pytania); 5. Skala pożądaných zmian (PZ) – czy oczekujesz jakiś zmianw pracy? (20 pytań); 6. Kim jesteś i jaka jest Twoja firma? – służy do zebrania podstawowych danych socjo-demograficznych (15 pytań). Wyniki badań oblicza się dla każdej skali i podskali zgodnie z zasadą kodowaniai kluczem podanym przez autorów [1]. Im wyższy wynik otrzymamy po zliczeniu punktów za odpowiedzi, tym wyższe nasilenie danej właściwości – wymagań, kontroli, wsparcia społecznego, dobrostanu i pożądaných zmian. Kwestionariusz posiada normy opracowane dla kilku grup zawodowych,w tym pielęgniarek. Rzetelność dla skal mierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha waha się od 0,82 do 0,94.
Źródło bibliograficzne	Cieślak R, Widerszal-Bazyl M. Psychospołeczne warunki pracy. Podręcznik do kwestionariusza. CIOP, Warszawa 2000.17. Potocka A. Narzędzia kwestionariuszowe stosowane w diagnozie psychospołecznych zagrożeń zawodowych –przegląd metod. Med Pr 2012, 63(2): 237-
Źródło on-line	https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P12000173911342605544018&html_tresc_root_id=1413006&html_tresc_id=1413026&html_klucz=1413006&html_klucz_spis=1413006

IV.3. Zarządzanie w pielęgniarstwie – część II

Grażyna Dykowska

Warszawski Uniwersytet Medyczny

IV. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IV. 3. A. 1. Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP)

IV.3.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.3.A.1. Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP)	
Nazwa skali w języku angielskim	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).	
Skrót	HSOPSC	
Wersja skali	4,0	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ).
	Rok publikacji	2004
	Źródło	Zgoda AHRQ
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Rafał Szpakowski; Adam Fronczak; Grażyna Dykowska
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Szpakowski, G. Dykowska ; Fronczak A., Pomiar i ocena kultury bezpieczeństwa pacjenta w warszawskich szpitalach za pomocą polskiej adaptacji amerykańskiego kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture Measurement and assessment of patient safety culture in Warsaw hospitals using the Polish adaptation of the American questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online) Piel. Zdr Publ. 2020;10(1):35–42. Rafał Szpakowski; Polska wersja kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online) Piel Zdr Publ. 2019;9(3):159–166
Krótki charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz Hospital Survey on Patient Safety Culture służy do oceny kultury bezpieczeństwa pacjentów. Umożliwia zrozumienie nie tylko tego, co myślą pracownicy medyczni i jak działają w obszarze bezpieczeństwa pacjentów. To narzędzie pozwala również zaobserwować, jak osoby zarządzające kierują bezpieczeństwem pacjenta w swojej placówce. Kwestia jakiego narzędzia mierzy bezpieczeństwo pacjentów w rzetelny sposób przedmiotem wielu badań

	naukowych. Badanie Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), stworzone zostały przez Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ). Jest to najbardziej znane narzędzie używane na całym świecie narzędzie służące do pomiaru kultura bezpieczeństwa pacjenta. To narzędzie było używane w wielu kontekstach językowych i kulturach, co czyni go idealnym dla porównań międzynarodowych. W badaniach warto uwzględnić porównywalną metodologię z użyciem tego narzędzia badawczego, gdyż umożliwi to pozyskanie cennych informacji na poziomie kraju, a w dalszej perspektywie czasowej niniejsze badanie może stanowić podwaliny pod ogólnopolski, dobrowolny, bez sankcyjny system raportowania zdarzeń niepożądanych w obszarze szpitalnictwa.
Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Polskojęzyczna wersja HSOPSC – ASBP – jest mniej poprawna psychometrycznie niż anglojęzyczny oryginał. Spójność wewnętrzna (α Cronbacha) ASBP jest nawet niższy niż w wielu europejskich wersjach HSOPSC. Średni odsetek odpowiedzi pozytywnych wahał się z 35,1% („Bezkarna reakcja na błędy”) do 72,3% („Praca zespołowa w jednostkach”). Wymiary obliczone jako średnie proste (w skali 1–5) były podobne do rozkładu średnich procentów dodatnich responsy. Wyniki tych 2 metod były następujące: Wysokie skorelowane ($r = 0,89$; $t = 6,30$; $p < 0,0001$). Wyniki α Cronbacha wahały się od 0,37 do 0,89. 4 wymiary uzyskały ocenę rzetelności powyżej 0,70. Na podstawie obliczeń α Cronbacha ustalono, że usunięcie pytania C6 z wymiaru „Otwartość komunikacyjna” spowodowało wzrost wyniku od 0,38 do 0,43; kiedy pytanie F4 zostało usunięte z Wymiar „Praca zespołowa między jednostkami”, wynik wzrósł od 0,42 do 0,57; Kiedy pytanie A7 zostało usunięte z wymiaru „personełu”, wynik wzrósł z 0,45 do 0,55; a kiedy pytanie F11 zostało usunięte z wymiaru „Przekazanie i przejście”, wynik wzrósł z 0,47 do 0,50. W przypadku „Stopień bezpieczeństwa” (jednopunktowa zmienna wyjściowa) 7 na 10 wymiarów procesu bezpieczeństwa wyniki były znacznie wyższe wśród respondentów z grupa „doskonała” lub „bardzo dobra” vs reszta. Wielkość efektu wahała się od 0,21 do 0,37 (efekt mały i średniej wielkości). W przypadku „Zgłoszono incydent w ostatnie 12 miesięcy” (kolejna pojedyncza zmienna wynikowa), 8 na 10 wyników wymiaru procesu bezpieczeństwa było nieistotnych, a tylko 2 wyniki wymiaru były istotne („Organizacyjne uczenie się – ciągłe doskonalenie” oraz „Przekazywanie i przejścia”); zaskakująco, w przypadku wymiaru „Przekazania i przejścia”, w taki sposób, że w tym wymiarze wyższą punktację uzyskali respondenci, którzy nie zgłaszali działań niepożądanych w ciągu ostatnich 12 lat miesięcy.

		To badanie pilotażowe dostarczyło dowodów na to, że konstrukcja logiczna i gramatyczna przetłumaczonych pytań jest zrozumiała dla polskich respondentów, co uzasadnia użycie wersji polskojęzycznej w badaniu obejmującym większą populację pracowników służby zdrowia w Polsce w celu pełnej oceny właściwości psychometrycznych ASBP.
Struktura skali		Ankieta HSOPSC została przetłumaczona na język polski bez modyfikacji żadnej pozycji. 42-punktowa struktura z zachowaną została 5-punktowa zgodność lub skala częstotliwości; 2 pojedyncze zmienne wynikowe, tj. „Globalne bezpieczeństwo stopień” oraz „Liczba incydentów zgłoszonych w przeszłości roku”, zachowały się również. Przedstawiono statystyki opisowe – średnie i odchylenie standardowe dla skali 1–5, braki danych, proporcje pozytywnych lub pozytywnych odpowiedzi dla skali jakościowej (np. zgadzam się i stanowczo się zgadzam); charakterystyka respondentów; i podstawowe analiza statystyczna dotycząca, po pierwsze, trafności konstruktu – średnich ocen z 10 wymiarów procesu określonych przez 2 pojedyncze zmienne wyniku – „Stopień bezpieczeństwa pacjenta” oraz „Liczba zgłoszonych incydentów”. Te 2 wyniki zmienne podzielono na 2 grupy – „doskonałe/bardzo dobry” w stosunku do pozostałych oraz „Zgłoszono jeden lub więcej incydentów” w porównaniu z „Nie zgłoszono żadnych incydentów”. Różnice między punktacją średnie testowano testem t Studenta. Po drugie, dotyczące korelacji między procentem wyniku pozytywnego a średnią punktacją za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona. Po trzecie, dotyczące rzetelności spójności wewnętrznej – α Cronbacha (akceptowalna niezawodność na poziomie 0,70 lub więcej).
Orientacyjny czas badania		15 minut
Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego		1. Jones KJ, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K., Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML editor; The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign) 2. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug 3. Sorra J, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. BMC Health Serv Res. 2010;10:199. 4. Chen IC, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). BMC Health Serv Res. 2010;10:152

		5. The Health Foundation. Evidence Scan: Measuring Safety Culture. February 2011. https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf. Dostęp 5.12.2019. 6. Agency for Healthcare Research and Quality. International Use of SOPS. http://www.ahrq.gov/sops/international/index.html. Opublikowano wrzesień 2012. Zaktualizowano luty 2019. Dostęp 5.12.2019. 7. AHRQ's Making Healthcare Safer Reports: Shaping Patient Safety Efforts in the 21st Century. Ostatnia recenzja treści z marca 2020 r. Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej, Rockville, MD. https://www.ahrq.gov/research/findings/making-safer/index.html dostęp 28.12.2022 10. Sarac C, Flin R, Mearns K, Jackson J. Hospital survey on patient safety culture: Psychometric analysis on a Scottish sample. <i>BMJ Qual Saf</i>. 2011;20(10):842–848. 11. Smits M, Dingelhoff IC, Wagner C, Wal Gv, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2008;8:230. 12. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: A psychometric evaluation. <i>Int J Qual Health Care</i>. 2013;25(4):469–475. doi:10.1093/intqhc/mzt040 13. Olsen E. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety culture at a Norwegian hospital. In: Øvretveit J, Sousa P, eds. <i>Quality and Safety Improvement Research</i>. Lisbon, Portugal: National School of Public Health; 2008:173–186. 14. Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the hospital survey on patient safety culture: Dimensionality and psychometric properties. <i>Saf Sci</i>. 2010;48(10):1452–1462. 15. Waterson PE, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety: Findings from the UK. <i>Qual Saf Health Care</i>. 2010;19(5):e2. 16. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2013;13:228. 17. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2011;11:45.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Bez ograniczeń
	Miejsce badanych	Narzędzie wykorzystywano w opiece stacjonarnej
	Stan badanych	Badany świadomie samodzielnie wypełnia kwestionariusz ankiety.
	Sytuacje	Nie określono

	Inne	Na przestrzeni ostatnich lat zostało stworzonych wiele narzędzi kwestionariuszowych oceniających bezpieczeństwo pacjenta. Najbardziej rozpowszechnionym oraz najlepiej poznanym jest amerykański kwestionariusz ankiety z2004 r. – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Kwestionariusz przeznaczony jest do oceny kultury bezpieczeństwa pacjenta w środowisku szpitalnym. W ostatnim czasie doczekał się ponad 39 wersji językowych oraz był używany w ponad 92 krajach ze
Osoby, które mogą stosować skalę	Formularz skali/kwestionariusz ankiety może być wypełniany samodzielnie przez pracowników ochrony zdrowia. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Udostępnianie nieodpłatne
Klucz do skali/interpretacja wyników	Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP). ASBP, identycznie jak jej amerykański pierwowzór, składa się z 42 pytań/stwierdzeń (tzw. itemów), na które odpowiada się / do których ustosunkowuje się, zaznaczając odpowiednie określenie na 5-stopniowej skali Likerta: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – nie zgadzam się; 3 – ani się zgadzam, ani się nie zgadzam; 4 – zgadzam się; 5 – zdecydowanie się zgadzam lub też: 1 – nigdy; 2 – rzadko; 3 – czasami; 4 – często; 5 – zawsze. Pytania/stwierdzenia pogrupowane są w wymiary (ang. dimensions), oznaczone literą W. Wymiarów jest 12 – 10 wymiarów procesowych oraz 2 wymiary wynikowe (W5; W8). W kwestionariuszu znajdują się również 2 zmienne wynikowe składające się tylko z 1 pytania/stwierdzenia: stopień bezpieczeństwa pacjenta (5 – znakomity, 4 – bardzo dobry, 3 – akceptowalny, 2 – słaby, 1 – zły) oraz liczba zdarzeń niepożądanych zgłoszonych w ostatnich 12 miesiącach.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP)

Instrukcja

Ankieta dotyczy Państwa opinii w kwestiach związanych z bezpieczeństwem pacjenta, błędami medycznymi, raportowaniem zdarzeń niepożądanych w szpitalu, w którym otrzymali Państwo ankietę. Wypełnienie ankiety zajmie od 10 do 15 minut.

Jeśli nie życzą sobie Państwo odpowiadać na któreś z pytań i/lub pytanie Państwa nie dotyczy proszę zostawić w tym miejscu puste pole.

“Zdarzenie niepożądane” oznacza każdy rodzaj błędu, pomyłki, wypadku, przypadku odchylenia od przyjętej normy niezależnie od tego czy pacjent doznał szkody czy też nie.

“Bezpieczeństwo Pacjenta” oznacza stan w którym pacjent nie doznaje, ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z otrzymywaną opieką zdrowotną.

Sekcja A: Twoje miejsce pracy/oddział/klinika

Odpowiadając na pytania w tej sekcji myśl o miejscu/klinice w którym spędzasz większość swojego czasu pracy lub udzielasz największej ilości świadczeń na rzecz pacjenta.

Jakie jest twoje podstawowe miejsce pracy – profil oddziału/kliniki?

Wybierz **JEDNĄ** odpowiedź.

- ☐ a/ Wiele różnych oddziałów i/lub trudno określić jaki jest profil mojego miejsca pracy/oddziału/kliniki
- ☐ b/ Interna / Choroby wewnętrzne
- ☐ c/ Chirurgia
- ☐ d/Ginekologia i położnictwo
- ☐ e/pediatrica
- ☐ f/SOR
- ☐ g/Oddział Intensywnej terapii (np.OIOM;OIOK;OICH)
- ☐ h/ Psychiatria
- ☐ i/Rehabilitacji
- ☐ j/ Radiologia
- ☐ k/ Anestezjologia
- ☐ l/inny, proszę podać jaki

Wskaż proszę w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami odnośnie Twojego miejsca pracy/oddziału/kliniki.

lp	Odpowiadając myśl o swoim miejscu pracy/oddziale/klinice.....	Zdecydowanie się NIE zgadzam	NIE zgadzam się	Ani ZGADZAM się ani NIE ZGADZAM	ZGADZAM się	Zdecydowanie się ZGADZAM
1	Ludzie pomagają sobie nawzajem w moim miejscu pracy...	1	2	3	4	5
2	Mamy wystarczającą ilość pracowników w stosunku do obciążenia pracą.....	1	2	3	4	5

3	Kiedy mamy do wykonania dużo czynności wymagających szybkiej interwencji to potrafimy pracować jak zespół.....	1	2	3	4	5
4	W tym oddziale ludzie traktują się wzajemnie z szacunkiem.....	1	2	3	4	5
5	Pracownicy pracują po godzinach pracy tak długo, że może to być ze szkodą dla pacjenta.	1	2	3	4	5
6	Aktywnie działamy na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta	1	2	3	4	5
7	Zatrudniamy więcej pracowników tymczasowych i/lub z firm zewnętrznych, niż jest to konieczne dla zapewnienia pacjentowi możliwie najlepszej opieki.....	1	2	3	4	5
8	Pracownicy są przekonani, że ich błędy są lub będą wykorzystane przeciwko nim.	1	2	3	4	5
9	Zaistniałe błędy doprowadziły do pozytywnych zmian	1	2	3	4	5
10	To czysty przypadek, że nie zdarzają się tu poważne błędy.	1	2	3	4	5
11	Kiedy jakaś część oddziału jest bardziej obciążona pracą, pracownicy z pozostałych części pomagają się z nią uporać.....	1	2	3	4	5
12	Kiedy raportowane jest zdarzenie niepożądane to ma się odczucie jakby to wina danej osoby była ważniejszy niż treść i okoliczności samego zdarzenia	1	2	3	4	5
13	Po wprowadzeniu zmian mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów oceniamy ich skuteczność.....	1	2	3	4	5
14	Pracujemy w „trybie kryzysowym” - próbujemy wykonać zbyt wiele zadań, zbyt szybko	1	2	3	4	5

15	Nigdy nie wykonujemy większej liczby zadań kosztem bezpieczeństwa pacjenta.....	1	2	3	4	5
16	Pracownicy niepokoją się tym, że błędy przecho- wywane są w ich aktach	1	2	3	4	5
17	Występują u nas proble- my z zapewnieniem bez- pieczeństwa pacjentom.	1	2	3	4	5
18	Nasze procedury i organiza- cja pracy skutecznie zapobie- gają występowaniu błędów	1	2	3	4	5

Sekcja B: Twój bezpośredni przełożony/ kierownik

Wskaż proszę w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami odnośnie Twojego bezpośredniego przełożonego przed którym odpowiadasz, i wobec którego jesteś zobowiązany zdawać raporty.

lp	Odpowiadając myśl o swoim miejscu pracy/ oddziale/klinice.....	Zdecydo- wanie się NIE zgadzam	NIE zgadzam się	Ani ZGA- DZAM się ani NIE ZGA- DZAM	ZGA- DZAM się	Zdecydo- wanie się ZGA- DZAM
1	Przełożony/kierownik chwali nas za pracę wy- konaną zgodnie z proce- durami dotyczącymi bez- pieczeństwa pacjentów.	1	2	3	4	5
2	Przełożony/kierownik poważnie rozważa na- sze sugestie dotyczące bezpieczeństwa pacjen- ta.....	1	2	3	4	5
3	W trudnych sytuacjach przełożony/kierownik wymaga od nas abyśmy pracowali szybciej, nawet jeśli oznaczałoby to „pój- ście na skróty”	1	2	3	4	5
4	Przełożonemu/kierow- nikowi zdarza się przy- mykać oczy na problemy związane z bezpieczeń- stwem pacjentów, jeśli występują one często	1	2	3	4	5

Sekcja C: Komunikacja

Jak często poniższe sytuacje mają miejsce w twoim oddziale/klinice?

lp	Odpowiadając myśl o swoim miejscu pracy/oddziale/klinice.....	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
1	Jesteśmy informowani o zmianach wdrożonych w odpowiedzi na zgłaszane zdarzenia niepożądane	1	2	3	4	5
52	Personel bez ogródek wyraża swoją opinię jeśli dostrzeże, że coś może negatywnie wpłynąć na opiekę nad pacjentem.	1	2	3	4	5
3	Jesteśmy informowani o błędach zaistniałych w naszym oddziale	1	2	3	4	5
4	Personel <u>nie</u> czuje się skrepowany w kwestionowaniu decyzji lub działań podejmowanych przez zwierzchników	1	2	3	4	5
5	W naszym oddziale dyskutujemy nad sposobami zapobiegania zaistniałym błędom w celu niedopuszczenia do nich w przyszłości ...	1	2	3	4	5
6	Obawiamy się zadawać pytania w sytuacji, gdy wydaje się nam że coś jest nie tak jak powinno.....	1	2	3	4	5

Sekcja D: Częstotliwość raportowania Zdarzeń Niepożądanych

lp	Kiedy w Twoim oddziale mają miejsce następujące pomyłki, to jak często są one zgłaszane.	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
1	Jak często zgłasza się błędy, które choć popełniono, ale ze względu na to że zostały w porę zauważone i skorygowane, nie wyrządziły szkody pacjentowi?.....	1	2	3	4	5
2	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które nie mają potencjalnego wpływu na powstanie szkody u pacjenta?	1	2	3	4	5
3	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które z dużym prawdopodobieństwem mogłyby spowodować szkodę u pacjenta, jednak tym razem jej nie spowodowały?	1	2	3	4	5

Sekcja E: Stopień Bezpieczeństwa Pacjenta

Proszę ocenić stopień zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi w swoim miejscu pracy/oddziale/klinice.

