

## 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), WHO-QOL-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 Hamiltona-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 Cieśni 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 PIEŁĘGNIARSTWO ALERGOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.A.1. Europejskie Badania dotyczące Chorób Układu Oddechowego</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	European Community Respiratory Health Survey	
Skrót	ECRHS	
Wersja skali	<b>Właściwa</b> 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 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
	Miejsce badanych	Środowisko domowe ankietowanego, POZ, szpital
	Stan badanych	Grupa ryzyka, chorzy – alergicy
	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](http://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':**

14.1 Was this confirmed by a doctor?  NO  YES  
 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4.2 March / April	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4.3 May / June	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4.4 July / August	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4.5 September / October	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4.6 November / December	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.5 Have you had an attack of asthma in the last 12 months?  
**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	<input type="checkbox"/>
more than once a week, but not most nights	2	<input type="checkbox"/>
at least twice a month, but not more than once a week	3	<input type="checkbox"/>
less than twice a month	4	<input type="checkbox"/>
not at all	5	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
about once a day	2	<input type="checkbox"/>
at least once a week, but less than once a day	3	<input type="checkbox"/>
less than once a week	4	<input type="checkbox"/>
not at all	6	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
some of the days	2	<input type="checkbox"/>
most of the days	3	<input type="checkbox"/>

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?  
 Yes, in the week before my period  
 Yes, during my period  
 Yes, in the week after my period  
 Yes, another time of the month  
 Does not apply to me (i.e., amenorrhoeal)  
 No

TICK ONE BOX ONLY

	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>
	5	<input type="checkbox"/>
	6	<input type="checkbox"/>

NO YES

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	<input type="checkbox"/>
got worse	2	<input type="checkbox"/>
stayed the same	3	<input type="checkbox"/>
not the same for all pregnancies	4	<input type="checkbox"/>
don't know	5	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
February	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
March	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
April	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
May	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
June	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
July	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

August	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
September	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
October	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
November	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
December	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?  
 (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?  
 (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? TICK ONE BOX ONLY  
 None 1   
 Once 2   
 more than once 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 CHILDREN  
*you were five years old?*

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) 1   
 Self employed 2   
 Unemployed, looking for work 3   
 Not working because of poor health 4   
 Full-time house-person 5   
 Full time student 6   
 Retired 7   
 Other 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 NO YES  
 months or longer since the last survey?

**IF YES NOW GO TO OCCUPATIONAL MATRIX**

**Appendix R1 - ECRHS II Main Questionnaire**

Centre number   
 Personal number   
 Sample   
 Date   
DAY MONTH YEAR

Q 28. 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?		Q28.4. In what month and year did you stop working in this job?	
			MONTH	YEAR	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 3?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 6?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 7?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 8?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 9?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 3?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 6?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 7?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 8?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 9?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?  
**IF YES GO TO QUESTION 38, IF NO** TIMES  
[ ] [ ]

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? [ ] [ ]

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 | <input type="checkbox"/> |
| b) a one family house detached from any other house?  | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) a one family house attached to one or more houses? | 3 | <input type="checkbox"/> |
| d) a building for two families?                       | 4 | <input type="checkbox"/> |
| e) a building for three or four families?             | 5 | <input type="checkbox"/> |
| f) a building for five or more families?              | 6 | <input type="checkbox"/> |
| g) a boat, tent or van                                | 7 | <input type="checkbox"/> |
| e) other: _____                                       | 8 | <input type="checkbox"/> |

38. Does your home have any of the following? **NO YES**
- |                                              |                          |                          |
|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38.1 central heating                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38.2 ducted air heating (forced air heating) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38.3 air conditioning                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.2 open gas fire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.3 electric heater              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.4 paraffin heater              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.5 gas-fired boiler             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.6 oil-fired boiler             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.7 portable gas heater          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.8 other: _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. What kind of stove do you **mostly** use for cooking? **TICK ONE BOX ONLY**
- |                                                     |   |                          |
|-----------------------------------------------------|---|--------------------------|
| a) coal, coke or wood (solid fuel)?                 | 1 | <input type="checkbox"/> |
| b) gas (gas from the mains)?                        | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) electric?                                        | 3 | <input type="checkbox"/> |
| d) paraffin (kerosene)?                             | 4 | <input type="checkbox"/> |
| e) microwave                                        | 5 | <input type="checkbox"/> |
| f) gas (gas from bottles or other non-mains source) | 6 | <input type="checkbox"/> |
| g) other: _____                                     | 7 | <input type="checkbox"/> |

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

- |                 |                                                   |
|-----------------|---------------------------------------------------|
|                 | <b>NO YES</b>                                     |
| 40.1.1 gas hob  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 40.1.2 gas oven | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| b) gas (gas from the mains)?                        | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) electric?                                        | 3 | <input type="checkbox"/> |
| d) paraffin?                                        | 4 | <input type="checkbox"/> |
| e) gas (gas from bottles or other non-mains source) | 5 | <input type="checkbox"/> |
| f) don't know                                       | 6 | <input type="checkbox"/> |
| g) other: _____                                     | 7 | <input type="checkbox"/> |



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 | <input type="checkbox"/> |
| b) some of time                                                           | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) rarely (or only occasionally)                                          | 3 | <input type="checkbox"/> |
| d) I do not have a door or window that opens to the outside in my kitchen | 4 | <input type="checkbox"/> |
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 | <input type="checkbox"/> |
| b) some of the time? | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) none of the time? | 3 | <input type="checkbox"/> |
- 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45.2 contain rugs?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45.3 have double glazing?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 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 | <input type="checkbox"/> |
| b) 1-5 years old         | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) more than 5 years old | 3 | <input type="checkbox"/> |
- 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48.2 contain rugs?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48.3 have double glazing?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 49 How old is the oldest carpet or rug in your bedroom TICK ONE BOX ONLY
- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) less than one year    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 1-5 years old         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) more than 5 years old | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO	YES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

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

NO	YES	DK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IF YES**

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

NO	YES	DK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

NO	YES	DK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- 55.1.1-6 Which rooms have been affected?

- 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: \_\_\_\_\_

NO	YES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

NO	YES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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  1
- b) frequently  2
- c) seldom  3
- d) never  4
60. Have you taken any of the following measures to reduce allergen or exposure to allergen in your home since the last survey? **NO YES**
- 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? **NO YES**
- 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? **NO YES**
- 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? **NO YES**
- 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? **NO YES DK**
- 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? **NO YES DK**
- 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? **NO YES DK**
- 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

**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 | <input type="checkbox"/> |
| b) village in a rural area | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) small town              | 3 | <input type="checkbox"/> |
| d) suburb of a city        | 4 | <input type="checkbox"/> |
| e) inner city              | 5 | <input type="checkbox"/> |

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

- |                                                     | NO                       | YES                      |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 68.1 start to cough?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68.2 start to wheeze?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68.3 get a feeling of tightness in your chest?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68.4 start to feel short of breath?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68.5 get a runny or stuffy nose or start to sneeze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68.6 get itchy or watering eyes?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69.2 start to wheeze?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69.3 get a feeling of tightness in your chest?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69.4 start to feel short of breath?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69.5 get a runny or stuffy nose or start to sneeze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69.6 get itchy or watering eyes?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.2 start to wheeze?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.3 get a feeling of tightness in your chest?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.4 start to feel short of breath?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.5 get a runny or stuffy nose or start to sneeze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.6 get itchy or watering eyes?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**IF 'YES' TO ANY OF THE ABOVE:**

- | 70.7.1-4 Which time of year does this happen? | NO                       | YES                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 70.7.1 winter                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.7.2 spring                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.7.3 summer                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70.7.4 autumn                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| b) at least once a week   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) less than once a week  | 3 | <input type="checkbox"/> |

Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire

72 Do you take snacks between meals? NO YES

*IF 'NO' GO TO QUESTION 73, IF 'YES':*

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 *particular* food or foods? NO YES

*IF 'NO' GO TO QUESTION 74, IF 'YES':*

73.1 Have you nearly always had the same illness or trouble after eating this type of food? NO YES

*IF 'NO' GO TO QUESTION 74, IF 'YES':*

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

*['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]*

*IF 'NO' GO TO QUESTION 75, IF 'YES':*

74.1 How old were you when you started smoking? YEARS

74.2 Do you *now* smoke, as of *one month ago*? NO YES

*IF 'NO' GO TO QUESTION 74.3, IF 'YES':*

74.2.1-4 How much do you *now* 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? HOURS

at home

at workplace

in bars, restaurants, cinemas or similar social settings

elsewhere

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? NO YES

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?