[]-----[]-----[]-----[]-----[]-----

6 Znakomity 5 Bardzo dobry 4 Akceptowalny 3 Słaby 2 Zły

Sekcja F: Twój Szpital

Wskaż proszę w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami, odnośnie szpitala w którym pracujesz i otrzymałeś ankietę.

lp	Odpowiadając myśl o swoim szpitalu...	Zdecydowanie się NIE zgadzam	NIE zgadzam się	Ani ZGA- DZAM się ani NIE ZGA- DZAM	ZGA- DZAM się	Zdecydowanie się ZGA- DZAM
1	Dyrekcja szpitala tworzy atmosferę pracy, która sprzyja bezpieczeństwu pacjenta.....	1	2	3	4	5
2	Współpraca pomiędzy oddziałami w szpitalu nie jest odpowiednio skoordynowana.....	1	2	3	4	5
3	Kiedy pacjentów przenosi się między oddziałami zdarza się że niektóre sprawy 'umykają uwadze.....	1	2	3	4	5
4	Współpraca jest dobra pomiędzy tymi oddziałami, które ze względu na swój profil muszą współpracować .	1	2	3	4	5
5	Ważne informacje na temat opieki nad pacjentem często są nieprzekazywane podczas zdawania dyżuru.....	1	2	3	4	5
6	Współpraca z personelem z innych oddziałów szpitala często „pozostawia wiele do życzenia”.....	1	2	3	4	5
7	Często zdarzają się problemy z wymianą informacji pomiędzy różnymi oddziałami szpitala	1	2	3	4	5
8	Działania ze strony dyrekcji szpitala pokazują, że bezpieczeństwo pacjenta jest głównym priorytetem.....	1	2	3	4	5
9	Dyrekcja szpitala wydaje się być dopiero zainteresowana bezpieczeństwem pacjenta wtedy, gdy dojdzie do zdarzenia niepożądanego	1	2	3	4	5

10	Oddziały w szpitalu dobrze współpracują między sobą, aby zapewnić pacjentowi najlepszą możliwą opiekę	1	2	3	4	5
11	Przekazywanie dyżuru następnej zmianie stwarza problemy dla pacjentów	1	2	3	4	5

Sekcja G: Liczba zgłoszonych Zdarzeń Niepożądanych

W ostatnich 12 miesiącach, ile raportów dotyczących zdarzeń niepożądanych zostało przez Ciebie zgłoszonych i opisanych w dokumentacji

a	żadne zdarzenie niepożądane	d	od 6 do 10 zdarzeń niepożądanych
b	od 1 do 2 zdarzeń niepożądanych	e	od 11 do 20 zdarzeń niepożądanych
c	od 3 do 5 zdarzeń niepożądanych	f	21 zdarzeń niepożądanych i więcej

Sekcja H: Informacje statystyczne

Poniższe informacje umożliwią analizę statystyczną wyników ankiety.

1. Od jak dawna pracujesz w szpitalu w którym wręczono Ci tą ankietę?

a	mniej niż 1 rok	d	od 11 do 15 lat
b	od 1 do 5 lat	e	od 16 do 20 lat
c	od 6 do 10 lat	f	21 lat i więcej

2. Od jak dawna pracujesz w obecnym miejscu pracy w którym wręczono Ci ankietę – oddziale/klinice... ?

a	mniej niż 1 rok	d	od 11 do 15 lat
b	od 1 do 5 lat	e	od 16 do 20 lat
c	od 6 do 10 lat	f	21 lat i więcej

3. Średnio ile godzin tygodniowo pracujesz w tym szpitalu w którym wręczono Ci ankietę?

a	mniej niż 20 godzin tygodniowo	d	od 60 do 79 godzin tygodniowo
b	od 20 do 39 godzin tygodniowo	e	od 80 do 99 godzin tygodniowo
c	od 40 do 59 godzin tygodniowo	f	100 godzin tygodniowo i więcej

Sekcja H: Informacje statystyczne (ciąg dalszy)

4. Jaka jest Twoja pozycja zawodowa w szpitalu w którym wręczono Ci ankietę?

Wybierz JEDNĄ odpowiedź najlepiej opisującą Twoją pozycję zawodową.

- ☐ a Pielęgniarka
- ☐ b. Lekarz
- ☐ n. Inna, proszę sprecyzuj

5. Ze względu na swoją pozycję zawodową w tym szpitalu, w którym wręczono Ci ankietę, czy masz zazwyczaj bezpośrednie relacje lub kontakt z pacjentem?

- ☐ a. Tak, zazwyczaj mam bezpośrednie relacje lub kontakt z pacjentem
- ☐ b. Nie, zazwyczaj nie mam bezpośrednich relacji lub kontaktu z pacjentem

6. Jak długo pracujesz w swojej obecnej specjalizacji lub zawodzie?

- ☐ a. niż 1 rok
- ☐ b. od 1 do 5 lat
- ☐ c. od 6 do 10 lat
- ☐ d. od 11 do 15 lat
- ☐ e. od 16 do 20 lat
- ☐ f. 21 lat i więcej

Sekcja I: Twój komentarz

Jeśli chcesz, możesz dodać własne uwagi odnośnie bezpieczeństwa pacjenta, zgłaszania błędów medycznych, zdarzeń niepożądanych obecnych w Twoim szpitalu.

Dziękuję za udział w badaniu

IV.4. Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

Elżbieta Biernat¹, Rafał Rowiński², Mariusz Kozakiewicz³, Karolina Rowińska⁴

¹Szkoła Główna Handlowa, Kolegium Gospodarki Światowej

²Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji

³Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii

⁴Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Łomiankach

IV. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IV. 3. A. 1. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej –
Wersja krótka (IPAQ- SF)

IV. 3. A. 2. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej –
Wersja długa (IPAQ-LF)

IV. 3. A. 3. Duke Activity Status Index (DASI)

IV. 3. A. 4. Seven Day Physical Activity Recall (PAR)

IV. 3. A. 5. Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej (VSAQ)

IV.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane*Elżbieta Biernat,**SGH Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Gospodarki Światowej*

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	IV.4.A.1. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja krótka	
Nazwa skali w języku angielskim	International Physical Activity Questionnaire - Short Form (IPAQ-SF)	
Skrót	IPAQ - SF	
Wersja skali	Krótka	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Booth Michael i wsp. (zespół naukowców z 20 krajów)
	Rok publikacji	2000
	Źródło	Booth M. Assessment of physical activity: an international perspective. <i>Res Q Exerc Sport</i> 2000; 71:114-120.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Biernat Elżbieta, Stupnicki Romuald
	Rok publikacji	2007; (2) 2010
	Źródło	(1) Biernat E, Stupnicki R, Gajewski AK. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska. <i>Wychowanie Fizyczne i Sport</i> 2007; 51(1): 47-54. (2) Biernat E, Stupnicki R. Pomiar codziennej aktywności fizycznej według IPAQ. [w:] Klukowski KS (red.) <i>Medycyna aktywności fizycznej z elementami psychologii i pedagogiki: praca zbiorowa Tom 1. Medycyna aktywności fizycznej. Wysiłek fizyczny w aspekcie wieku. Pedagogika zdrowia. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego; 2010.</i>
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Aktywność fizyczna (intensywna, umiarkowana, chodzenie) w ostatnich 7 dniach oraz czas siedzenia w dniu powszednim.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	IPAQ-SF zawiera 7 pytań dotyczących wszystkich rodzajów aktywności fizycznej związanej z życiem codziennym, pracą i wypoczynkiem. Pod uwagę bierze się czynności wykonywane w pracy zawodowej, w domu i jego otoczeniu, podczas przemieszczania się z miejsca na miejsce oraz w czasie wolnym przeznaczonym na rekreację ruchową czy sport profesjonalny. Gromadzone są informacje na temat czasu spędzonego siedząc lub leżąc, chodząc oraz czasu poświęconego na intensywną i umiarkowaną aktywność fizyczną. Odnotowuje się jedynie czynności trwające co najmniej 10 minut bez przerwy.
	Orientacyjny czas badania	do 10 min.

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania aktywności fizycznej grup społeczno-zawodowych, wiekowych, o różnych jednostkach chorobowych. Polska wersja IPAQ-SF stosowana była przez instytucje państwowe, co znalazło wyraz w ich konkretnych badaniach m.in.: – Ministerstwa Sportu i Turystyki: • Rekreacyjna aktywność fizyczna Polaków na tle Europy (2012 r.); • Aktywność fizyczna Polaków i jej uwarunkowania (2013 r.); • Badanie poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa (2014, 2015, 2016, 2017, 2018 r.); • Ocena korzyści społecznych inwestycji w sport w odniesieniu do ponoszonych kosztów (2016 r.). – Urzędu Statystycznego w Warszawie, Biura Sportu i Rekreacji Urzędu M.ST. Warszawy: • Sport w M.ST. Warszawie w latach 2006-2009 (2010 r.). – licznych ośrodków akademickich, w tym medycznych. Polską wersję IPAQ_SF wykorzystano także w: – projektach rządowych, np.: w projekcie FSS/2013/IIC/W/0020/U/0003 dofinansowanym przez Fundację Rozwoju Systemu Edukacji – Operatora Programu Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy w ramach działania Współpracy Instytucjonalnej Adaptowana Aktywność Fizyczna – teoria i praktyka (2014 r.); – w kampaniach prozdrowotnych, np.: Polskiej Federacji Pacjentów Chorych na Astmę, Alergię i POChP Dni Spirometrii 2016. Włącz opcję aktywną (12-17.09.2016 r.), oraz – w licznych pracach doktorskich, magisterskich i licencjackich; – w badaniach aktywności fizycznej młodzieży prowadzonych na Ukrainie.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	15-69
	Miejsce badanych	Dowolne
	Stan badanych	W badaniu mogą brać udział osoby uważające się za aktywne fizycznie i za nieaktywne.
	Sytuacje	Brak
	Inne	Badanie należy przeprowadzać w listopadzie i marcu, unikając okresów gdy panują niekorzystne warunki pogodowe i odnotowuje się zwiększoną aktywność fizyczną
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, trenerzy, specjaliści ochrony zdrowia; Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki ankiety.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	IPAQ-SF pozwala ocenić całkowity tygodniowy wydatek energetyczny oraz wydatek energetyczny z poszczególnych rodzajów wysiłków. Ocenia czas siedzenia w dni powszednie.	

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Każdy rodzaj aktywności fizycznej wyraża się w jednostkach MET-min./tydz., mnożąc współczynnik przypisany tej aktywności (chodzeniu – 3,3; umiarkowanej – 4,0; intensywnej – 8), przez liczbę dni jej wykonywania w tygodniu oraz czas trwania w minutach na dzień. Na przykład: w odniesieniu do osób, które wykonywały wysiłki intensywne przez 3 dni w tygodniu, przeciętnie przez 30 minut, całkowita wartość MET-min./tydz. = $8,0 \times 3 \times 30 = 720$. Na podstawie uzyskanych wyników następuje klasyfikacja do poszczególnego poziomu aktywności fizycznej: 1. Wysokiego – konieczne jest spełnienie jednego z poniższych dwóch kryteriów: 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, łącznie co najmniej 1500 MET-min./tydz., 7 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji wysiłków (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 3000 MET-min./tydz. 2. Umiarkowanego – osoby, które spełniają jedno z poniższych trzech kryteriów: 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, nie mniej niż 20 min./dz., 5 lub więcej dni umiarkowanych wysiłków lub chodzenia, nie mniej niż 30 min./dz., 5 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji aktywności fizycznej (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 600 MET-min./tydz. 3. Niskiego – osoby, które nie wykazywały żadnej aktywności fizycznej, bądź nie spełniały warunków dla poziomu umiarkowanego i wysokiego.
Formularz skali/ kwestionariusz	

MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

—

Wersja krótka

Proszę określić, na ile ostatnie 7 dni były typowe, biorąc pod uwagę Pana/i normalnie wykonywane czynności

Czy w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od (podać dzień tygodnia) do wczoraj:

- | | | |
|--|------------|------------|
| a. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i w szpitalu | Tak | Nie |
| b. przez cały czas lub część czasu był Pan/i chory | Tak | Nie |
| c. przez cały czas lub część czasu odbywał Pan/i zajęcia rehabilitacyjne | Tak | Nie |
| d. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i na urlopie | Tak | Nie |
| e. jest Pan/i w okresie rekonwalescencji po przebytej chorobie | Tak | Nie |
| f. (tylko dla kobiet) jest Pani w ciąży | Tak | Nie |

Chciał(a)bym obecnie zadać kilka pytań dotyczących czasu spędzanego na czynnościach wymagających aktywności fizycznej. Dotyczą one wszystkich rodzajów aktywności fizycznej związane z życiem codziennym, pracą i wypoczynkiem. Pytania te zadajemy wszystkim, niezależnie od tego, czy ktoś uważa się za osobę aktywną fizycznie, czy też nie.

Pytania będą dotyczyły czynności związanych z aktywnością fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od (podać dzień tygodnia) do wczoraj.

Proszę teraz pomyśleć o wszystkich czynnościach wykonywanych w ciągu ostatnich 7 dni w domu i w jego otoczeniu, w pracy zawodowej, związanych z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce, np. w drodze do pracy i z pracy, podczas robienia zakupów. Proszę także uwzględnić czynności wykonywane w czasie wolnym, tj. spacer, rekreację, pracę na działce, ćwiczenia fizyczne oraz sport. Najpierw zapytam o czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego, następnie o czynności wymagające umiarkowanego (*średniego*) wysiłku, a na koniec o spacer i inne czynności związane z chodzeniem oraz siedzeniem.

Na początek proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego, wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.

Intensywny wysiłek fizyczny wywołuje bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca

Intensywnego wysiłku fizycznego wymaga np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem. Interesują nas tylko czynności, które trwały *co najmniej 10 min. bez przerwy*.

1. Czy w ciągu **ostatnich 7 dni** wykonywał/a P. czynności wymagające **intensywnego wysiłku fizycznego**?

Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni

Nie (przejsć do pyt. 3)

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) (przejsć do pyt. 3)

2. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a P. czynności wymagające **intensywnego wysiłku fizycznego** w ciągu takiego dnia?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Teraz proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające umiarkowanego (średniego) wysiłku fizycznego wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.

Umiarkowany wysiłek fizyczny prowadzi do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca

Umiarkowanego wysiłku fizycznego wymaga np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz. Proszę

jednak nie brać pod uwagę chodzenia. Chodzi znowu tylko czynności, które trwały *co najmniej 10 minut bez przerwy*.

3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał/a P. czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego?

Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni

Nie (przejsć do pyt. 5)

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) (przejsć do pyt. 5)

4. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a P. czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego w ciągu takiego dnia?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Teraz proszę przypomnieć sobie, ile czasu zajęło Panu/i chodzenie w ciągu ostatnich 7 dni.

Interesuje nas chodzenie związane z pracą, chodzenie ulicą, np. po zakupy, do pracy, a także o spacer.

Chodzi znowu o chodzenie, które trwało *co najmniej 10 minut bez przerwy*.

5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni chodził/a P. co najmniej 10 min. bez przerwy?

Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni

Nie (przejsć do pyt. 7)

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) (przejsć do pyt. 7)

6. Przeciętnie ile czasu poświęcał/a P. na chodzenie lub spacer w ciągu takiego dnia?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

A ile czasu w ostatnim tygodniu spędzał Pan/i siedząc?

Tym razem proszę uwzględnić **tylko dni powszednie** (*bez soboty i niedzieli*). Chodzi np. o siedzenie przy biurku, siedzenie podczas odwiedzin u znajomych, podczas czytania, siedzenie lub leżenie podczas oglądania telewizji. Proszę uwzględnić czas spędzony na siedzeniu w domu, w pracy, w szkole, w pojazdach i w innych miejscach.