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: TICK ONE BOX ONLY

a) when needed

b) in short courses

c) continuously

d) not at all

**If answer to 76.1.4 is when needed:** NUMBER

76.1.5 Number of puffs per month

**Appendix B 1 – ECRHS II Main Questionnaire**

**If answer to 76.1.4 is in short courses**

- 76.1.6 number of courses  
 76.1.7 number of puffs per day  
 76.1.8 average number of days per month

NUMBER


**If answer to 76.1.4 is continuously**

- 76.1.9 number of puffs per day

NUMBER

--	--

**76.2 long acting beta-2-agonist inhalers**

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

NO YES

- 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:

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

TICK ONE BOX ONLY

1
2
3
4

**If answer to 76.2.4 is when needed:**

- 76.2.5 Number of puffs per month

NUMBER

--	--

**If answer to 76.2.4 is in short courses**

- 76.2.6 number of courses  
 76.2.7 number of puffs per day  
 76.2.8 average number of days per month

NUMBER


**If answer to 76.2.4 is continuously**

- 76.2.9 number of puffs per day

NUMBER

--	--

**76.3 non-specific adrenoreceptor agonist inhalers**

- 76.3.1 If used, which one? \_\_\_\_\_

--	--

**76.4 anti-muscarinic inhalers**

- 76.4.1 If used, which one? \_\_\_\_\_

--	--

- 76.4.2 What type of inhaler do you use?

NUMBER

--	--

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



**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 **NUMBER**

76.4.8 average number of days per month **NUMBER**

*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? **NUMBER**

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 **NUMBER**

76.5.8 average number of days per month **NUMBER**

*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**?

77.1 **oral beta-2-agonists**

**NO YES**

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:

TICK ONE BOX ONLY

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

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

**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**

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:

TICK ONE BOX ONLY

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

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

**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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**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)? NO YES

**IF NO GO TO QUESTION 79** YEARS

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

**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 85, 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   
 at home in an emergency   
 at another location

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** NUMBER  
 86.4.1 How many times?

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*? NUMBER  
 88.1 nurse   
 88.2 physiotherapist   
 88.3 practitioner of 'alternative' medicine

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*? NUMBER  
 Breathing test in a laboratory specially for lung function measures   
 Skin test for allergy   
 Blood test for allergy   
 x-rays

90. Are you currently working? NO YES  
   
**IF NO GO TO Q90.2 IF YES** NUMBER  
 90.1. How many days of work have you lost because of asthma, shortness of breath or wheezing in the last 12 months?   
 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		
<b>IF NO GO TO 91. IF YES</b>		
91.2.1. When?	DAY	MONTH YEAR
	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
91. Have there been any days when you have had to <b>give up activities other than work</b> (e.g. looking after children, the house, studying) because of your asthma, wheezing or shortness of breath in the <b>last 12 months</b> ?		
	NO	YES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IF NO YOU HAVE FINISHED THE QUESTIONNAIRE IF YES</b>		
91.2. How many days on average each month?		
		M F
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Subjects Gender		
Subjects Date of Birth	DAY	MONTH YEAR
	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>INTERVIEW TYPE?</b>		
a) At centre face to face		1 <input type="checkbox"/>
b) At home face to face		2 <input type="checkbox"/>
c) By telephone		3 <input type="checkbox"/>
d) Self completed at home		4 <input type="checkbox"/>
<b>END</b>	FIELDWORKER NUMBER	<input type="checkbox"/>

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>Adv Med Sci.</i> 2021 Sep;66(2):424-31. doi: 10.1016/j.advms.2021.08.002.</li> <li>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. <i>Postepy Dermatol Alergol.</i> 2021 Aug;38(4):650-6. doi: 10.5114/ada.2020.94400.</li> <li>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. <i>Ann Agric Environ Med.</i> 2018 Jun 20;25(2):268-73. doi: 10.26444/aaem/80596.</li> <li>Krzych-Fałta E, Furmańczyk K, Tomaszewska A, Olejniczak D, Samoliński B, Samolińska-Zawisza U. Probiotics: Myths or facts about their role in allergy prevention. <i>Adv Clin Exp Med.</i> 2018 Jan;27(1):119-24. doi: 10.17219/acem/65476.</li> <li>Piekarska B, Furmańczyk K, Jaworski S, Stankiewicz-Choroszuca B, Krzych-Fałta E, Białoszewski AZ, Klak A, Samoliński BK. Building age, type of indoor heating and the occurrence of allergic rhinitis and asthma. <i>Postepy Dermatol Alergol.</i> 2020 Feb;37(1):81-5. doi: 10.5114/ada.2019.85288.</li> <li>Krzych-Fałta E, Lisiecka-Bielanowicz M, Furmańczyk K, Piekarska B, Wojas O, Samoliński B. Organizational model for the management of patients with chronic allergic conditions. <i>Postepy Dermatol Alergol.</i> 2019 Jun;36(3):339-45. doi: 10.5114/ada.2019.84288.</li> <li>Klak 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. <i>Pneumonol Alergol Pol.</i> 2016;84(5):251-7. doi: 10.5603/PiAP.2016.0031.</li> </ol>



## Alergologia i pielęgniarstwo alergologiczne

	<p>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. <i>Clin Transl Allergy</i>. 2019 Feb 11;9:4. doi: 10.1186/s13601-019-0246-y.</p> <p>9. Piekarska B, Sybilski AJ, Krzych-Fałta E, Furmańczyk K, Jaworski S, Białoszewski AZ, Stankiewicz-Choroszuca BL, Kłak A, Lipiec A, Samoliński BK. Effect of indoor air quality on the development of rhinitis in an urban population in Poland. <i>Allergy Asthma Proc</i>. 2018 Nov 1;39(6):e71-e77. doi: 10.2500/aap.2018.39.4177.</p> <p>10. Lipiec A, Wawrzyniak ZM, Sybilski AJ, Samolińska-Zawisza U, Krzych-Fałta E, Piekarska B, Dulny G, Stankiewicz-Choroszuca B, Raciborski F, Samoliński B. The association between paracetamol use and the risk of asthma, rhinitis and eczema in the Polish population. <i>Ann Agric Environ Med</i>. 2018 Sep 25;25(3):428-32. doi: 10.26444/aaem/86336.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	ALERGOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO ALERGOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.A.2. Międzynarodowe Badania nad Astmą i Alergią u Dzieci</b>	
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. <i>Eur Respir J</i> . 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. <i>Otolaryngol Pol</i> . 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 /bonus 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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	May <input type="checkbox"/>	September <input type="checkbox"/>
February <input type="checkbox"/>	June <input type="checkbox"/>	October <input type="checkbox"/>
March <input type="checkbox"/>	July <input type="checkbox"/>	November <input type="checkbox"/>
April <input type="checkbox"/>	August <input type="checkbox"/>	December <input type="checkbox"/>

5 In the past 12 months, how much did this nose problem interfere with your child's daily activities?:

Not at all	<input type="checkbox"/>
A little	<input type="checkbox"/>
A moderate amount	<input type="checkbox"/>
A lot	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	May <input type="checkbox"/>	September <input type="checkbox"/>
February <input type="checkbox"/>	June <input type="checkbox"/>	October <input type="checkbox"/>
March <input type="checkbox"/>	July <input type="checkbox"/>	November <input type="checkbox"/>
April <input type="checkbox"/>	August <input type="checkbox"/>	December <input type="checkbox"/>

- 5 In the past 12 months, how much did this nose problem interfere with your daily activities?:
- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Not at all        | <input type="checkbox"/> |
| A little          | <input type="checkbox"/> |
| A moderate amount | <input type="checkbox"/> |
| A lot             | <input type="checkbox"/> |

- 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.