7. Biorąc pod uwagę dni powszednie w ciągu ostatniego tygodnia, ile zazwyczaj czasu w ciągu dnia spędzał/a P. siedząc?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. <i>Med Sci Sport Exerc</i> 2003; 35: 1381-1395. 2. Hoseini M, Bardoon S, Bakhtiari A et al. Structural model of the relationship between physical activity and students' quality of life: Mediating role of body mass index and moderating role of gender. <i>Plos One</i> 2022; 17: (8) 1-13. 3. Kurth JD, Klenosky DB. Validity evidence for a daily, online-delivered, adapted version of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF). <i>Meas Phys Educ Exerc Sci</i> 2021; 25: (2) 127-136. 4. Meh K, Jurak G, Sorić M et al. Validity and reliability of IPAQ-SF and GPAQ for Assessing sedentary behaviour in adults in the European Union: a systematic review and meta-analysis. <i>IJERPH</i> 2021;18: (9), 2-17. 5. Lavelle G, Noorkoiv M, Theis N et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF) as a measure of physical activity (PA) in young people with cerebral palsy: a cross-sectional study. <i>Physiotherapy</i> 2021;107: 209-215. 6. Joseph KL, Dagfinrud H, Christie A et al. Criterion validity of The International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF) for use in clinical practice in patients with osteoarthritis. <i>BMC Musculoskelet Disord</i> 2021; 22: (1) 1-9. 7. Biernat E. Aktywność fizyczna mieszkańców Warszawy na przykładzie wybranych grup zawodowych. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Urząd m. st. Warszawy. Biuro Sportu i Rekreacji 2011. 8. Czenczek- Lewandowska E, Wyszynska J, Leszczak J et al. Health behaviours of young adults during the outbreak of the Covid-19 pandemic – a longitudinal study. <i>BMC Public Health</i> 2021; 21: 1038. 9. Puciato D, Rozpara M. Physical activity and socio-economic status of single and married urban adults: a cross-sectional study. <i>PeerJ</i> 2021; 9: e12466. 10. Biernat E., Piątkowska M. Sociodemographic determinants of physical inactivity of people aged 60 years and older – a cross-sectional study in Poland. <i>Biomed Res Int</i> 2020; Article ID 7469021: 10 pages. 11. Brytek-Matera A, Staniszevska A, Hallit S. Identifying the Profile of Orthorexic Behavior and „Normal” Eating Behavior with Cluster Analysis: A Cross-Sectional Study among Polish Adults. <i>Nutrients</i> 2020 Nov 13; 12(11): 3490.

Elżbieta Biernat,

SGH Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Gospodarki Światowej

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej
Nazwa skali w języku polskim	IV.4.A.2. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja długa
Nazwa skali w języku angielskim	International Physical Activity Questionnaire - Long Form
Skrót	IPAQ - LF
Wersja skali	Długa

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Booth Michael i wsp. (zespół naukowców z 20 krajów)
	Rok publikacji	2000
	Źródło	Booth M. Assessment of physical activity: an international perspective. Res Q Exerc Sport 2000; 71:114-120.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Biernat Elżbieta, Stupnicki Romuald
	Rok publikacji	2007; (2) 2013
	Źródło	(1) Biernat E, Stupnicki R, Gajewski AK Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska. Wychowanie Fizyczne i Sport 2007; 51: (1) 47 -54. (2) Biernat E. International Physical Activity Questionnaire – polish long version = Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – polska długa wersja. Polish Journal of Sports Medicine = Medycyna Sportowa 2013; 29(1): 1-15.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Aktywność fizyczna (intensywna, umiarkowana, chodzenie, jazda na rowerze) w ostatnich 7 dniach w poszczególnych domenach życia (praca zawodowa, przemieszczanie się, prace domowe, czas wolny) oraz czas siedzenia (w dniu powszednim, podczas weekendu, w środkach lokomocji).
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	IPAQ-LF składa się z pięciu niezależnych części, zawierających 27 pytań. Pytania te dotyczą wszelkich czynności fizycznych podejmowanych w ciągu ostatnich 7 dni. Cztery pierwsze części, oceniają aktywność fizyczną w różnych domenach życia codziennego (praca zawodowa, przemieszczanie się, prace domowe, czas wolny). Piąta część szacuje czas spędzony siedząc. Na pierwszą część składa się 7 pytań dotyczących wysiłku fizycznego wykonywanego w pracy zawodowej, w rolnictwie, podczas prac społecznych, nauki i każdej innej niepłatnej pracy, podejmowanej poza domem. Nie uwzględnia się w niej czynności wykonywanych wokół domu (np. prac domowych, prac w ogrodzie, prac porządkowych oraz opieki nad rodziną). Tematykę tę obejmuje część trzecia. Część druga (6 pytań) dotyczy aktywności komunikacyjnej, sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce (włączając w to pracę, zakupy, rozrywkę itp.). Uwzględnia ona czas spędzony (w celach komunikacyjnych) w pojazdach. Część trzecia (6 pytań) odnosi się do wysiłków fizycznych wykonywanych w domu i wokół domu (np. prac domowych, uprawy ogródka, ogólnych prac porządkowych, opieki nad rodziną). Część czwarta (6 pytań) poświęcona jest aktywności fizycznej związanej z czasem wolnym (rekreacją, sportem, ćwiczeniami fizycznymi, rozrywką, wypoczynkiem).

		Nie uwzględnia się w niej tych rodzajów aktywności, o których już wspomniano w części związanej z pracą zawodową, z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce lub z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną. Część piąta (2 pytania) dotyczy czasu spędzonego siedząc w dniu powszednim i w weekend. Wyłącza się czas siedzenia w pojeździe mechanicznym, bo o to pytano w części drugiej.
	Orientacyjny czas badania	ok. 20 min.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania aktywności fizycznej grup społeczno-zawodowych, wiekowych i o różnych jednostkach chorobowych. Polska wersja IPAQ-LF stosowana była przez instytucje państwowe, co znalazło wyraz w ich konkretnych badaniach m.in.: – Ministerstwa Sportu i Turystyki: Rekreacyjna aktywność fizyczna Polaków na tle Europy (2012 r.); Aktywność fizyczna Polaków i jej uwarunkowania (2013 r.); Badanie poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa (2014, 2015, 2016, 2017, 2018 r.); Ocena korzyści społecznych inwestycji w sport w odniesieniu do ponoszonych kosztów (2016 r.); – licznych ośrodków akademickich, w tym medycznych. Polską wersję IPAQ-LF wykorzystywano w pracach doktorskich, magisterskich i licencjackich.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	15-69
	Miejsce badanych	Dowolne
	Stan badanych	W badaniu mogą wziąć udział osoby uważające się za aktywne fizycznie bądź za nieaktywne.
	Sytuacje	Brak
	Inne	Badanie należy przeprowadzać w listopadzie i marcu, unikając okresów gdy panują niekorzystne warunki pogodowe i odnotowuje się zwiększoną aktywność fizyczną.
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, trenerzy, specjaliści ochrony zdrowia Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki ankiety	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		IPAQ-LF pozwala ocenić całkowity tygodniowy wydatek energetyczny oraz koszt energetyczny w każdej domenie życia. Można także oszacować wydatek pochodzący z poszczególnych aktywności (chodzenia, wysiłków umiarkowanych i intensywnych). Szacuje także czas siedzenia w dni powszednie, podczas weekendu, w pojazdach mechanicznych.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wartości MET i formuła obliczania MET-minut Każdy rodzaj aktywności fizycznej można wyrazić w jednostkach MET-min./tydz., mnożąc współczynnik przypisany tej aktywności (chodzeniu – 3,3; wysiłkowi umiarkowanemu – 4; wysiłkowi umiarkowanemu związanemu z pracą w domu – 3; wysiłkowi intensywnemu – 8; wysiłkowi intensywnemu związanemu z pracą wokół domu – 5,5; jeździe na rowerze jako formie transportu – 6 MET) przez liczbę dni jej wykonywania w tygodniu oraz przez czas trwania w minutach na dzień.	

	Wartość MET-min można przeliczyć także na kilokalorie stosując następujące równanie: MET-min * (masa ciała w kg/60kg). Formuła obliczania MET-minut Do tworzenia i kategoryzowania zmiennych sumarycznych konieczna jest zarówno liczba dni, jak i codzienny czas wysiłków. Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową Chodzenie w pracy MET-min./tydz. = 3,3 * minuty chodzenia * dni chodzenia w pracy; Umiarkowany wysiłek w pracy MET-min./tydz. = 4,0 * minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku w pracy; Intensywny wysiłek w pracy MET-min./tydz. = 8,0 * minuty intensywnego wysiłku * dni intensywnego wysiłku w pracy; Całkowita aktywność w pracy MET-min./tydz. = chodzenie + umiarkowany wysiłek + intensywny wysiłek MET-min./tydz. w pracy. Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się Chodzenie MET-min./tydz. jako forma transportu = 3,3 * minuty chodzenia * dni chodzenia jako formy transportu; Jazda rowerem MET-min./tydz. jako forma transportu = 6,0 * minuty jazdy rowerem * dni jazdy rowerem jako formy transportu; Całkowity transport MET-min./tydz. = chodzenie + jazda rowerem MET-min./tydz. jako forma transportu. Aktywność fizyczna związana z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną Intensywny wysiłek MET-min./tydz. wokół domu = 5,5 * minuty intensywnego wysiłku * dni intensywnego wysiłku wokół domu (Uwaga: w przypadku tej domeny wartość intensywnego wysiłku w ogrodzie powinna być określana jako 5,5 MET); Umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. wokół domu = 4,0 * minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku wokół domu; Umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. w domu = 3,0 * minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku w domu; Całkowita aktywność związana z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną MET-min./tydz. = intensywny wysiłek wokół domu + umiarkowany wysiłek wokół domu + umiarkowany wysiłek w domu MET-min./tydz. Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym Chodzenie/spacerowanie w czasie wolnym MET-min./tydz. = 3,3 * minuty chodzenia/spacerowania * dni chodzenia/spacerowania w czasie wolnym; Umiarkowany wysiłek w czasie wolnym MET-min./tydz. = 4,0 * minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku w czasie wolnym; Intensywny wysiłek w czasie wolnym MET-min./tydz. = 8,0 * minuty intensywnego wysiłku * dni intensywnego wysiłku w czasie wolnym; Całkowita aktywność w czasie wolnym MET-min./tydz. = chodzenie/spacerowanie + umiarkowany wysiłek + intensywny wysiłek MET-min./tydz. w czasie wolnym. Całkowite chodzenie, umiarkowany i intensywny wysiłek (wszystkich domen łącznie) Całkowite chodzenie MET-min./tydz. = chodzenie MET-min./tydz. (w pracy + jako forma transportu + w czasie wolnym);
--	--

	Całkowity umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. = umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. (w pracy + wokół domu + w domu + w czasie wolnym) + jazda rowerem MET-min./tydz. jako forma transportu + intensywny wysiłek wokół domu MET-min./tydz. (Uwaga: jazdę rowerem i intensywny wysiłek wokół domu uznaje się za umiarkowaną aktywność). Całkowity intensywny wysiłek MET-min./tydz. = intensywny wysiłek MET-min./tydz. (w pracy + w czasie wolnym) Całkowita aktywność fizyczna Całkowitą aktywność fizyczną MET-min./tydz. można obliczyć następująco: Całkowita aktywność fizyczna MET-min./tydz. = całkowite (chodzenie + umiarkowane wysiłki + intensywne wysiłki) MET-min./tydz. Ewentualnie: Całkowita aktywność fizyczna MET-min./tydz. = całkowita aktywność w pracy + całkowity transport + całkowita aktywność związana z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną + całkowita aktywność w czasie wolnym MET-min./tydz. Na podstawie uzyskanych wyników następuje klasyfikacja do poszczególnego poziomu aktywności fizycznej: 1. Wysokiego - konieczne jest spełnienie jednego z poniższych dwóch kryteriów: 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, łącznie co najmniej 1500 MET-min./tydz., 7 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji wysiłków (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 3000 MET-min./tydz. 2. Umiarkowanego - osoby, które spełniają jedno z poniższych trzech kryteriów: 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, nie mniej niż 20 min./dz., 5 lub więcej dni umiarkowanych wysiłków lub chodzenia, nie mniej niż 30 min./dz., 5 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji aktywności fizycznej (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 600 MET-min./tydz. 3. Niskiego - osoby, które nie wykazywały żadnej aktywności fizycznej, bądź nie spełniały warunków dla poziomu umiarkowanego i wysokiego. Czas spędzony w pozycji siedzącej Czas siedzenia jest wskaźnikiem nieuwzględnianym w ocenie całkowitej aktywności fizycznej. Ze względu na to, że nie ma opracowanych progów MET-min. siedzenia, jako wskaźnik stosuje się minuty. Całkowity czas siedzenia min./tydz. = minuty siedzenia w tygodniu * 5 dni + minuty siedzenia w weekend * 2 dni Przeciętny całkowity czas siedzenia min./tydz. = minuty siedzenia w tygodniu * 5 dni + minuty siedzenia w weekend * 2 dni / 7 Powyższe wzory wykluczają czas siedzenia podczas transportu. Jeżeli chcemy obliczyć całkowity czas siedzenia (w tym, podczas transportu) – trzeba dodać go do powyższego wzoru. Przy czym, należy wyraźnie określić czy mówimy o całkowitym czasie siedzenia z transportem czy bez transportu.
Formularz skali/ kwestionariusz	

MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

—

Wersja długa

Proszę określić, na ile ostatnie 7 dni były typowe, biorąc pod uwagę
Pana/i normalnie wykonywane czynności

Czy w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od (podać dzień tygodnia) do wczoraj:

- | | | |
|--|------------|------------|
| a. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i w szpitalu | Tak | Nie |
| b. przez cały czas lub część czasu był Pan/i chory | Tak | Nie |
| c. przez cały czas lub część czasu odbywał Pan/i zajęcia rehabilitacyjne | Tak | Nie |
| d. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i na urlopie | Tak | Nie |
| e. jest Pan/i w okresie rekonwalescencji po przebytej chorobie | Tak | Nie |
| f. (tylko dla kobiet) jest Pani w ciąży | Tak | Nie |

Pytania będą dotyczyć czynności związanych z aktywnością fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od (podać dzień tygodnia) do wczoraj.

Proszę wziąć pod uwagę **tylko** taki wysiłek, który jednorazowo trwał *co najmniej 10 minut*.

W pytaniach użyto niżej wymienionych określeń:

- **Intensywna** aktywność fizyczna oznacza ciężki wysiłek, zmuszający do silnie wzmożonego oddychania (i przyspieszonej akcji serca);
- **Umiarkowana** aktywność fizyczna oznacza wysiłek przeciętny z nieco wzmożonym oddychaniem (i nieco przyspieszoną akcją serca)

CZĘŚĆ 1: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRACĄ ZAWODOWĄ

Pytania w części 1 dotyczą wysiłku fizycznego w pracy zawodowej, w rolnictwie, nauce, pracy społecznej i każdej innej aktywności społecznej, w tym niepłatnej, która wykonywana jest poza domem. Proszę **nie brać** pod uwagę czynności, które wykonuje Pan/i **wokół domu**, np. prac domowych, pracy w ogródku, ogólnych prac porządkowych oraz opieki nad rodziną. Tematykę tę obejmuje część 3.

1. Proszę podać czy aktualnie pracuje Pan/i **zawodowo, uczy się lub wykonuje pracę bez wynagrodzenia poza domem?**

1. Tak
2. Nie (przejsć do części 2)

Następne pytania dotyczą wszelkiego wysiłku fizycznego wykonywanego w ciągu ostatnich 7 dni **w ramach pracy zawodowej, nauki lub pracy bez wynagrodzenia**. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwa *co najmniej 10 minut*. *Tematyka tych pytań nie dotyczy chodzenia do pracy i z powrotem.*

2. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **w ramach pracy zawodowej lub nauki intensywny wysiłek fizyczny**, np.: podnoszenie ciężkich rzeczy, kopanie, prace budowlane, chodzenie po schodach.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejsć do pyt. 4)

3. Proszę podać ile czasu łącznie w jednym z tych dni poświęca Pan/i zwykle na **intensywny wysiłek fizyczny w ramach pracy zawodowej?**

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

4. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **w ramach pracy zawodowej umiarkowany wysiłek fizyczny**, porównywalny z przenoszeniem lekkich rzeczy, jazdą na rowerze w normalnym tempie. *Proszę nie brać pod uwagę chodzenia.*

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejsć do pyt. 6)

5. Proszę podać ile czasu łącznie w jednym z takich dni poświęca Pan/i zwykle na **umiarkowany wysiłek fizyczny wykonywany w ramach pracy zawodowej?**

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

6. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **chodził** Pan/i *co najmniej 10 minut (bez przerwy) w czasie pracy zawodowej*. *Proszę nie wliczać czasu dojazdu do pracy i z powrotem.*

1. Dni w tygodniu

2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 2)
7. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i na **chodzenie** w jednym z tych dni **w czasie pracy zawodowej**?
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

CZĘŚĆ 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ

Pytania części 2 dotyczą sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce, włączając w to przemieszczanie się do pracy, na zakupy, do miejsc rozrywki itp. (*nie dotyczy to jednak czynności wykonywanych*

w czasie wolnym). Proszę wziąć pod uwagę tylko taką aktywność, która jednorazowo trwała *co najmniej 10 minut*.

8. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **jeździł** Pan/i **pojazdem** takim jak: samochód, autobus, pociąg, tramwaj lub inny pojazd? *Proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze.*
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 10)
9. Proszę podać ile czasu łącznie spędza Pan/i podczas jednego z tych dni, **jeżdżąc** samochodem, autobusem, pociągiem, tramwajem lub innym **pojazdem**? *Proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze.*
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie
10. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **jechał** Pan/i **rowerem** przez *co najmniej 10 minut*. *Proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze w czasie wolnym.*
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 12)
11. Proszę podać ile czasu łącznie **jeździ** Pan/i **rowerem** podczas jednego z tych dni?
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

12. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **chodził** Pan/i *co najmniej 10 minut (bez przerwy)*. *Proszę nie brać pod uwagę chodzenia w czasie wolnym.*

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 3)

13. Proszę podać ile czasu łącznie **chodzi** Pan/i w jednym z tych dni?

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

CZĘŚĆ 3: PRACE DOMOWE, OGÓLNE PRACE PORZĄDKOWE I OPIEKA NAD RODZINĄ

Pytania części 3 dotyczą wysiłku fizycznego w ciągu ostatnich 7 dni, który wykonywał Pan/i w domu i wokół domu, np. prace domowe, opieka nad rodziną, ogólne prace porządkowe, uprawa ogródka.

Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo *co najmniej 10 minut*.

14. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu**, np. przenoszenie ciężkich rzeczy, rąbanie drewna, odśnieżanie lub kopanie?

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 18)

15. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i zwykle w jednym z tych dni na **intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu**?

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

16. Proszę podać liczbę dni, w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu**, np. przenoszenie lekkich rzeczy, zamiatanie, mycie okien, grabienie i sprzątanie wokół domu.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 18)

17. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i zwykle w jednym z tych dni na **umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu?**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie
18. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **umiarkowany wysiłek fizyczny w domu**, np. przenoszenie lekkich rzeczy, mycie okien, mycie podłóg, oraz sprzątanie?
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 4)
19. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i w jednym z tych dni na **umiarkowany wysiłek fizyczny w domu?**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

CZEŚĆ 4: REKREACJA, SPORT I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W CZASIE WOLNYM
--

Pytania części 4 dotyczą aktywności fizycznej w czasie wolnym w ciągu ostatnich 7 dni, takich jak: sport, rekreacja, ćwiczenia, rozrywka, wypoczynek. Proszę **nie brać** pod uwagę tych rodzajów aktywności fizycznej, o których była mowa w poprzednich częściach. Proszę wziąć pod uwagę tylko aktywność fizyczną, która trwała jednora-zowo *co najmniej 10 minut*.

20. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **chodził** Pan/i *co najmniej 10 minut (bez przerwy) w czasie wolnym*. *Nie należy brać pod uwagę żadnego chodzenia, o którym była mowa dotychczas.*
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 22)
21. Proszę podać ile czasu łącznie przeznaczył Pan/i w jednym z tych dni na **chodzenie w czasie wolnym?**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

22. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których uprawiał Pan/i **intensywną aktywność fizyczną**, np. aerobik, biegi, szybka jazda rowerem, szybkie pływanie **w czasie wolnym**.
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 24)
23. Proszę podać ile czasu łącznie zwykle poświęca Pan/i w jednym z tych dni na **intensywną aktywność fizyczną w czasie wolnym?**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie
24. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym**, np. jazda rowerem w regularnym tempie, pływanie w regularnym tempie, gra w siatkówkę.
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 5)
25. Proszę podać ile czasu łącznie zwykle spędza Pan/i w jednym z takich dni na **umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym?**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

CZĘŚĆ 5: CZAS SPĘDZONY SIEDZĄC

Pytania części 5 dotyczą czasu spędzonego siedząc w pracy, w domu, podczas nauki, w czasie wolnym. Może to obejmować czas spędzony siedząc przy biurku, z wizytą u przyjaciół, podczas czytania, oglądania telewizji (leżąc lub siedząc). Nie należy wliczać w to czasu poświęconego na sen. Proszę **nie brać** pod uwagę czasu spędzonego siedząc w pojeździe mechanicznym, bo o tym już była mowa.

26. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i **siedząc w dniu powszednim?**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

27. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i **siedząc w dniu wolnych od pracy?**

1. Godzin dziennie

2. Minut dziennie

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. <i>Med Sci Sport Exerc</i> 2003; 35: 1381-1395. 2. Cleland C, Ferguson S, Ellis G et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom. <i>BMC Med Res Methodol</i> 2018; 18: 176. 3. Healey EL, Allen KD, Bennell K et al. Self-Report Measures of Physical Activity. <i>Arthritis Care Res</i> 2020; 72: 717-730. 4. Medina C, Monge A, Denova-Gutiérrez E et al. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) long-form in a subsample of female Mexican teachers. <i>Salud Publica Mex</i> 2022 Feb 25; 64(1): 57-65. 5. Marinšek M, Bedenik K, Tekavc J. Cross-cultural adaptation of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for use in education. <i>Zdrav Vestn</i> 2022; 91(Epub ahead of print): 1–8. 6. Павлють, О. В. Физическая активность студентов-спортсменов при гибридном формате реализации образовательного процесса во время пандемии COVID-19. Вестник Гродненского государственного университета имени Янки Купалы. Серия 3. Филология. Педагогика. Психология 2021;11(3): 128-135. 7. Biernat E, Piątkowska M. Stay active for life: physical activity across life stages. <i>Clin Interv Aging</i> 2018 Jul 31; 13: 1341-1352. 8. Jówko E, Płaszewski M, Cieśliński M et al. The effect of low level laser irradiation on oxidative stress, muscle damage and function following neuromuscular electrical stimulation. A double blind, randomised, crossover trial. <i>BMC Sports Sci Med Rehabil</i>; 2019; 11: 38. 9. Biernat E, Piątkowska M. Leisure-time physical activity participation trends 2014–2018: a cross-sectional cohort study in Poland. <i>IJERPH</i> 2020; 17(1): 208. 10. Howiecka K, Glibowski P, Skrzypek M, Styk W. The Long-Term Dietitian and Psychological Support of Obese Patients Who Have Reduced Their Weight Allows Them to Maintain the Effects. <i>Nutrients</i> 2021; 13(6): 2020. 11. Skrzypek M, Szponar B, Drop B, Panasiuk L, Malm M. Anthropometric, body composition and behavioural predictors of bioelectrical impedance phase angle in Polish young adults – preliminary results. <i>Ann Agric Environ Med</i>. 2020;27(1):91-98. 12. Czyż S, H; Starościak W. Perceived physical activity during stay-at-home COVID-19 pandemic lockdown March-April 2020 in Polish adults. <i>PeerJ</i> 2022; 10: e12779.

Rafał Rowiński¹, Mariusz Kozakiewicz², Karolina Rowińska³

¹Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji

²Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii

³Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Łomiankach

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	brak	
Nazwa skali w języku angielskim	IV.4.A.3. Duke Activity Status Index	
Skrót	DASI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Boineau RE; Higgenbotham MB; Hlatky MA
	Rok publikacji	1989
	Źródło	Hlatky M, Boinéau R, Higginbotham et al. A Brief Self-administered Questionnaire to Determine Functional Capacity (The Duke Activity Status Index). American Journal of Cardiology. 1989;64(15 Sep):651–654 Carter R, Holiday DB, Grothues C, Nwasuruba C, Stocks J, Tiep B. Criterion validity of the Duke Activity Status Index for assessing functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Cardio-pulm Rehabil. 2002 Jul-Aug;22(4):298-308
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	DASI - Duke Activity Status Index służy do opisu aktywności fizycznej. Poprzez ocenę dwunastu czynności życia codziennego dostarcza cennych informacji na temat wydolności wysiłkowej pacjentów. Posiada pozytywną korelację z próbą wysiłkową na bieżni ruchomej oraz próbą ergospirometryczną. Sumaryczna odpowiedź punktowa (maksymalnie 58,2 pkt.) może zostać przeliczona na maksymalne zużycie tlenu według wzoru $VO_2 \text{ max (ml/min)} = 0,43 \times \text{DASI} + 9,6$.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	dowolne

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

	Struktura skali	DASI to zwalidowany, składający się z 12 pytań, samoopisowy kwestionariusz do pomiaru sprawności funkcjonalnej. DASI można wykorzystać do uzyskania przybliżonego oszacowania szczytowego poboru tlenu przez pacjenta w VO^2 max lub ekwiwalentów metabolicznych (MET).
	Orientacyjny czas badania	Do 12 min.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Mierzenie sprawności funkcjonalnej i ocena aspektów jakości życia. ocenę szczytowego poboru tlenu VO^2 max, ocenę wyników leczenia lub rehabilitację kardiologiczną. Obszar terapeutyczny zastosowania kwestionariusz DASI to: choroby układu krążenia, choroby i nieprawidłowości wrodzone, dziedziczne i noworodkowe, choroby układu moczowo-płciowego kobiet i powikłania ciąży, infekcje. Wskazania terapeutyczne: nieprawidłowości sercowo-naczyniowe, infekcje sercowo-naczyniowe, choroby serca, powikłania ciąży, układ sercowo-naczyniowy, choroby naczyniowe. Istnieje kilka ustalonych zastosowań klinicznych DASI poza
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dowolny
	Miejsce badanych	dowolne
	Stan badanych	dowolny
	Sytuacje	Brak
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, specjaliści ochrony zdrowia Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki kwestionariusza.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	W kwestionariuszu DASI – oblicza się sumę punktów przyporządkowanych do odpowiedzi pacjenta. Każdej ze zdolności funkcjonalnej przypisano punkty: Zdolność dbania o siebie, czyli jesdzenia, ubierania się, kąpania lub korzystania z toalety? przypisano - 2,75 pkt. Zdolność chodzenia po pomieszczeniu, na przykład w domu ^[1]_{SEP} 1,75 pkt. Zdolność przejścia wzdłuż budynku lub dwóch po równym podłożu - 2,75 pkt. Zdolność wejścia po schodach lub wejścia na wzgórze - 5,5 pkt. Zdolność przebiegnięcia krótkiego dystansu - 8,0 pkt Zdolność wykonywania lekkich prace w domu, takich jak: ścieranie kurzy lub zmywanie naczyń - 2,70 pkt. ^[1]_{SEP} Zdolność wykonywania umiarkowanych prac w domu, takich jak: odkurzanie, zamiatanie podłóg lub przenoszenie zakupów - 3,50 pkt. ^[1]_{SEP} Zdolność wykonywania ciężkich prace w domu, takich jak: szorowanie podłóg lub podnoszenie czy przenoszenie ciężkich mebli - 8,00 pkt. ^[1]_{SEP} Zdolność wykonywania prac ogrodowych, takie jak: grabienie liści, pielenie lub pchania kosiarki - 4,50 pkt. ^[1]_{SEP} Zdolność odbywania stosunków seksualnych- 5,25 pkt. ^[1]_{SEP}	

	Zdolność uczestnictwa w umiarkowanych zajęciach rekreacyjnych, takich jak: golf, kręgle, taniec, tenis podwójny lub rzucanie piłką - 6,00 pkt. ^[13]_{SEP} Zdolność uczestnictwa w ciężkich sportach, takich jak: pływanie, tenis singlowy, piłka nożna, koszykówka, narciarstwo - 7,50 pkt. Brak danej, powyższej zdolności to – 0,0 pkt. Maksymalna liczba punktów możliwa do zdobycia w tym kwestionariuszu wynosi 58,2 pkt. ^[13]_{SEP}co daje 9,89 MET's. Obliczenie VO_2 max (ml/kg/min) = (0,43 x pkt. DASI)+ 9,6 Obliczenie METs (metabolic equivalents) = VO_2 max ÷ 3,5 Wynik DASI jest obliczany poprzez zsumowanie punktów wszystkich wykonanych czynności. Im wyższy wynik (w zakresie od 0 do 58,2), tym wyższy status funkcjonalny. Najlepsze wyniki MET można również wykorzystać do przewidywania zdolności funkcjonalnej. Na przykład ocena przedoperacyjna wymaga uzyskania co najmniej 4 MET. Wijesundera i in. podjęli próbę ustalenia progowego DASI na kohorcie 1546 uczestników (≥40 lat) z podwyższonym ryzykiem sercowym, którzy przeszli niekardiologiczną operację szpitalną. Samookreślona sprawność funkcjonalna z wynikami DASI 34 pkt. lub wyższymi była związana z: - zmniejszonym ryzykiem na 30-dniowy zgon lub uszkodzenie mięśnia sercowego (iloraz szans: 0,97 na wzrost o 1 punkt powyżej 34; 95% przedział ufności CI: 0,96–0,99), - zmniejszonym prawdopodobieństwem zgonu w ciągu roku lub nowej niepełnosprawności (iloraz szans: 0,96 na wzrost o 1 punkt powyżej 34; 95% CI: 0,92–0,99). Wyniki DASI poniżej 34 pkt. były związane z: - zwiększonym ryzykiem na 30-dniowy zgon lub zawał mięśnia sercowego (iloraz szans: 1,05 na spadek o 1 punkt poniżej 34; 95% CI: 1,00–1,09); - powikłania umiarkowane do ciężkich (iloraz szans: 1,03 na spadek o 1 punkt poniżej 34; 95% CI: 1,01–1,05).
Formularz skali/ kwestionariusz	

Kwestionariusz DASI

(Duke Activity Status Index)

Czy potrafisz:

1.	Dbać o siebie, czyli jeść, ubierać się, kąpać lub korzystać z toalety?	2,75	Tak/ Nie
2.	Chodzić po pomieszczeniu, na przykład w domu?	1,75	Tak/ Nie
3.	Przejsć wzdłuż budynku lub dwóch po równym podłożu?	2,75	Tak/ Nie
4.	Wejść po schodach lub wejść na wzgórze?	5,50	Tak/ Nie
5.	Przebiec krótki dystans?	8,00	Tak/ Nie
6.	Wykonywać lekkie prace w domu, takie jak ścieranie kurzy lub zmywanie naczyń?	2,70	Tak/ Nie
7.	Wykonywać umiarkowane prace w domu, takie jak odkurzanie, zmiatanie podłóg lub przenoszenie zakupów?	3,50	Tak/ Nie
8.	Wykonywać ciężkie prace w domu, takie jak szorowanie podłóg lub podnoszenie czy przenoszenie ciężkich mebli?	8,00	Tak/ Nie

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

9.	Wykonywać prace ogrodowe, takie jak grabienie liści, pielnie lub pchanie kosiarki?	4,50	Tak/ Nie
10.	Mieć stosunki seksualne?	5,25	Tak/ Nie
11.	Uczestniczyć w umiarkowanych zajęciach rekreacyjnych, takich jak golf, kręgle, taniec, tenis podwójny lub rzucanie piłką?	6,00	Tak/ Nie
12.	Uczestniczyć w ciężkich sportach, takich jak pływanie, tenis singlowy, piłka nożna, koszykówka, narciarstwo?	7,50	Tak/ Nie

Indeks Aktywność DUKE (DASI) =

Im wyższy wynik, tym bardziej aktywna fizycznie jest osoba (zgodnie z tym zestawem czynności dnia codziennego). Wynik DASI powinien być uzupełniany co 3 miesiące, a wynik wpisywany na odwrocie, do monitorowania postępów.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Wijesundera DN, Beattie WS, Hillis GS, et al. Integration of the Duke Activity Status Index into preoperative risk evaluation: a multicentre prospective cohort study. Br J Anaesth. 2020; 124(3):261-270. 2. Coutinho-Myrrha MA, Dias RC, Fernandes AA, Araújo CG, Hlatky MA, Pereira DG, Britto RR. Duke Activity Status Index for cardiovascular diseases: validation of the Portuguese translation. Arq Bras Cardiol. 2014; 102(4):383-90. 3. Carter R, Holiday DB, Grothues C, Nwasuruba C, Stocks J, Tiep B. Criterion validity of the Duke Activity Status Index for assessing functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Cardiopulm Rehabil. 2002; 22(4):298-308. 4. Fan X, Lee KS, Frazier SK et al. Psychometric testing of the Duke Activity Status Index in patients with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 2015; 14(3): 214-221. 5. Li MHG, Bolshinsky V, Ismail H et al. Comparison of Duke Activity Status Index with cardiopulmonary exercise testing in cancer patients. Journal of anesthesia 2018; 32(4): 576-584. 6. Liszniański P, Pudło J, Lelakowska-Pieła M i in. Analiza wpływu leczenia metodą ablacji RF na poziom jakości życia pacjentów z zaburzeniami rytmu serca. Przegląd Lekarski 2015; 72(1): 1-5. 7. Babiński W, Sacha, J Postępowanie kardiologiczne w niekardiochirurgicznych zabiegach operacyjnych–nowe wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Anestezjologii. Anaesthesiology & Rescue Medicine/ Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9(2): 209-2014. 8. Sadowska A, Siebert J Przygotowanie pacjenta obciążonego kardiologicznie do zabiegu chirurgicznego-rola lekarza rodzinnego. Część pierwsza-pacjent z chorobą niedokrwienną serca a operacja niekardiochirurgiczna. Choroby Serca i Naczyn 2005; 2(1): 14-18. 9. Trybowski G Analiza wczesnych i odległych wyników operacji pomostowania tętnic wieńcowych u chorych powyżej 70 roku życia ze stabilną chorobą wieńcową (Doctoral dissertation, Wydział Lekarski) 2013: 1-114. 10. Karczewska B, Bień B, Ołdak E Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce - czynniki ryzyka obciążenia opieką. Gerontologia Polska 2012; 20(2); 59-67.

Rafał Rowiński¹, Mariusz Kozakiewicz², Karolina Rowińska³

¹Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji

²Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii

³Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Łomiankach

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	IV.4.A.4. Seven Day Physical Activity Recall (PAR)	
Nazwa skali w języku angielskim	Seven Day Physical Activity Recall (PAR)	
Skrót	PAR, SDPAR, 7DPAR	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Sallis, J. F.
	Rok publikacji	1997
	Źródło	Sallis, J. F., Buono, M. J., Roby, J. J., Micale, F. G., & Nelson, J. A. (1997). Seven-day physical activity recall. <i>Med Sci Sports Exerc</i> , 29 (Supl 6), 89-103.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	brak
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz PAR pozwala na zebranie danych o częstości, intensywności oraz czasie trwania zarówno aktywności fizycznej związanej z wykonywaniem zawodu jak i pozazawodowej w okresie 7 dni poprzedzających badanie. SDPAR pozwala również zgromadzić informacje dotyczące liczby godzin aktywności fizycznej o małej intensywności (1,5 MET's), umiarkowanej intensywności (4 MET's), dużej intensywności (6 MET's) i bardzo dużej intensywności (10 MET's). PAR uwzględnia także wydatek energetyczny związany ze snem (1 MET). Dzięki temu możliwe jest szacowanie całkowitego wydatku energetycznego w ciągu doby czy tygodnia (kcal/kg/ dzień, kcal/kg/tydzień), w odniesieniu do wartości masy ciała badanych wyrażonej w kilogramach.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 10 pytań o aktywność fizyczną w podziale na: umiarkowaną, dużą i bardzo dużą intensywnością, w ciągu ostatnich 7 dni.
	Orientacyjny czas badania	Do 10 min.