<b>SCENE ONE:</b>	The first scene is of a young person at rest.		
<b>QUESTION ONE:</b>	Has your breathing been like this, at any time in your life?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened in the past year?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened one or more times a month?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
<b>SCENE TWO:</b>	The second scene is of two young people exercising. One is in a dark shirt and the other is in a white shirt.		
<b>QUESTION TWO:</b>	Has your breathing been like the boy's in the dark shirt during or following exercise at any time in your life?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened in the past year?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened one or more times a month?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
<b>SCENE THREE:</b>	The third scene is of a young person waking at night.		
<b>QUESTION THREE:</b>	Have you been woken at night like this at any time in your life?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened in the past year?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened one or more times a month?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
<b>SCENE FOUR:</b>	The fourth scene is also of a young person waking at night.		
<b>QUESTION FOUR:</b>	Have you been woken at night like this at any time in your life?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened in the past year?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened one or more times a month?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
<b>SCENE FIVE:</b>	The final scene is of another person at rest.		
<b>QUESTION FIVE:</b>	Has your breathing been like this at any time in your life?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened in the past year?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
if <b>YES:</b>	has this happened one or more times a month?	<b>YES</b>	<b>NO</b>

**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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>Adv Clin Exp Med</i>. 2018 Jan;27(1):119-24. doi: 10.17219/acem/65476.</li> <li>2. Namystowski 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. <i>The Epidemiology of Allergic Diseases in Poland (ECAP) survey: part two. Postepy Dermatol Alergol</i>. 2021 Jun;38(3):384-8. doi: 10.5114/ada.2021.107925.</li> <li>3. 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. <i>Postepy Dermatol Alergol</i>. 2020 Feb;37(1):81-5. doi: 10.5114/ada.2019.85288.</li> <li>4. Raciborski F, Kłak A, Czarnicka-Operacz M, Jenerowicz D, Sybilski A, Kuna P, Samoliński B, Wg E. Epidemiology of urticaria in Poland - nationally representative survey results. <i>Postepy Dermatol Alergol</i>. 2018 Feb;35(1):67-73. doi: 10.5114/ada.2018.73165.</li> <li>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. <i>Allergy Asthma Proc</i>. 2015 Sep-Oct;36(5):e81-5. doi: 10.2500/aap.2015.36.3882.</li> <li>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. <i>Public Health Nutr</i>. 2015 Feb;18(3):530-6. doi: 10.1017/S1368980014000676.</li> </ol>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	ALERGOLOGIA I PIELEGNIARSTWO ALERGOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.A.3. Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	St. George Respiratory Questionnaire	
Skrót	(SGRQ)	
Wersja skali	<b>Właściwa</b> 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	Profesjoniści, 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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Over the past 3 months, I have brought up phlegm (sputum):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Over the past 3 months, I have had shortness of breath:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Over the past 3 months, I have had attacks of wheezing:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>				
	3 attacks <input type="checkbox"/>				
	2 attacks <input type="checkbox"/>				
	1 attack <input type="checkbox"/>				
	no attacks <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/>				
	3 or more days <input type="checkbox"/>				
	1 or 2 days <input type="checkbox"/>				
	less than a day <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/>				
	1 or 2 good days <input type="checkbox"/>				
	3 or 4 good days <input type="checkbox"/>				
	nearly every day is good <input type="checkbox"/>				
	every day is good <input type="checkbox"/>				
8. If you have a wheeze, is it worse in the morning?	Please tick (✓) one:				
	No <input type="checkbox"/>				
	Yes <input type="checkbox"/>				

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getting washed or dressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking around the home	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking outside on the level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking up a flight of stairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking up hills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playing sports or games	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My cough makes me tired	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am breathless when I talk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am breathless when I bend over	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My cough or breathing disturbs my sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get exhausted easily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My chest trouble is a nuisance to my family, friends or neighbours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get afraid or panic when I cannot get my breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel that I am not in control of my chest problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I do not expect my chest to get any better	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have become frail or an invalid because of my chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercise is not safe for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Everything seems too much of an effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get embarrassed using my medication in public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have unpleasant side effects from my medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My medication interferes with my life a lot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot take a bath or shower, or I take a long time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I walk slower than other people, or I stop for rests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobs such as housework take a long time, or I have to stop for rests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I walk up one flight of stairs, I have to go slowly or stop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I hurry or walk fast, I have to stop or slow down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My breathing makes it difficult to do things such as very heavy manual work, run, cycle, swim fast or play competitive sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot go out for entertainment or recreation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot go out of the house to do the shopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot do housework	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot move far from my bed or chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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

Final published version of the St George's Respiratory Questionnaire, doi: 10.1183/13646460.11000000

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>Respir Med.</i> 2017 May;126:2-38. doi: 10.1016/j.rmed.2017.02.021</li> <li>2. Nelsen LM, Cockle SM, Gunsoy NB, Jones P, Albers FC, Bradford ES, Mullerova H.</li> <li>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.</li> <li>4. <i>J Asthma.</i> 2020 Sep;57(9):1006-16. doi: 10.1080/02770903.2019.1630640.</li> <li>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. <i>Int J Tuberc Lung Dis.</i> 2011 Jul;15(7):966-71. doi: 10.5588/ijtld.10.0603.</li> </ol>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>11. Rehman AU, Hassali MAA, Harun SN, Abbas S, Muneswarao J, Ali IABH, Hussain R.</p> <p>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.</p> <p>13. <i>Health Qual Life Outcomes.</i> 2020 May 13;18(1):138. doi: 10.1186/s12955-020-01393-1.</p> <p>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.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.1. Wizualna skala analogowa</b>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klimek L, Bergmann K Ch, Biedermann T, Bousquet J, Hellings P, Jung K, Merk H, Olze H, Schlechter 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 Allergology (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.</li> <li>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.</li> <li>3. Sousa-Pinto B, Eklund P, Pfaar O, Klimek L, Zuberbier T, Czarlewski W, Bédard A, Bindslev-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, Haahntela 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/ctlt.12062.</li> <li>4. Bédard A, Antó JM, Fonseca JA, Arnavielhe S, Bachert C, Bedbrook A, Bindslev-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.</li> <li>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.</li> <li>6. Klimek L, Bergmann KC, Biedermann T, Bousquet J, Hellings P, Jung K, Merk H, Olze H, Schlechter 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 Allergology (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.</li> </ol>
Źródło on-line	-
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.2. Czteroobjawowa skala oceny dolegliwości w alergicznym nieżycie nosa</b>
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-Guadaño E, Dávila I, del Cuvillo A, Colás C, Antépara I, Izquierdo I, Mullol J

Państwo	Hiszpania
Krótką 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	-
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.3. Łączna skala objawów nosowych</b>
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
Krótką 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Li AR, Zhang K, Reddy PD, Nguyen SA, Migłani 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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.nwentallergy.com/docs/Total_Nasal_Symptom_Score.pdf">https://www.nwentallergy.com/docs/Total_Nasal_Symptom_Score.pdf</a> Dostęp: 3.10.2022



<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.4. Kwestionariusz oceny jakości życia pacjentów z alergicznym zapaleniem błony śluzowej jamy nosa i spojówek</b>
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
Krótką 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 Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) [7] i starszych ARQLQ (Adolescent Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) [8] oraz w grupie chorych, którzy odczuwali „ <i>nocne dolegliwości</i> ” ze strony narządu wzroku i nosa: skalę NRQLQ (Nocturnal Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) [9].
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Juniper EF, Thompson AK, Ferrie PJ, Roberts JN. Validation of the standardized version of the Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire. <i>J Allergy Clin Immunol.</i> 1999;104(2):364-9.</li> <li>2. Tantilipikorn P, Saisombat P, Phonpornpaiboon P, Pinkaew B, Lermankul W, Bunnag C Minimal clinically important difference for the rhinoconjunctivitis 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.</li> <li>3. Katsimpris P, Tripsianis G, Printza A, Giotakis E, Simopoulos E, Constantinidis J, Katotomichelakis M. The Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire and its modified short version validation in adults and children with allergic rhinitis.</li> <li>4. <i>J Laryngol Otol.</i> 2022 Apr;136(4):341-48. doi: 10.1017/S0022215121004011.</li> <li>5. 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.</li> <li>6. 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 rhinoconjunctivitis patients. <i>Allergy.</i> 2018 May;73(5):1101-9. doi: 10.1111/all.13362.</li> <li>7. 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 A Efficacy 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.</li> <li>8. Juniper EF, Guyatt GH, Dolovich J. Assessment of quality of life in adolescents with allergic rhinoconjunctivitis: development and testing of a questionnaire for clinical trials. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 1994; 93: 413-23.</li> <li>9. Juniper EF, Howland WC, Roberts NB, Thompson AK, King DR. Measuring quality of life in children with rhinoconjunctivitis. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 1998; 101: 163-70.</li> <li>10. Juniper EF, Rohrbach T, Meltzer EO. A questionnaire to measure quality of life in adults with nocturnal allergic rhinoconjunctivitis. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2003; 111: 484-90.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="http://www.qoltech.co.uk/rqlq.html">http://www.qoltech.co.uk/rqlq.html</a> Dostęp: 3.10.2022