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania poziomu aktywności fizycznej różnych grup społecznych i zawodowych
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dowolny
	Miejsce badanych	dowolne
	Stan badanych	W badaniu mogą wziąć udział zarówno osoby uważające się za aktywne fizycznie, czy też te które nie są aktywne.
	Sytuacje	brak
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, specjaliści ochrony zdrowia Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki kwestionariusza.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Obliczenia: Stosując 7 Day Physical Activity Recall uzyskuje się liczbę godzin spędzonych we śnie i różne poziomy aktywności fizycznej. Przyjmuje się, że godzina spędzona we śnie to 1 MET, a dla wysiłków lekkich to 1,5 MET, umiarkowanych to 4 MET, ciężkich to 6 MET i bardzo ciężkich - 10 MET. Poziomy aktywności fizycznej (lekkie, umiarkowane, ciężkie i bardzo ciężkie) w ciągu ostatnich 7 dni są mnożone przez ich odpowiednie wartości MET, a następnie sumowane. Oblicza się szacunkową całkowitą liczbę kilokalorii wydatku energetycznego na dzień, jak w poniższym przykładzie. Przykład: Dane aktywności z ostatnich 7 dni: Sen: 60,0 godz. x 1 MET=60 kcal/kg Wysiłki Lekkie: 99,5 godz. x 1,5 MET= 149 kcal/kg Umiarkowane: 3,5 godz. x 4 MET= 14 kcal/kg Ciężkie: 2,5 godz. x 6 MET= 15 kcal/kg Bardzo ciężkie: 2,5 godz. x 10 MET=25 kcal/kg Całkowity tygodniowy wydatek energetyczny= 263/kg/tydzień Łączny dzienny wydatek energetyczny=263 kcal/kg/tydzień ÷ 7 dni/tydzień= 37,8 kcal/dzień Dla osoby o wadze 70 kg łączny dzienny wydatek energetyczny wynosi: 2646 kcal/dzień (37,8 kcal/kg/dzień x 70 kg)	
Formularz skali/ kwestionariusz		

KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ SEVEN DAY PHYSICAL ACTIVITY RECALL

Prosimy o uważne przeczytanie poniższych pytań i jak najdokładniejsze odpowiedzi. Na końcu kwestionariusza podane są przykłady aktywności ruchowej o umiarkowanej, dużej i bardzo dużej intensywności. Aktywności o niskiej intensywności (praca siedząca, oglądanie telewizji) zostanie obliczona automatycznie na podstawie Pana/ Pani odpowiedzi dotyczącej liczby godzin (z dokładnością do 0,5 godziny) snu oraz aktywności ruchowej o umiarkowanej, dużej i bardzo dużej intensywności. Kwestionariusz dotyczy 7 ostatnich dni.

1. Przeciętnie, ile godzin spałeś (spałaś) każdej nocy w ciągu 5 ostatnich powszednich dni tygodnia (dni roboczych)? godzin. ☐
2. Przeciętnie, ile godzin spałeś (spałaś) każdej nocy w ciągu 2 ostatnich weekendowych dni tygodnia (dni wolne od pracy)? godzin. ☐
3. Wysiłki o umiarkowanej intensywności łącznie w ciągu ostatnich 5 powszednich dni tygodnia godzin. ☐
4. Wysiłki o umiarkowanej intensywności łącznie w ciągu ostatniej soboty i niedzieli godzin. ☐
5. Wysiłki o dużej intensywności łącznie w ciągu ostatnich 5 powszednich dni tygodnia godzin. ☐
6. Wysiłki o dużej intensywności łącznie w ciągu ostatniej soboty i niedzieli godzin. ☐
7. Wysiłki o bardzo dużej intensywności łącznie w ciągu ostatnich 5 powszednich dni tygodnia godzin. ☐
8. Wysiłki o bardzo dużej intensywności łącznie w ciągu ostatniej soboty i niedzieli godzin. ☐
9. W porównaniu z aktywnością ruchową w ciągu ostatnich 3 miesięcy, ostatni tydzień charakteryzował się:
 - a) większą aktywnością ruchową, ☐
 - b) podobną aktywnością ruchową, ☐
 - c) mniejszą aktywnością ruchową. ☐
10. W przypadku aktywności ruchowej, którą trudno jest zakwalifikować wyszczególnij poniżej:

Rodzaj aktywności (krótki opis)	Dni powszednie (godziny)	Weekend (godziny)
.....		
.....		
.....		
.....		

Przykłady aktywności ruchowej: ☐

O umiarkowanej intensywności: ☐

- prace domowe: wycieranie kurzu i podłogi, mycie okien, grabienie trawnika, zmywanie naczyń, nakrywanie do stołu, ☐
- praca zawodowa: marsz, dostarczanie korespondencji, malowanie wnętrz, podnoszenie i przenoszenie lekkich przedmiotów (np. praca ekspedienta/tki), ☐
- aktywność sportowo-rekreacyjna (rzeczywisty czas ruchu): siatkówka, tenis stołowy, intensywny spacer (ok. 4,86 km/godz.), golf, gimnastyka.

O dużej intensywności (ciężkie):

- praca zawodowa: prace ciesielskie i stolarskie, prace budowlane. Prace domowe: szorowanie podłóg, ☐
- aktywność sportowo-rekreacyjna (rzeczywisty czas ruchu): tenis (parami), tańiec, spokojny jogging (trucht).

O bardzo dużej intensywności (bardzo ciężkie): ☐

- praca zawodowa: kopanie, przenoszenie ciężkich ładunków, ☐
- aktywność sportowo-rekreacyjna (rzeczywisty czas ruchu): tenis (singiel), intensywne bieganie, pływanie, piłka nożna, koszykówka.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Tanaka R, Yakushiji K, Tanaka S, et al. Reliability and Validity of Light-Intensity Physical Activity Scales in Adults: A Systematic Review. <i>Measurement in Physical Education and Exercise Science</i> 2022. Dostępny w internecie: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1091367X.2022.2120356. Dostęp: 10.09.2022 2. Grandes G, Garcia-Alvarez A, Ansorena M, et al. Any increment in physical activity reduces mortality of primary care inactive patients. <i>British Journal of General Practice</i> 2022. Dostępny w internecie: https://bjgp.org/content/early/2022/07/21/BJGP.2022.0118.short. Dostęp: 10.09.2022. 3. Santiago-Torres M, Contento I, Koch P et al. Associations Between Acculturation and Weight, Diet Quality, and Physical Activity Among Latina Breast Cancer Survivors: The Mi Vida Saludable! Study. <i>Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics</i> 2022; 122(9): 1703-1716. 4. Pernar CH, Chomistek AK, Barnett JB, et al. Validity and Relative Validity of Alternative Methods of Assessing Physical Activity in Epidemiologic Studies: Findings From the Men's Lifestyle Validation Study. <i>American Journal of Epidemiology</i> 2022;191(7):1307-1322. 5. Ludyga S, Gerber M, Brand S, et al. Do different cognitive domains mediate the association between moderate-to-vigorous physical activity and adolescents' off-task behaviour in the classroom? <i>British Journal of Educational Psychology</i> 2022; 92(1): 194-211. 6. Szewczyk A, Rębowska E, Jegier A Częstość występowania zespołu nefunkcjonalnego przemęczenia i zespołu przetrenowania u sportowców. <i>Polish Journal of Sports Medicine/Medycyna Sportowa</i> 2018; 34(4): 213-218. 7. Lipert A, Będkowska M Physical activity of patients with osteoarthritis aged 40–60 from the Łódź Region. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i> 2015; 21(3): 289-294. 8. Curyło M, Forczek W, Forczek B Subiektywne metody oceny aktywności fizycznej kobiet w ciąży. <i>Rehabil Med</i>, 2014;18 (3): 25-30.

	9. Smolarek M, Kostka J, Retlikowska-Lipińska M i in. Aktywność fizyczna a profil ryzyka sercowo-naczyniowego u starszych kobiet zamieszkałych w środowisku domowym. Polish Journal of Sports Medicine/Medycyna Sportowa 2013; 28(3): 189-196.
	10. Lipert A, Jegier A Metody pomiaru aktywności ruchowej człowieka. Polish Journal of Sports Medicine/Medycyna Sportowa 2009; 25(3): 155-168.

Rafał Rowiński¹, Mariusz Kozakiewicz², Karolina Rowińska³

¹Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji

²Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii

³Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Łomiankach

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	IV.4.A.5. Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku angielskim	Veterans Specific Activity Questionnaire	
Skrót	VSAQ	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Myers J i wsp
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Myers J, Do D, Herbert W, et al. A nomogram to predict exercise capacity from a specific activity questionnaire and clinical data. The American Journal of Cardiology 1994; 73(8): 591–596.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Oszacowanie wydolności pacjenta na podstawie jego ograniczeń w aktywności fizycznej
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Kwestionariusz VSAQ zawiera listę 13 czynności związanych z życiem codziennym. Pod uwagę bierze się aktywności związane z czynnościami samoobsługowymi, pracą w domu, jego otoczeniu, przemieszczaniem się, aktywnościami rekreacyjnymi oraz sportem wyczynowym. Czynności te stają się coraz trudniejsze w miarę czytania kwestionariusza. Należy zaznaczyć pierwszą czynność, która jeśli wykonywana byłaby przez pewien czas powodowałaby zmęczenie, duszność, dyskomfort w klatce piersiowej lub w inny sposób powodowałaby zaprzestanie wykonywania czynności.

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

	Orientacyjny czas badania	Do 5 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Jako substytut testów wysiłkowych w celu oszacowania wydolności funkcjonalnej pacjenta i zindywidualizowania protokołu testów wysiłkowych.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Brak
	Miejsce badanych	Dowolne
	Stan badanych	Osoby aktywne i nieaktywne
	Sytuacje	Brak
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki ankiety	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każda czynność z listy 13 aktywności dnia codziennego ma przypisany do siebie poziom METs (Metabolic equivalent of task, równoważnik metaboliczny). Pierwsza czynność zaznaczona przez pacjenta, która wykonywana dłużej powodowałaby zmęczenie, duszność, dyskomfort w klatce piersiowej lub w inny sposób powodowałaby zaprzestanie wykonywania czynności i przypisana do niej wartość METs jest wynikiem. Można również wartość METs z VSAQ użyć w nomogramie, który został stworzony w oparciu o wynik VSAQ i wiek pacjenta (Myers et al., 1994) $\text{METs} = 4,7 + 0,97 \times \text{VSAQ(MET)} - 0,06 \times \text{wiek}$	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej (Veterans Specific Activity Questionare)

Instrukcja: Przed rozpoczęciem w dniu dzisiejszym testu na bieżni musimy oszacować, jakie są Twoje zwykłe ograniczenia podczas codziennych czynności. Poniżej znajduje się lista czynności, które stają się coraz trudniejsze w miarę czytania kwestionariusza. Zastanów się dobrze, a następnie podkreśl pierwszą czynność, która jeśli wykonywałabyś ją przez pewien czas zwykle powodowałaby: zmęczenie, duszność, dyskomfort w klatce piersiowej lub w inny sposób powodowała, że chciałbyś przestać. Jeśli normalnie nie wykonujesz określonej czynności, spróbuj sobie wyobrazić jak by to było, gdybyś to zrobił.

VSAQ (MET)	Podkreśl aktywność, którą możesz wykonywać rutynowo bez objawów lub przy minimalnych objawach, takich jak: duszność, ból w klatce piersiowej, zmęczenie. Zaznacz tylko jedną odpowiedź.	
1 MET	Jedzenie, ubieranie się, praca przy biurku	
2 MET	Branie prysznica, zakupy, gotowanie, zejście w dół – 8 kroków	

3 MET	Wolny spacer po płaskim terenie wzdłuż 1-2 budynków, umiarkowane prace domowe: odkurzanie, zamiatanie podłogi, przynoszenie zakupów	
4 MET	Lekkie prace ogrodowe: grabienie liści, plewienie lub koszenie kosiarką silnikową, malowanie, lekka stolarka	
5 MET	Szybki marsz, taniec towarzyski, mycie samochodu	
6 MET	Gra w golfa (9 dołków), ciężka stolarka, pchanie kosiarki ręcznej	
7 MET	Przenoszenie 30 kg, wykonywanie ciężkich prac na zewnątrz (kopanie ziemi, szpalowanie gleby), chodzenie pod górę	
8 MET	Wnoszenie artykułów spożywczych na górę, przesuwanie ciężkich mebli, wolny bieg po płaskiej powierzchni, szybkie wchodzenie po schodach	
9 MET	Jazda na rowerze w umiarkowanym tempie, piłowanie drzewa, skoki na skakance (wolno)	
10 MET	Szybkie pływanie, wjeżdżanie rowerem pod górę, szybkie wejście pod górę, bieg z szybkością 9,6 km/h	
11 MET	Przenoszenie ciężkiego ładunku (dziecko, drewno opałowe) przez 2 piętra schodów	
12 MET	Szybki bieg ciągły 12 km/h po płaskim terenie	
13 MET	Sport wyczynowy, okresowe sprinty, bieganie wyczynowe, wioślarstwo wyczynowe, jazda na rowerze	

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	- Myers J, Bader D, Madhavan R, et al. Validation of a specific activity questionnaire to estimate exercise tolerance in patients referred for exercise testing. <i>Am Heart J</i>. 2001;142(6):1041-1046. - De Oliveira Brito LV, Maranhao Neto GA, Moraes H, et al. Relationship between level of independence in activities of daily living and estimated cardiovascular capacity in elderly women. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 2014; 59(2): 367–371. - Maeder M, Wolber T, Atefy R, et al. Impact of the Exercise Mode on Exercise Capacity. <i>Chest</i> 2005; 128(4): 2804–2811. - Sadik J, Myers J, Froelicher V. A Modified Nomogram for Ramp Treadmill Testing Using the Veterans Specific Activity Questionnaire. <i>The American Journal of Cardiology</i> 2014, 114(5): 803–805. - Gawecki F, Myers J, Shovlin CL. Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ): a new and efficient method of assessing exercise capacity in patients with pulmonary arteriovenous malformations <i>BMJ Open Respiratory Research</i> 2019; 6: 1-7. - Kojima S, Wang DH, Tokumori K, et al. Practicality of Veterans Specific Activity Questionnaire in evaluation of exercise capacity of community-dwelling Japanese elderly. <i>Environ Health Prev Med</i>. 2006;11(6): 313-20. - Teren A, Zachariae S, Beutner F, et al. Incremental value of Veterans Specific Activity Questionnaire and the YMCA-step test for the assessment of cardiorespiratory fitness in population-based studies, <i>European Journal of Preventive Cardiology</i> 2016; 23(11): 1221–1227. - Navbade PR, Nagarwala RM, Dabadghav RP, et al. Agreement between Duke Activity Status Index and Modified Veterans Specific Activity Questionnaire in Healthy Individuals: A Cross-sectional Study. <i>J Med Sci</i> 2021; 7 (1):1-4. - Cook JW, Pierson LM, Herbert WG, et al. The influence of patient strength, aerobic capacity and body composition upon outcomes after coronary artery bypass grafting. <i>Thorac Cardiovasc Surg</i>. 2001; 49(2): 89-93. - Myers J, Zaheer N, Quaglietti S, et al. Association of Functional and Health Status Measures in Heart Failure. <i>Journal of Cardiac Failure</i> 2006; 12(6), 439-445.

IV.5. Pielęgniarstwo wielokulturowe

Zofia Sienkiewicz¹, Mariola Głowacka²

¹*Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

²*Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

IV.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IV. 4. A. 1. Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI)

IV. 4. A. 2. Nurse Cultural Competence Scale (NCCS)

IV.4.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

IV. 4. B. 1. Your Religiousness (P-NCCS)

IV.4.B.2. Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R)

IV.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	PIELĘGNIARSTWO WIELOKULTUROWE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.5.A.1. Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych	
Nazwa skali w języku angielskim	Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI)	
Skrót	CCCI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Thornson Carol Ann
	Rok publikacji	2010
	Źródło	https://stars.library.ucf.edu/
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Krystian Barzykowski, Anna Majda, Paweł Przyłęcki, Małgorzata Szkup e-mail: krystian.barzykowski@uj.edu.pl
	Rok publikacji	2019
	Źródło	Barzykowski K., Majda A., Przyłęcki P., Polish Adaptation of the Cross - Cultural, Polska Adaptacja Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych: Prezentacja narzędzia, 2020, 19, 1, 70.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie służy do pomiaru poziomu kompetencji międzykulturowych w trzech aspektach: poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Łączna liczba pytań: 63 Domeny: adaptacja kulturowa, determinacja, tolerancja, autoprezentacja, cel misji, zaangażowanie, kłamstwo i pożądanie społeczne. Skala pomiarowa: skala Likerta (1-7) Grupa: pracownicy systemu ochrony zdrowia (lekarze, pielęgniarki), studenci kierunków medycznych.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 63 twierdzeń, które dotyczą następujących obszarów: adaptacja kulturowa, samoprezentacja, tolerancja niejednoznaczności/niepewności, determinacja, gotowość do angażowania się, misja, skala kłamstwa i aprobaty.
	Orientacyjny czas badania	Czas realizacji to około 10-15 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Nie określono
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	≥ 60 lat
	Miejsce badanych	Narzędzie wykorzystywano zarówno w ocenie osób starszych mieszkających w społeczności, a także zamieszkujących domy opieki.
	Stan badanych	Badany świadomie udziela odpowiedzi na pytania lub samodzielnie wypełnia kwestionariusz ankiety.
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono

Osoby, które mogą stosować skalę	Formularz skali/kwestionariusz ankiety może być wypełniany samodzielnie przez osoby badane, a także przez pracowników ochrony zdrowia w trakcie wywiadu przeprowadzanego z osobą badaną. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Skala w wolnym dostępie, jej użycie nie wymaga zgody autorów	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Ross K.G., Thomson C.A., McDonald D.P., Arrastia M.C., The Development of the CCCI: The Cross-Cultural Competence Inventory	

Przegląd doniesień	
Bibliografia	1. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P, Szkup M. The Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and psychometric properties of the Polish adaptation. PLoS One. 2019 Mar 7; 14(3): 1-21. 2. Campinha-Bacote J. Wiele twarzy: zajmowanie się różnorodnością w opiece zdrowotnej. Online J Problemy Pielęgniarki. 2003;8(1). 3. Campinha-Bacote J. Proces kompetencji kulturowych w świadczeniu usług opieki zdrowotnej: podróż trwa. Cincinnati, Ohio: Transcultural CARE Associates; 2007 4. Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Miary kompetencji kulturowych pielęgniarek: przegląd integracyjny. Światowy Dziennik Naukowy. 2013; 2013:289101. pmd:23818818 5. Thomson CA, Ross KG. Walidacja konstrukcji i kryteriów Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych. Raport końcowy. Instytut Zarządzania Równymi Szansami Obrony (DEOMI); 2010