<b>Przykład 5</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.5. Kwestionariusz jakości życia z astmą</b>
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 badanej skali/ 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="http://u-breathe.ca/wp-content/uploads/2020/05/AQLQ_Asthma_quality_of_life_questionnaire_may2020-fillable.pdf">http://u-breathe.ca/wp-content/uploads/2020/05/AQLQ_Asthma_quality_of_life_questionnaire_may2020-fillable.pdf</a> Dostęp: 3.10.2022
<b>Przykład 6</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>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)</b>
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 badanej skali/ 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 alergeny, 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	1.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	<a href="https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2020/09/KOMPAS-astma-u-dzieci-czeklista-2016.pdf">https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2020/09/KOMPAS-astma-u-dzieci-czeklista-2016.pdf</a> Dostęp: 3.10.2022
<b>Przykład 7</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.7. System oceny nasilenia atopowego zapalenie skóry</b>
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 charakterystyką 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology 1993, 186, 23-31</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://plasticsurgerykey.com/29-atopic-dermatitis-scoring-severity-and-quality-of-life-assessment/">https://plasticsurgerykey.com/29-atopic-dermatitis-scoring-severity-and-quality-of-life-assessment/</a> Dostęp: 3.10.2022

<b>Przykład 8</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.8. Indeks powierzchni i nasilenia egzemy</b>
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
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Przeznaczona jest dla dzieci i dorosłych. Uwzględnia rozległość i nasilenie zmian skórnych ocenianych obiektywnie: rumień, naciek, przeczony 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="http://www.homeforeczema.org/documents/easi-case-report-form-for-age-8-years-and-over.pdf">http://www.homeforeczema.org/documents/easi-case-report-form-for-age-8-years-and-over.pdf</a> Dostęp: 3.10.2022
<b>Przykład 9</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.B.9. Skala średniego nasilenia objawów pokrzywki w ciągu 7 dni</b>
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
Krótką 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-łagodny, 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01726.x">https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01726.x</a></li> <li>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.</li> <li>3. Validation of UAS7 among children with chronic spontaneous urticaria.</li> <li>4. <i>Allergy Clin Immunol Pract.</i> 2022 Jul;10(7):1927-9.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2022.02.033.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://compass.clinic/wp-content/uploads/2020/05/UAS7-1.pdf">https://compass.clinic/wp-content/uploads/2020/05/UAS7-1.pdf</a> Dostęp: 3.10.2022

### II.1.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.C.1. Kwestionariusz oceny jakości życia SF 35</b>
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
Krótka 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 witalność funkcjonowania w społeczeństwie, stan emocjonalny oraz psychiczny [1]. Powszechnie stosowany w analizach porównawczych vs inne stosowane kwestionariusze np.: astmie, alergicznym niezycie nosa [2,3,4,5].
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

	<p>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.</p> <p>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.</p>
Źródło on-line	<a href="https://www.brandeis.edu/roybal/docs/SF-36_website_PDF.pdf">https://www.brandeis.edu/roybal/docs/SF-36_website_PDF.pdf</a> Dostęp 03.10.2022
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.C.2. Dzienniczek alergii</b>
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.