Grupa skal	PIELĘGNIARSTWO WIELOKULTUROWE	
Nazwa skali w języku polskim	IV.5.A.2. Skala Świadomości Kulturowej/	
Nazwa skali w języku angielskim	Nurse Cultural Competence Scale	
Skrót	NCCS	
Wersja skali	ORYGINALNA SKALA: Perng S-J, Watson R. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. J Clin Nurs. 2012 Jun; 21(11-12): 1678-84.	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Perng S. i Watson R.
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Danuta Zarzycka, Agnieszka Chrzan- -Rodak, Jadwiga Bąk, Barbara Niedorys-Karczmarczyk, Barbara Ślusarska e-mail: agnieszkachrzan607@gmail.com, danutazarzycka@umlub.pl
	Rok publikacji	6 października 2020
	Źródło	https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240884
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala służy do pomiaru zdolności pielęgniarek do holistycznej opieki nad pacjentami odmiennymi kulturowo. Skupia się na ocenie poziomu kompetencji kulturowych

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Im wyższy wynik osiągnięty przez badaną osobę, tym wyższy poziom kompetencji kulturowych.
	Struktura skali	Domeny: świadomość kulturowa, wiedza kulturowa, wrażliwość kulturowa, umiejętności kulturowe Skala liczy 41 pytań Rzetelność: współczynnik α Cronbacha: 0.94
	Orientacyjny czas badania	ok 15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	eksploracyjna analiza czynnikowa doprowadziła do wyodrębnienia czterech czynników – współczynnik KMO wyniósł 0.905, a test sferyczności Bartletta wykazał, że istnieją istotne korelacje między analizowanymi zmiennymi ($\chi^2 = 5755.107$; $df = 820$; $p < 0.001$); analiza trafności teoretycznej nie wykazała istotnych różnic wyniku ogólnego skali NCCS-P w zależności od wieku oraz stażu pracy respondentów.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie określono
	Miejsce badanych	Placówki ochrony zdrowia
	Stan badanych	pielęgniarki aktywne zawodowo
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Nie określono
Formularz skali/ kwestionariusz LINK DO PEŁNEGO TEKSTU PUBLIKACJI (DO POBRANIA PŁATNIE): https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x		

Bibliografia	- Balcazar FE , Suarez-Balcazar Y i Taylor-Ritzler T (2009) Kompetencje kulturowe: rozwój ram koncepcyjnych . <i>Niepełnosprawność i Rehabilitacja</i> 31 , 1153 – 1160 . - Betancourt JR , Green AR , Carriilo JE & Park ER (2005) Kompetencje kulturowe i dysproporcje w opiece zdrowotnej: kluczowe perspektywy i trendy . <i>Sprawy zdrowotne</i> 24 , 499 – 505 . - Capell J , Veenstra G & Dean E (2007) Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej: krytyczna analiza konstruktu: jego ocena i implikacje . <i>The Journal of Theory Construction and Testing</i> 11 , 30 – 37 . - Ahmann E (2002) Rozwijanie kompetencji kulturowych w placówkach opieki zdrowotnej . <i>Pielęgniarstwo dziecięce</i> 28 , 133 – 137 .
--------------	--

IV.5.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Grupa skal	Pielęgniarstwo wielokulturowe
Nazwa skali w języku polskim	IV.5.B.1. Skala Twoja Religijność
Nazwa skali w języku angielskim	Your Religiousness

Pielęgniarstwo wielokulturowe

Skrót	skala P-NCCS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Socha P.
	Rok publikacji	2012
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala służy do pomiaru religijnej ortodoksji katolickiej.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	NIE OKREŚLONO
	Struktura skali	Skala składa się z 32 twierdzeń, do których osoba badana odnosi się przy pomocy pięciostopniowej skali Likerta. Kwestionariusz zawiera trzy podskale.
	Orientacyjny czas badania	15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Nie określono
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież i osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Nie dotyczy
	Inne	Nie dotyczy

Nazwa skali w języku polskim	IV.5.B.2. Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Seid, K. i Gebremedhin, T.
Państwo	Etiopia
Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Seid, K. i Gebremedhin, T. (2022). Kompetencje kulturowe pielęgniarek w południowo-zachodniej Etiopii: badanie przekrojowe.
Źródło bibliograficzne	<i>Postępy w edukacji i praktyce medycznej</i> , 13 , 467–473.
Źródło on-line	

Nazwa skali w języku polskim	Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Roller, M. i Ballestas, H
Państwo	USA
Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Roller, M. i Ballestas, H. (2016). Kompetencje kulturowe: Pomiar zrównoważonego rozwoju po programie immersji dla studentów studiów licencjackich . <i>Dziennik Stowarzyszenia Pielęgniarek Stanu Nowy Jork</i> , 45(1), 21-27.
Źródło bibliograficzne	<i>Dziennik Stowarzyszenia Pielęgniarek Stanu Nowy Jork</i> , 45(1), 21-27.

Inne narzędzia wykorzystywane w pielęgniarstwie wielokulturowym:

Inwentarz do oceny procesu konkurencyjności kulturowej wśród pracowników służby zdrowia (IAPCC-HCP)

Inwentarz do oceny procesu kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia – wersja studencka (IAPCC-SV)

Inwentarz do oceny procesu kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia w mentoringu (IAPCC-M)

Inwentarz do oceny biblijnego światopoglądu kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia (IABWCC)

Wyniki programu nauczania kompetencji kulturowych (OCCC)

IV.6. Narzędzia stosowane w dydaktyce medycznej

Sienkiewicz Zofia¹, Bączek Grażyna¹, Wrońska Irena²

¹ Warszawski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu

² Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa

I.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

I.4.A.1. Inwentarz klinicznego środowiska uczenia się (CLEI)

IV.A.2. Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży

IV.6.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	NARZĘDZIA STOSOWANE W DYDAKTYCE MEDYCZNEJ	
Nazwa skali w języku polskim	IV.6.A.1. Inwentarz klinicznego środowiska uczenia się (CLEI)	
Nazwa skali w języku angielskim	The clinical learning environment inventory	
Skrót	CLEI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Chan (2001, 2002) został przyjęty do tego badania. Jego podstawowa teoria zasady oparto na Moosie (1974, 1979),
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Jn.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak danych
	Rok publikacji	Brak danych
	Źródło	Brak danych
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Międzynarodowa użyteczność CLEI: Włochy (Perli i Brugnonli, 2009), Australia (Henderson i in., 2012; Smedley i Morey, 2010), Grecja (Papathanasiou, Tsaras i Sarafis, 2014), Norwegia (Berntsen, Bjørk i Brynildsen, 2017) i Irlandia (Shivers, Hasson i Slater, 2017),
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Skala składa się z pięciu części oceniających determinanty: Personalizacja, Zaangażowanie studentów, Orientacja na zadanie, Innowacja, Indywidualizacja
	Orientacyjny czas badania	10 minut

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	(Berntsen i Bjørk, 2010; Papatthanasiou i wsp., 2014; Smedley i Morey, 2010).
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Studenci
	Miejsce badanych	Narzędzie wykorzystywano w uczelniach medycznych
	Stan badanych	Badany świadomie udziela odpowiedzi na pytania lub samodzielnie wypełnia kwestionariusz ankiety.
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Formularz skali/kwestionariusz ankiety może być wypełniany samodzielnie przez osoby badane, a także przez pracowników ochrony zdrowia w trakcie wywiadu przeprowadzanego z osobą badaną. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Skala w wolnym dostępie, jej użycie nie wymaga zgody autorów

Grupa skal	NARZĘDZIA STOSOWANE W DYDAKTYCE MEDYCZNEJ	
Nazwa skali w języku polskim	IV.6.A.2. Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży	
Nazwa skali w języku angielskim	A short scale for evaluating youth social support	
Skrót	-	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Bartłomiej Skowroński jest adiunktem w Zakładzie Pedagogiki Resocjalizacyjnej Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW oraz sądowym kuratorem zawodowym Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Północ. Adres e-mail: b.skowronski@uw.edu.pl. Mgr Rafał Pabich jest absolwentem studiów doktoranckich w Instytucie Psychologii UKSW. Adres e-mail: rafapab@poczta.onet.pl.
	Rok publikacji	2015
	Źródło	Profilaktyka społeczna i resocjalizacja 2015, 27 ISSN 2300-3952 <i>Bartłomiej Skowroński, Rafał Pabich</i>
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Nie dotyczy
	Rok publikacji	Nie dotyczy
	Źródło	Nie dotyczy
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Nie dotyczy
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Krótka Skala Oceny Wsparcia Społecznego Młodzieży jest przeznaczona do badania wsparcia społecznego młodzieży gimnazjum, choć może być stosowana z powodzeniem także w grupie młodzieży uczęszczającej do liceum. W momencie tworzenia niniejszej publikacji nie ma jeszcze opracowanych norm stenowych. Poniżej znajdują się średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe z uwzględnieniem podziału na płeć.

Narzędzia stosowane w dydaktyce medycznej

		Wynik skali to suma wszystkich itemów, które wcho- dzą w skład skali — stanowią one wynik ogólny skali. Ponadto możliwe jest obliczenie oddzielnych wyników dla wsparcia rówieśniczego, nauczycielskiego oraz ro- dzicielskiego na podstawie podanego klucza. Możliwe jest obliczenie oddzielnych wyników dla wsparcia ró- wieśniczego, nauczycielskiego oraz rodzicielskiego na podstawie podanego klucza
	Struktura skali	Podział na trzy części
	Orientacyjny czas ba- dania	5 minut
	Dotychczasowe wyko- rzystanie skali na pod- stawie doniesień nauko- wych i doświadczenia zawodowego	Współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł 0,85 dla wszystkich pod- skal: wsparcie nauczycielskie, wsparcie rówieśnicze, wsparcie rodzicielskie, wartości współczynników alfa Cronbacha można uznać za bezsprzecznie zadowalają- ce, wszystkie z nich przekraczają bowiem wartość 0,8.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie określono
	Miejsce badanych	uczelnia
	Stan badanych	Nie określono
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień	
Dodatkowe kryteria zastosowa- nia skali		Poproszenie o zgodę autorów skali
Klucz do skali/ interpretacja wy- ników	wsparcie rodzicielskie: 3, 7, 11, 15, 18 wsparcie rówieśnicze: 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 17 wsparcie nauczycielskie: 2, 5, 9, 13, 16,	
Formularz skali/ kwestionariusz		

KSWs-18

(wersja eksperymentalna)

Imię/pseudonim

Wiek Płeć K M

Instrukcja: Przeczytaj uważnie poniższe twierdzenia i wskaż na ile podane przykłady wspierających zachowań rodziców, koleżanek/kolegów i nauczycieli, dotyczą Ciebie. Swoją odpowiedź zaznacz otaczając kółkiem jedną z następujących możliwości:

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie
5	4	3	2	1

1.	Moi koledzy/koleżanki wspierają mnie, kiedy jest mi źle.	5	4	3	2	1
2.	Nauczycielom zależy na moich dobrych ocenach.	5	4	3	2	1
3.	Rodzice wspierają mnie i zachęcają do nauki.	5	4	3	2	1
4.	W klasie mogę liczyć również na inne osoby.	5	4	3	2	1
5.	Odnoszę wrażenie, że moim nauczycielom zależy na mojej przyszłości.	5	4	3	2	1
6.	Gdy jest mi smutno mogę liczyć na wsparcie kolegów/koleżanek.	5	4	3	2	1
7.	Czuję się kochany przez rodziców.	5	4	3	2	1
8.	Mogę powiedzieć, że mam prawdziwych przyjaciół.	5	4	3	2	1
9.	Nauczyciele mobilizują mnie do nauki.	5	4	3	2	1
10.	Mam kolegów/koleżanki, z którymi szczerze rozmawiam o swoich problemach.	5	4	3	2	1
11.	Rodzice motywują mnie do nauki.	5	4	3	2	1
12.	Moi koledzy/koleżanki zachowują się wobec mnie lojalnie.	5	4	3	2	1
13.	Dostrzegam, że moim nauczycielom zależy na moim dobru.	5	4	3	2	1
14.	Chętnie spędzam czas wolny z moimi kolegami/koleżankami.	5	4	3	2	1
15.	Czuję wsparcie i zrozumienie od rodziców.	5	4	3	2	1
16.	Nauczyciele troszczą się o mnie.	5	4	3	2	1
17.	Gdy spotykam się z kolegami/koleżankami zwykle poprawia mi się humor.	5	4	3	2	1
18.	Rodzice wiedzą jaki/jaka jestem w szkole czy w domu.	5	4	3	2	1

Klucz:

wsparcie rodzicielskie: 3, 7, 11, 15, 18

wsparcie rówieśnicze: 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 17

wsparcie nauczycielskie: 2, 5, 9, 13, 16,

Bibliografia	1. Chipuer, Heather, Paul Bramston, Grace Pretty (2003) Determinants of Subjective Quality of Life Among Rural Adolescents: A Developmental Perspective. „Social Indicators Research” 61(1): 79–95. 2. Cieślak, Roman (1995) <i>Problemy pomiaru wsparcia społecznego: Skala Wsparcia Społecznego</i>. „Ergonomia” 18(2): 203–213. 3. Dierk, Jan-Michael, Matthias Conradt, Elisabeth Rauh, Pia Schlumberger, Johannes Hebebrand, Winfried Rief (2006) <i>What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills and social support</i>. „Journal of Psychosomatic Researches” 60(3): 219–227. 4. Jankowski, Konrad, Marcin Zajenkowski (2009) <i>Metody szacowania rzetelności pomiaru testem</i>. [w:] Krzysztof Fronczyk, red., <i>Psychometria. Podstawowe zagadnienia</i>. Warszawa: Vizja Press & IT, s. 84–110. 5. Kmiecik-Baran, Krystyna (1995) <i>Skala Wsparcia Społecznego: Teoria i właściwości psychometryczne</i>. „Przegląd Psychologiczny” 38: 201–214.
--------------	---

IV.7. Seksuologia

Piórkowska Kinga¹, Witkowska Katarzyna¹

¹ Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu

IV. 7. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IV. 7. A. 1. Kwestionariusz satysfakcji seksualnej (KSS)

IV. 7. A. 2. Skala służąca do badania motywacji seksualnych (AMORE)

IV. 7. A. 3. Poczucie satysfakcji z życia seksualnego Nomejko,
Dolińskiej-Zygmunt

IV. 7. A. 4. Skala satysfakcji seksualnej kobiet (SSS-W-R15)

IV. 7. A. 5. Ocena funkcjonowania seksualnego kobiet (FSFI)

IV.7.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	IV.7.A.1. SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	Kwestionariusz satysfakcji seksualnej	
Nazwa skali w języku angielskim	The Sexual Satisfaction Questionnaire	
Skrót	KSS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Mieczysław Plopa
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Polskie Forum Psychologiczne, 2017, tom 22, numer 4, s. 519-543
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Pomiar stopnia osiągniętej satysfakcji seksualnej z konkretnym partnerem.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 10 stwierdzeń dotyczących intymnych relacji mających miejsce w bliskim związku (małżeńskim, partnerskim) dwojga osób. 1. Pieszczenie przez partnera, partnerkę twoich intymnych części ciała 2. Pieszczenie przez ciebie ręką intymnych części ciała partnerki, partnera. 3. Odczuwanie zapachu twojej partnerki, twojego partnera. 4. Intymne rozmowy z partnerką, partnerem. 5. Przytulanie twojej partnerki, partnera. 6. Uwzględnianie we współżyciu seksualnym życzeń partnerki, partnera. 7. Tańczenie z partnerem, partnerką. 8. Uwzględnianie technik współżycia proponowanych przez partnera, partnerkę. 9. Stosunek seksualny z partnerką, partnerem. 10. Doświadczenie orgazmu podczas stosunku seksualnego z partnerką, partnerem. Odpowiedzi: „x” Nie występuje - a- Brak satysfakcji - b- Niska satysfakcja - c- Zadawalająca satysfakcja - d- Wysoka satysfakcja - e- Maksymalna satysfakcja
	Orientacyjny czas badania	10 – 15 minut

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Według autora KSS składający się z 10 stwierdzeń może być stosowany zarówno w badaniach indywidualnych, jak i zbiorowych osób obu płci będących w związkach formalnych czy nieformalnych. Jest dobrym uzupełnieniem badań dotyczących ogólnej satysfakcji ze związku.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Narzędzie zwiększa zatem możliwości badania poczucia odczuwanej satysfakcji seksualnej przez każdego z partnerów bliskiego związku (małżeńskiego oraz partnerskiego).
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Narzędzie może być wykorzystywane przez psychologów, socjologów, pedagogów oraz przedstawicieli nauk medycznych i nauk o zdrowiu.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Do zestawu stwierdzeń osoba badana ustosunkowuje się poprzez zaznaczenie wybranej pozycji na dymensji 0-5. Poszczególnym odpowiedziom przypisuje się odpowiednią wartość liczbową: 0, 1, 2, 3, 4, 5. Bliskość (poziom romantycznej relacji, otwartości, zwierzenia się, akceptacji zapachu, ciała) – 3, 4, 5, 6, 7, 8; Pieszczoty (poziom odczuwanej satysfakcji z „gry wstępnej”, wzajemnego dotykania się) – 1, 2; Seks (poziom satysfakcji ze stosunku seksualnego, osiągnięcia orgazmu) – 9, 10. Wynik ogólny jest sumą punktów z trzech wymiarów. Do interpretacji danych można stosować skalę stenową. Wyniki wyrażone w stenach interpretuje się jako nasilenia danej zmiennej w kierunku pożądanym bądź niepożądanym z punktu widzenia teorii psychologicznej. W interpretacji należy szczególną uwagę kierować na wyniki wykraczające poza granicę 5-6 stena w obu kierunkach. W badaniach można uzyskać różną konstelację zmiennych, w takich wypadkach należy dokonać szczegółowej analizy, korzystając również z innych źródeł informacji. Dla pełniejszej oceny relacji w związku małżeńskim (partnerskim) zasadne jest badanie obojga partnerów. Należy zwrócić uwagę na to, w jakim wzajemnym odniesieniu do siebie znajdują się wymiary satysfakcji seksualnej, czy są zbieżne, czy też nie, który z partnerów przejawia korzystniejszy układ zmiennych z perspektywy trwałości związku i jego jakości. Dla pełniejszej diagnozy relacji między partnerami celowe jest rozszerzenie procesu diagnostycznego o inne narzędzia badawcze (diagnoza poziomu więzi, komunikacji, wartości, celów życiowych itp.). Zaprezentowane normy (aneks) opracowano na podstawie badań osób w różnym wieku, o różnym poziomie wykształcenia, z różnym stażem małżeńskim czy kohabitacyjnym, zarówno z miast, jak i wsi.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Kwestionariusz satysfakcji seksualnej (KKS)

Kwestionariusz składa się z 10 stwierdzeń dotyczących intymnych relacji mających miejsce w bliskim związku (małżeńskim, partnerskim) dwojga osób.

Proszę ocenić poziom satysfakcji, którą czerpie Pan (i) z każdej podanej aktywności. Jedne z nich dotyczą Pana (i) aktywności wobec partnerki, partnera, inne aktywności partnerki, partnera w stosunku do Pani, Pana. Proszę udzielać szczerych odpowiedzi na poszczególne twierdzenia, wybierając spośród pięciu możliwości (odpowiednią literę zaznaczyć krzyżykiem).

Pozycja	Nie występuje	Brak satysfakcji	Niska satysfakcja	Zadowalająca satysfakcja	Wysoka satysfakcja	Maksymalna satysfakcja
1. Pieszczenie przez partnera, partnerkę twoich intymnych części ciała.		a	b	c	d	e
2. Pieszczenie przez ciebie ręką intymnych części ciała partnerki, partnera.		a	b	c	d	e
3. Odczuwanie zapachu twojej partnerki, twojego partnera.		a	b	c	d	e
4. Intymne rozmowy z partnerką, partnerem.		a	b	c	d	e
5. Przytulanie twojej partnerki, partnera.		a	b	c	d	e
6. Uwzględnianie we współżyciu seksualnym życzeń partnerki, partnera.		a	b	c	d	e
7. Tańczenie z partnerem, partnerką.		a	b	c	d	e
8. Uwzględnianie technik współżycia proponowanych przez partnera, partnerkę.		a	b	c	d	e
9. Stosunek seksualny z partnerką, partnerem.		a	b	c	d	e
10. Doświadczenie orgazmu podczas stosunku seksualnego z partnerką, partnerem.		a	b	c	d	e

Bibliografia	1. Płopa, M. (2006). <i>Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań</i>. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls. 2. Płopa, M. (2008). <i>Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych</i>. Warszawa: Wydawnictwo VIZJA PRESS & IT.
--------------	---

Grupa skal	SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.7.A.2. Skala służąca do badania motywacji seksualnych (AMORE)	
Nazwa skali w języku angielskim	The Affective and Motivational Orientation Related to Erotic Arousal Questionnaire –AMORE,	
Skrót	w języku polskim – Skala AMORE w języku angielskim - AMORE,	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Hill i Preston
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Hill, C.A., Preston, L.K. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. <i>Journal of Sex Research</i> , 33, 1, 27-45.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Dagna Kocur
	Rok publikacji	2019
	Źródło	Kocur Dagna, Polska wersja skali AMORE służącej do badania motywacji seksualnych, <i>Czasopismo Psychologiczne</i> , 25, 1, 2019, 79-93

Seksuologia

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie służy do analizy zależności motywów podejmowania aktywności seksualnej z satysfakcją seksualną oraz płcią psychiczną.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Skala ma zastosowanie wśród kobiet i mężczyzn aktywnych seksualnie. Służy do oceny pożądania seksualnego oraz wybranych zachowań podczas aktywności seksualnej. Ankieta zawiera także pytania dotyczące pobudliwości oraz typowej intensywności pożądania seksualnego.
	Struktura skali	Narzędzie zawiera łącznie 32 twierdzeń. Badany każde twierdzenie ocenia według poniższej punktacji: Zupełnie do mnie nie pasuje słabo do mnie pasuje trochę do mnie pasuje raczej do mnie pasuje bardzo do mnie pasuje
	Orientacyjny czas badania	15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz może być stosowany w badaniach naukowych (wraz z innymi skalami lub jako samodzielna metoda) oraz w diagnozie indywidualnej.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby aktywne seksualnie
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	w poradnictwie psychologicznym
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk o zdrowiu i nauk medycznych	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Formularz skali/ kwestionariusz		

SKALA AMORE

(Hill i Preston, 1996, polska wersja: Kocur, 2019)

Instrukcja: Proszę, odpowiedz na wszystkie pytania najlepiej, jak potrafisz. Jeśli nie jesteś pewien/pewna którejś odpowiedzi, proszę, wpisz najbardziej pasującą. To ważne, aby odpowiedzieć na wszystkie pytania. Nie ma złych ani dobrych odpowiedzi, nie ma też podchwytliwych pytań. Wpisz odpowiedź do kolumny po lewej stronie. Wykorzystaj skalę poniżej:

zupełnie do mnie nie pasuje
 słabo do mnie pasuje
 trochę do mnie pasuje
 raczej do mnie pasuje
 bardzo do mnie pasuje

1	Często czuję potrzebę bycia zdominowanym/(-ą) przez partnera/partnerkę, kiedy uprawiamy seks lub snujemy fantazje erotyczne.
2	Jednym z głównych powodów, dla których lubię seks z moim partnerem/moją partnerką, jest to, że mogę przekazać mu/jej, jak bardzo mi na nim/niej zależy i jak bardzo go/ją cenię.
3	Często mam ochotę fantazjować o seksie lub wyrażać siebie poprzez seks, kiedy życie się nie układa i chcę poprawić swój obraz w swoich oczach.
4	Często kiedy uprawiam seks lub snuję fantazje, bardzo podnieca mnie myśl, że może to doprowadzić do spółdzenia dziecka.
5	Często mam poczucie wyższości i mocy, kiedy wyrażam siebie poprzez seks.
6	Często kiedy chcę poczuć, że ktoś o mnie dba i się o mnie troszczy, seksualny kontakt z partnerem/partnerką okazuje się jednym z najlepszych sposobów.
7	Często seks jest najprzyjemniejszy, kiedy pomaga partnerowi/partnerce zapomnieć o jego/jej problemach i bardziej cieszyć się życiem.
8	Myślę, że seks i fantazje erotyczne to pod wieloma względami jedno z najbardziej podniecających i satysfakcjonujących rzeczy, jakich doświadczam.
9	Często podnieca mnie, kiedy partner/partnerka przejmuje inicjatywę i zachowuje się władczo podczas seksu lub w fantazjach erotycznych.
10	Jednym z aspektów seksu przynoszącym największe zadowolenie jest wyrażanie intensywności uczuć do partnera/partnerki podczas seksu
11	Kiedy wszystko idzie źle, podejmowanie jakichś zachowań seksualnych często znacznie poprawia moje spojrzenie na świat.
12	Najbardziej lubię seks wtedy, gdy razem z partnerem/partnerką staramy się o dziecko.
13	Wyrażenie siebie poprzez seks zwykle sprawia, że czuję się silny/(-a) i wiem, że mam nad wszystkim kontrolę.
14	Często mam ochotę na seks z partnerem/partnerką, kiedy chcę poczuć, że ktoś mnie rozumie i kiedy chcę pobyć z tą osobą sam na sam.
15	Często kiedy mój partner/moja partnerka ma zły dzień lub jest niezadowolony/(-a) z jakiegoś powodu, próbuję poprawić mu/jej humor poprzez wspólne intymne chwile.
16	Bardzo cenię seks jako sposób na przyjemne spędzanie czasu i dodanie szczypty szaleństwa do mojego życia.
17	To bardzo podniecające, kiedy partner/partnerka staje się niezwykle wymagający/(-a) i nagły/(-a) w czasie seksu lub w fantazjach erotycznych, tak jakby chciał/(-a) całkowicie mnie pościć.
18	Jednym z najlepszych aspektów seksu są momenty, kiedy widzę, że mój partner/moja partnerka naprawdę potrzebuje miłości i czułości, jakie wiążą się ze zbliżeniem.

19	Często kiedy czuję się nieszczęśliwy/(-a) lub w depresji, myślenie o seksie i sam seks sprawia, że czuję się lepiej.
20	Chciałbym/chciałabym uprawiać seks głównie wtedy, kiedy chodzi o spłodzenie dziecka.
21	Często poczucie kontroli nad partnerem seksualnym/partnerką seksualną jest upajające.
22	Kiedy chcę mieć poczucie przynależności i połączenia, wybieram seks jako dobry sposób kontaktu z partnerem/partnerką.
23	Czuję dużą satysfakcję, kiedy mogę pomóc partnerowi/partnerce przetrwać trudny okres poprzez okazanie mu/jej troski i seksualną bliskość.
24	Figlarność i zabawa podczas seksu są dla mnie niezwykle podniecające.
25	Szczególnie podnieca mnie poczucie bycia zdominowanym/(-ą) i kontrolowanym/(-ą) przez partnera/partnerkę podczas seksu lub w fantazjach erotycznych.
26	Uczucie bliskości emocjonalnej, jakiego doświadczam podczas seksu z partnerem/partnerką, to jeden z najbardziej satysfakcjonujących sposobów, by odczuć, że jest się cenionym.
27	Kiedy wszystko idzie źle, myślenie o seksie lub robienie czegoś o kontekście seksualnym bardzo poprawia mi humor i pomaga przez chwilę zapomnieć o problemach.
28	Jednym z głównych powodów, dla których uprawiam seks, jest chęć posiadania dzieci.
29	Często czuję się pobudzony/(-a), kiedy podczas seksu z partnerem/partnerką wydaję polecenia i kontroluję sytuację.
30	Często czuję potrzebę wyrażenia potrzeby emocjonalnej bliskości i intymności poprzez seks lub fantazje erotyczne z partnerem/ partnerką.
31	Dla mnie bardzo satysfakcjonującym aspektem seksu jest to, że pomaga partnerowi/partnerce poprawić stosunek do samego/samej
32	Doświadczanie napięcia seksualnego i energii seksualnej to pod wieloma względami najbardziej ekscytujące i najważniejsze aspekty życia seksualnego i fantazji erotycznych.

AMORE klucz

	Rzetelność	itemy
1. Doświadczanie władzy partnera	.877	1, 9, 17, 25
2. Docenianie partnera	.794	2, 10, 18, 26
3. Złagodzenie stresu	.887	3, 11, 19, 27
4. Prokreacja	.828	4, 12, 20, 28
5. Wzmacnianie poczucia własnej władzy	.825	5, 13, 21, 29
6. Docenianie przez partnera	.837	6, 14, 22, 30
7. Okazywanie troski	.809	7, 15, 23, 31
8. Przyjemność	.765	8, 16, 24, 32

Bibliografia	Mandal, E., Kocur, D. (2015). Poczucie władzy a poczucie satysfakcji seksualnej w intymnych relacjach. <i>Seksuologia Polska</i> , 13, 1, 1-7.
--------------	--

Grupa skal	SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.7.A.3. Poczucie satysfakcji z życia seksualnego	
Nazwa skali w języku angielskim	The Sexual Satisfaction Questionnaire	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Agnieszka Nomejko, Grażyna Dolińska-Zygmunt
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Polish Journal of Applied Psychology 2014, vol. 12 (3), 105–112

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej został stworzony do pomiaru poziomu satysfakcji seksualnej. Składa się on z dziesięciu itemów. Wyniki badań potwierdzają trafność i rzetelność metody. Kwestionariusz może być wartościowym narzędziem, służącym do pomiaru ustosunkowania podmiotu (poznawczo-emocjonalnego) do własnej aktywności seksualnej.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	W badaniu mogą brać udział osoby pełnoletnie aktywne seksualnie.
	Struktura skali	Na kwestionariusz składa się dziesięć twierdzeń. Osoba badana ustosunkowuje się do nich za pomocą 4-stopniowej skali Likerta: 1 — zupełnie tak nie jest, 2 — raczej tak nie jest, 3 — raczej tak jest, 4 — zdecydowanie tak jest. W celu zachowania trafności teoretycznej, czyli związku narzędzia testowego z nieobserwowalnym konstruktem teoretycznym opisującym mierzoną zmienną, zastosowano: — metodę sędziów kompetentnych, — analizę mocy dyskryminacyjnej pytań, — confirmacyjną analizę czynnikową.
	Orientacyjny czas badania	około 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Narzędzie posiada zadowalające właściwości psychometryczne
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie dotyczy.
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Osoby aktywne seksualnie
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala do stosowania w codziennej praktyce psychologicznej oraz dla przedstawicieli nauk medycznych i nauk o zdrowiu.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Za wynik badania kwestionariuszem uznaje się sumę odpowiedzi po przekodowaniu pytań odwrotnych diagnostycznie. Odpowiedzi na pytania zawarte są w czterostopniowej skali Likerta. Teoretyczny rozkład wyników zawiera się w przedziale 10–40. Założenia normalności rozkładu wyników otrzymanych w kwestionariuszu zostały zweryfikowane przez test Kołmogorowa-Smirnowa.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Poczucie satysfakcji z życia seksualnego autorstwa Agnieszki Nomejko oraz Grażyny Dolińskiej-Zygmunt

Poniżej znajduje się 10 stwierdzeń. Przeczytaj każde stwierdzenie i zakresł odpowiedź, która najlepiej oddaje

Pozycja	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie do końca się zgadzam	Nie do końca się nie zgadzam
1. Niepokoi mnie jakiś element mojego życia seksualnego.				
2. Seks jest dla mnie źródłem przyjemności.				
3. Myślenie o seksie wywołuje we mnie negatywne emocje.				
4. Czuję się atrakcyjny/ atrakcyjna seksualnie				
5. Myślę o sobie jako o kiepskim partnerze seksualnym.				
6. Nie mam problemów w życiu intymnym				
7. Lubię myśleć o moim życiu seksualnym				
8. Moje życie seksualne mnie frustruje.				
9. Obawiam się, że nie zadowolam mojego partnera/ partnerki seksualnej				
10. Uważam moje życie seksualne za udane				

Bibliografia	1. Dolińska- Zygmunt, G. (2001). Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. 2. Nomejko, A., & Dolińska-Zygmunt, G. (2014). The Sexual Satisfaction Questionnaire – Psychometric Properties. Polish Journal of Applied Psychology, 12(3), 105-112.
--------------	--

Grupa skal	SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.7.A.4. Skala satysfakcji seksualnej kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella	
Nazwa skali w języku angielskim	The Cindy Meston and Paul Trapnell sexual satisfaction Scale for women	
Skrót w języku angielskim	SSS-W	
Skrót w języku polskim	SSS-W-R15	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Cindy Meston and Paul Trapnell
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Meston, C.M., Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). The Journal of Sexual Medicine, 2, 66-81

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Michalina Iłska, Hanna Przybyła-Basista, Anna Brandt
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Iłska M., Przybyła-Basista H., Brandt A., Polskie Forum Psychologiczne, 2017, tom 22, numer 3, s. 440-458
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Narzędzie pomiaru uwzględnia specyfikę funkcjonowania kobiet w relacji seksualnej. Autorzy, przyjęli założenie, że satysfakcja seksualna jest pojęciem złożonym. Do składowych satysfakcji zalicza się komponenty osobiste oraz relacyjne. Podkreślono rolę dobrej seksualnej komunikacji (good sexual communication) między partnerami jako czynnika najczęściej analizowanego przez różnych badaczy w kontekście satysfakcji seksualnej, a także znaczenie zarówno nieseksualnych, jak i seksualnych aspektów ich relacji.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Kobiety pełnoletnie aktywne seksualnie
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 15 pytań. W warunkach polskich wykorzystano trzy podskale tj. zadowolenie, komunikacja, dopasowanie koncentrujących się na pomiarze satysfakcji seksualnej Zgodnie z oryginalnym kluczem podskalę Zadowolenie tworzą pozycje: 1, 2, 3, 4, i 5, podskalę Komunikacja – pozycje: 6, 7, 8, 9 podskalę Dopasowanie – pozycje: 10, 11, 12, 13, 14, 15
	Orientacyjny czas badania	15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Przedstawione rezultaty badań wskazują, iż polska wersja kwestionariusza SSS-W-R15 jest narzędziem rzetelnym, o dobrych właściwościach psychometrycznych, ukierunkowanym na badanie satysfakcji seksualnej kobiet oraz jej poszczególnych wymiarów: zadowolenia, komunikacji i dopasowania. Trójczynnikowa struktura polskojęzycznej 15-itemowej wersji narzędzia wyjaśnia 63,75% całkowitej wariancji. Wyniki badań można odnieść do opisu trzech wymiarów satysfakcji seksualnej kobiet zaproponowanych przez autorów skali: zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania, a układ poszczególnych twierdzeń pokrywa się z tym, który został zaproponowany w modelu Meston i Trapnella
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby pełnoletnie
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Nie dotyczy
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk o zdrowiu i nauk medycznych	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.

Klucz do skali/ interpretacja wyników	Średnia punktów pytań przypisanych danej domenie stanowi jej wynik, natomiast suma domen jest wskaźnikiem pomyślnego starzenia się. Domeny i wchodzące w ich skład pytania: podskale Zadowolenie – pozycje 1, 2, 3, 4, i 5, podskale Komunikacja – pozycje: 6, 7, 8, 9 podskale Dopasowanie – pozycje: 10, 11, 12, 13, 14, 15
Formularz skali/ kwestionariusz	

**Skala satysfakcji seksualnej kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella –
- właściwości psychometryczne polskiej wersji narzędzia**

Pytanie			
1. Jestem zadowolona z tego, jak obecnie wygląda moje życie seksualne.			
2. Często czuję, że czegoś mi brakuje w moim życiu seksualnym.			
3. Często czuję, że w moim życiu seksualnym jest za mało bliskości emocjonalnej.			
4. Jestem zadowolona z tego, jak często doświadczam intymności seksualnej w moim życiu (pocałunków, stosunków seksualnych itp.).			
Nie mam żadnych poważnych problemów ani obaw związanych z seksem (z podnieceniem, orgazmem, częstością kontaktów, dopasowaniem, komunikacją z partnerem itp.).			
6. Mój partner często się wycofuje, gdy próbuję z nim rozmawiać o seksie.			
7. Nie rozmawiamy z partnerem o seksie wystarczająco często lub wystarczająco otwarcie.			
8. Zazwyczaj mój partner czuje się zupełnie swobodnie, gdy chcę rozmawiać z nim o seksie			
9. Gdy ja chcę porozmawiać z partnerem o jego najgłębszych uczuciach i emocjach, on nie ma z tym żadnych problemów.			
10. Często czuję, że mój partner nie jest wystarczająco wrażliwy i świadomy moich seksualnych upodobań i pragnień.			
11. Często czuję, że nie jesteśmy z partnerem wystarczająco dopasowani seksualnie.			
12. Często czuję, że postawy i przekonania mojego partnera na temat seksu zbytnio różnią się od moich.			
13. Czasami myślę, że mój partner i ja jesteśmy niedopasowani do siebie, jeżeli chodzi o potrzeby i pragnienia związane z intymnością seksualną			

14. Czasami czuję, że nie jesteśmy z partnerem dla siebie wystarczająco atrakcyjni fizycznie.			
15. Czasami myślę, że mój partner i ja jesteśmy niedopasowani do siebie, jeżeli chodzi o preferencje seksualne i „styl seksualny”.			

Bibliografia	1. Meston, C.M., Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). The Journal of Sexual Medicine, 2, 66-81 2. Iłska M., Przybyła-Basista H., Brandt A., Polskie Forum Psychologiczne, 2017, tom 22, numer 3, s. 440-458
--------------	---

Grupa skal	SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	IV.7.A.5. Ocena funkcjonowania seksualnego kobiet	
Nazwa skali w języku angielskim	Female Sexual Function Index	
Skrót	FSFI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Wiegel Markus, Meston Cindy, Rosen Raymond
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross – validation and development of clinical cutoff stores. J Sex Martial Ther. 2005; 31: 1–20.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Drozdol Agnieszka
	Rok publikacji	2010
	Źródło	Drozdol Agnieszka, Skale oceny jakości życia i seksualności. W: Lew Starowicz Z, Skrzypulec V, red. Podstawy seksuologii. Warszawa: PZWŁ; 2010, s. 363–370.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala FSFI ocenia wszystkie aspekty funkcjonowania seksualnego kobiety. Jego celem jest wieloaspektowa samoocena funkcjonowania seksualnego w przeciągu ostatnich czterech tygodni. Narzędzie to umożliwia różnicowanie dysfunkcji seksualnych w obszarze pożądania, podniecenia, osiągania orgazmu, a także odczuwania satysfakcji seksualnej. Kwestionariusz może być stosowany w grupach zróżnicowanych pod względem etapu seksualnego w życiu, zarówno w okresie przed-, jak i pomenopauzalnym
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie dotyczy.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 19 pozycji Ocena dotyczy 6 domen: I – pożądania (1 i 2 pytanie), II – podniecenia (3,4, 5 i 6 pytanie), IV – lubrykacji (7, 8, 9 i 10 pytanie),

Seksuologia

		IV – orgazmu (11, 12 i 13 pytanie), V – satysfakcji seksualnej (14, 15 i 16 pytanie), VI – dolegliwości bólowych związanych z seksualnością (17, 18 i 19 pytanie). Ocena obejmuje okres ostatnich 4 tygodni.
	Orientacyjny czas badania	20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Jest to skala służąca do oceny funkcjonowania seksualnego kobiet. FSFI pomaga w rozpoznawaniu zaburzeń: pożądania seksualnego, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji oraz zaburzeń seksualnych związanych z bólem
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pełnoletnie kobiety aktywne seksualnie
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Nie dotyczy.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk o zdrowiu i nauk medycznych	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Klucz do skali/interpretacja wyników	1. Dla każdej domeny zsumuj punkty i pomnóż przez odpowiedni współczynnik, idąc po kolei od domeny I do VI: 0.6; 0.3; 0.3; 0.4; 0.4; 0.4, co daje ostateczny zakres punktacji od 0 do 6. Ocena: wyższy wskaźnik punktowy: lepsze funkcjonowanie w danej domenie. 2. Zsumuj następnie przeliczone wyniki punktowe a otrzymasz rezultat dotyczący ogólnego funkcjonowania seksualnego w zakresie od 2 do 36 punktów. Ocena: wartość 26 punktów lub mniejsza wskazuje na obecność znamienne klinicznych dysfunkcji seksualnych.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Ocena funkcjonowania seksualnego kobiet (Female Sexual Function Index)

W ciągu ostatnich 4 tygodni:

(Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)

1. Jak często odczuwała Pani pożądanie seksualne i zainteresowanie życiem seksualnym?

- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

2. Jak oceniałaby Pani natężenie (poziom) swojego pożądania seksualnego i zainteresowania życiem seksualnym?

- 5. Bardzo wysokie
- 4. Wysokie
- 3. Umiarkowane
- 2. Niskie
- 1. Bardzo niskie lub nieobecne

3. Jak często czuła się Pani pobudzona seksualnie (podniecona) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

4. Jak oceniałaby Pani natężenie (poziom) swojego pobudzenia seksualnego podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Bardzo wysokie
- 4. Wysokie
- 3. Umiarkowane
- 2. Niskie
- 1. Bardzo niskie lub nieobecne

5. W jakim stopniu była Pani pewna, że zawsze będzie Pani w stanie pobudzić się seksualnie (podniecić) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. W bardzo dużym stopniu
- 4. W dużym stopniu
- 3. W niskim stopniu
- 2. W umiarkowanym stopniu
- 1. W bardzo niskim stopniu lub wcale

6. Jak często była Pani zadowolona ze swojego pobudzenia seksualnego (podniecenia) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

7. Jak często odczuwała Pani wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

8. Jak trudno było Pani uzyskać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 1. Niezwykle trudno
- 2. Bardzo trudno
- 3. Trudno
- 4. Trochę trudno
- 5. Nietrudno

9. Jak często była Pani w stanie utrzymać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 5. Prawie zawsze lub zawsze
- 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
- 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
- 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
- 1. Prawie nigdy lub nigdy

10. Jak trudno było Pani utrzymać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

- 0. Nie odbywałam stosunków płciowych
- 1. Niezwykle trudno
- 2. Bardzo trudno
- 3. Trudno
- 4. Trochę trudno
- 5. Nietrudno

11. Jak często w czasie stymulacji seksualnej lub podczas stosunku płciowego przeżywała Pani orgazm?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

5. Prawie zawsze lub zawsze

4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)

3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)

2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)

1. Prawie nigdy lub nigdy

12. Jak trudno było Pani osiągnąć orgazm w czasie stymulacji seksualnej lub podczas stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

1. Niezwykle trudno

2. Bardzo trudno

3. Trudno

4. Trochę trudno

5. Nietrudno

13. Jak określiłaby Pani poziom swojej satysfakcji z dotychczasowej możliwości osiągania orgazmu w czasie aktywności seksualnej lub podczas stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)

2. Raczej niezadowolona

1. Bardzo niezadowolona

14. Jak określiłaby Pani poziom zadowolenia ze stopnia bliskości emocjonalnej pomiędzy Panią i partnerem w czasie aktywności seksualnej?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)

2. Raczej niezadowolona

1. Bardzo niezadowolona

15. Jak określiłaby Pani stopień zadowolenia ze związku seksualnego ze swoim partnerem?

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)

2. Raczej niezadowolona

1. Bardzo niezadowolona

16. Jak określiłaby Pani poziom swojej satysfakcji z dotychczasowego życia seksualnego?

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
2. Raczej niezadowolona
1. Bardzo niezadowolona

17. Jak często odczuwała Pani dyskomfort lub ból podczas penetracji w czasie stosunku płciowego?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Prawie zawsze lub zawsze
2. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
4. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
5. Prawie nigdy lub nigdy

18. Jak często odczuwała Pani dyskomfort lub ból podczas penetracji i całego stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Prawie zawsze lub zawsze
2. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
4. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
5. Prawie nigdy lub nigdy

19. Jak określiłaby Pani stopień dyskomfortu lub bólu podczas penetracji i całego stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Bardzo wysoki
2. Wysoki
3. Umiarkowany
4. Niski
5. Bardzo niski lub wcale

Bibliografia	1. Rosen R., Brown C., Heiman J. i wsp. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J. Sex Marital Ther. 2000; 26: 191–208. 2. Drosdzol Agnieszka, Skale oceny jakości życia i seksualności. W: Lew Starowicz Z, Skrzypulec V, red. Podstawy seksuologii. Warszawa: PZWL; 2010, s. 363–370. 3. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross – validation and development of clinical cutoff stores. J Sex Martial Ther. 2005; 31: 1–20. 4. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. J Sex Marital Ther. 2003; 29: 39–46
--------------	--

IV.8. Wykaz innych wybranych skal i kwestionariuszy standaryzowanych dostępnych w literaturze

- Krótka Metoda Oceny Radzenia Sobie Z Chorobą (KMORSZCH) – wersja dla kobiet
- Krótka Metoda Oceny Radzenia Sobie Z Chorobą (KMORSZCH) – wersja dla mężczyzn
- Kwestionariusz Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu (DHEQ)
- Polska Wersja Krótkiej Skali Wrażliwości Na Kary i Nagrody (SPSRQ-SF COOPER I GOMEZ)
- Kwestionariusz Postaw Personelu wobec Przymusu (SACS)
- Kwestionariusz Profilu Podstawy Wobec Śmierci – Wersja Zrewidowana (DAP-R-PL)
- Skala Prężności Rodzinnej (FRAS-PL)
- Skala Samoświadomości Obrazu Ciała (BISC-PL)
- Skala Zaspokojenia I Frustracji Podstawowych Potrzeb Psychologicznych (BPNS&FS)
- Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej (FCIS)
- Skala Lęku – Cecha (SI-C)
- Skala Resilience Nauczycieli (SRN)
- Kwestionariusz radzenia sobie w trudnych sytuacjach społecznych (RTSS)
- Zrewidowany Kwestionariusz Zachowań Samobójczych (SBQ-R)
- Kwestionariusz Schematów (YSQ-S3-PL)
- Krótka Skala Do Oceny Doświadczeń Psychologicznych (PQ-B-PL)
- Skrócona Skala Ilorazu Empatii (SSIE)
- Skala Cyberchondrii (CSS-PL)
- Skala Bólu Psychicznego Ronalda Holdena (SOP)
- Kwestionariusz Otwartości Przekonań (KOP20)
- Polska Adaptacja Kwestionariusza Stylów Humoru (HSQ)
- Skala Podstawowego Samowartościowania (CSES-PL)
- Test Przesiewowy Na Uzależnienie Od Zachowań Seksualnych (SAST-R)
- Kwestionariusz Lęku Przed Wystąpieniami Publicznymi (GFER)
- Kwestionariusz Potrzeby Poznania (KPP)

- Wielowymiarowa Skala Postaw Względem Osób Niepełnosprawnych (MAS-PL)
- Kwestionariusz Humor W Pracy (HCQ)
- Skrócona Skala Ilorazu Empatii (SSIE)
- Skala Pobudzenia I Hamowania Seksualnego (SIS/SES PL)
- Kwestionariusz Self -Complete of Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S -LANSS)
- Kwestionariusz stylów rozwiązywania konfliktów (KSRK)
- Skala tłumienia myśli (WBSI)
- Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii (KMTA)
- Skala Konfliktu Interpersonalnego W Pracy (ICAWS)
- Skala Organizacyjnych Ograniczeń (OCS)
- Skala Obciążenia Pracą (CEJSH)
- Kwestionariusz Obszarów Zależności Wartości Ja (CSWS-PL)
- Skala Lęku Stomatologicznego (DAS)
- Skala Porównawcza Wyglądu Fizycznego (PACS)
- Kwestionariusz Interakcji Praca-Dom (SWING)
- Inwentarz Jakości Związku – Wersja Dla Osób W Żałobie (QRI-B)
- Skala Postrzeganej Autonomii (PAA)
- Skrócona Skala Lęku Matematycznego (AMAS)
- Skala Familizmu (EFA)
- Skala Dobrostanu Psychicznego Warwick-Edinburgh (PWBS)
- Kwestionariusz Stresu Wczesnego Życia (ELSQ)
- Kwestionariusz Zaangażowania w Działania Znaczące (KZDZ)
- Krótka Skala Do Mierzenia Stresu W Pracy (KSSP)
- Skala Jakości Życia Przy Owrzodzeniu Stopy (DFS-SF)
- Kwestionariusz Poczucia Winy Związanego Z Traumą (TRGI-PL)
- Narzędzie Pomiaru Ekspozycji Na Traumatyczne Zdarzenia Według Definicji Dsm-5 (LEC-5)
- Inwentarz Samoopieki w Cukrzycy (SCODI)
- Kwestionariusz Do Pomiaru Kompetencji Pragmatycznej (LUI)
- Przegląd Wyników Nadciśnienia Płucnego Cambridge (CAMPHOR)
- Krótka Skala Objawów Negatywnych (BNSS)

- Ankieta Dotycząca Jakości Życia Ze Skoliozą Sporządzona W Bad Sobernheim (BSSQ-BRACE)
- Ankieta Dotycząca Jakości Życia Ze Skoliozą Sporządzona W Bad Sobernheim (BSSQ-DEFORMITY)
- Skala Ashwortha (MAS)
- Skala Apais (APAIS)
- Jednomiarowa Skala Bliskości w Relacji (JSBI)
- Skala Subiektywnego Szczęścia (SHS)
- Wskaźnik Kruchości Tilburg (TFI)
- Skala Głodu Alkoholu Penn (PACS)
- Skala Stanu Zdrowia Po Oparzeniach (BSHS-B)
- Kwestionariusz Obaw Przed Implantacją Kardiowertera-Defibrylatora (ICDC)
- Skala Przestrzegania Zaleceń Terapeutycznych W Nadciśnieniu Tętniczym Hill-Bone
- Europejska Skala Samoopieki Pacjentów Z Niewydolnością Serca (EHFSCBS)
- Kwestionariusz Jakości Życia Osób Młodych Z Deformacją Kręgosłupa (QLPSD)
- Zrewidowany Kwestionariusz Percepcji Choroby (IPQ-R)
- Skala Kruchości Edmonton (EFS)
- Skala Dystresu Około-traumatycznego (PED)
- Kwestionariusz Jakości Życia W Depresji (QLDS)
- Skala Samooceny Objawów Negatywnych (SNS)
- Międzynarodowy Kwestionariusz Jakości Życia W Stwardnieniu Rozsianym (FAMS)
- Kwestionariusz Doznań Cieleśnych (KDC)
- Skala Oceny Objawów Menopauzy (MRS)
- Skala Prokrastynacji Snu (BPS)
- Skala Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych (PHBS)
- Kwestionariusz Postrzegania Ukrytego Racjonowania Opieki Pielęgniarskiej (PRINCA)
- Kwestionariusz Warunków Efektywności Pracy II (CWEQ II)
- Kwestionariusz Postaw Personelu Wobec Przymusu (SACS)
- Formularz Dyskomfortu Mięśniowo Szkieletowego (CIOP)
- Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych (CCCI)
- Skala Kompetencji Kulturowych Pielęgniarek (NSSC-P)

- Kwestionariusz Oceny Kompetencji W Praktyce Opartej Na Dowodach Naukowych (EBP-COQ)
- Skala Oceny Postaw Wobec Nauki Kompetencji Komunikacyjnych (CSAS)
- Karta Oceny Stanu Dziecka/Osoby Niepełnosprawnej Wg Zmodyfikowanej Skali Niezależności Funkcjonalnej (FIM)
- Skala Oceny Równowagi I Chodu (POMA)
- Skala Oceny Ryzyka Operacyjnego Dla Chorych Po 70 Roku Życia (CUMMINSA)
- Skala Niedokrwienia Hachinskiego (HIS)
- Kwestionariusz Dobrego Małżeństwa (KDM-2)
- Ocena Zmęczenia Na Podstawie Subiektywnego Odczucia – Kwestionariusz Japoński
- Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (OLBI)
- Skale Wielowymiarowe (EMAS)
- Kwestionariusz Satysfakcji Opieki Stacjonarnej – Wersja Dla Rodziny
- Kwestionariusz Satysfakcji Opieki Stacjonarnej – Wersja Dla Pacjenta
- Polska Wersja Językowa Skali Oceny Wiedzy Na Temat Wirusowego Zapalenia Wątroby Typu C (BHCKS_PL)
- Skala Praktyki Familiocentrycznej do badania jakości relacji pomiędzy profesjonalistami a rodzinami korzystającymi ze wsparcia instytucjonalnego
- Kwestionariusz Afektu W Pracy
- Kwestionariusz wglądu w schizofrenię „Moje myśli i odczucia”
- Kwestionariusz Oceny Dokumentacji Pielęgniarskiej
- Kwestionariusz Seksuologiczny
- Kwestionariusz immersji
- Skala Mistycyzmu
- Kwestionariusz Samooceny Autentycznego Przywództwa
- Kwestionariusz Towarzystwa Badań Nad Skoliozą
- Europejska Skala Samoopieki Pacjentów Z Niewydolnością Serca – Wersja Zrewidowana
- Kwestionariusz Wisconsin do oceny objawów infekcji górnych dróg oddechowych u dzieci
- Skala Niepełnosprawności – Mrankin
- Skala Brunnstrom
- Drabina Cantrila.

- Skala Oceny Objawów Menopauzy
- Indywidualna Szansa Zachorowania Na Raka Sutka
- Skala Satysfakcji Pacjenta Z Opieki Pielęgniarskiej



WYDAWNICTWO NAUKOWE
AKADEMII MAZOWIECKIEJ
W PŁOCKU

Skale i kwestionariusze standaryzowane z zastosowaniem w realizacji świadczeń zdrowotnych, w programach studiów i procesie nauczania na kierunkach medycznych oraz w badaniach naukowych w dziedzinie nauki medycznej i nauki o zdrowiu.

Podręcznik bezpłatny przygotowany w ramach Projektu nr rej. SONP/SP/515048/2021, pt. "Klinimetria w doskonaleniu jakości świadczeń zdrowotnych i kształcenia na kierunkach medycznych".

Wydawnictwo Naukowe
Akademii Mazowieckiej w Płocku