	<p>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.</p> <p>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, Gemicioğlu 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.</p>
Źródło on-line	<a href="https://apps.apple.com/pl/app/dzienniczek-alergii-wg-macvia/id1076246477?l=pl">https://apps.apple.com/pl/app/dzienniczek-alergii-wg-macvia/id1076246477?l=pl</a> Dostęp 03.10.2022
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.C.3. Test kontroli astmy</b>
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.
Krótka charakterystyka 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>J. Aller. Clin. Immunol.</i> 2004; 113: 59-65.</li> <li>du Rivage N, Ross M, Mayne SL, Suh A, Weng D, Grundmeier RW, Fiks AG.). Asthma Control Test. <i>Clin Pediatr (Phila)</i> 2017 Apr;56(4):341-7. doi: 10.1177/0009922816675013</li> <li>Palmsten K, Schatz M, Chan PH, Johnson DL, Chambers CD. Validation of the Pregnancy Asthma Control Test. <i>J Allergy Clin Immunol Pract.</i> 2016 Mar-Apr;4(2):310-5.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2015.11.019.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.astma-alergia-pochp.pl/images/stories/file/test_kontroli_astmy_dla_osob_w_wieku_12_lat_i_starszych.pdf">https://www.astma-alergia-pochp.pl/images/stories/file/test_kontroli_astmy_dla_osob_w_wieku_12_lat_i_starszych.pdf</a> Dostęp 3.10.2022
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.1.C.4. Wskaźnik dla atopowego zapalenia skóry (W-AZS)</b>
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. <i>Acta Dermatovenerol Croat</i> 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	<b>II.2.A.1. Kwestionariusz do oceny jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby</b>	
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	Profesjonaliści, 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.

Choroby zakaźne

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. Sierpińska L. Wybrane narzędzia oceny jakości życia chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Aspekty zdrowia i choroby. 2017; 3: 9–18</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>7. Sierpińska L. Evaluation of the quality of life people infected with HCV – proposed research instruments. Medical and Biological Sciences 2015; 29: 13–16</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>10. <a href="https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00863109">https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00863109</a></li> </ol>

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, Chodynicka 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	Profesjonaliści, lekarze, pielęgniarki, psychologowie, 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 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 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finlay A.Y, Khan, G. K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. <i>Clinical and Experimental Dermatology</i>. 1994, 19: 210-216.</li> <li>2. Szepietowski J, Salomon J, Finlay AY. i wsp. Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia — Dermatology Life Quality Index (DLQI): polska wersja językowa. <i>Dermatol. Klin.</i> 2004; 6: 63–70.</li> <li>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. <i>Br J Dermatol</i> 2017; 117: 1306-15</li> </ol>

## Choroby zakaźne

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Szepietowski J, Adamski Z, Chodorowska G i wsp. Leczenie łuszczycy zwyczajnej – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczyca łagodna, łuszczyca wieku dziecięcego. <i>Przeł. Dermatol</i> 2012; 99.:83–96</li> <li>5. Hrehorów E, Szepietowski J, Reich A. i wsp. Narzędzia do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: polskie wersje językowe . <i>Dermatol. Klin.</i> 2006; 8: 253–258.</li> <li>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. <i>Br J Dermatol</i> 2021.</li> <li>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. <i>Dermatology.</i> 2015, 230: 27-33.</li> <li>8. Rolka H, Lewko J, Kuprianowicz M, i wsp. Wpływ zmian trądzikowych na wybrane parametry jakości życia. <i>Dermatologia Kliniczna</i> 2008, 10: 15-19</li> <li>9. Wysoczyńska K, Żebrowska A, Waszczykowska E. Ocena jakości życia chorych na pęcherzycę, <i>Przeł. Dermatol</i> 2013, 100, 139–145</li> <li>10. <a href="https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index">https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index</a></li> </ol>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	CHOROBY ZAKAŹNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.A.3. Kwestionariusz oceniający wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny</b>	
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. <i>Br J Dermatol</i> 2007; 156: 528-538. Erratum: <i>British Journal of Dermatology</i> 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. <i>Forum Dermatologicum.</i> 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	Profesjonaliści: 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 musia-łeś/łaś wykonać z powodu choroby skóry twojego krewnego/partnera (np. sprzą- tanie, odkurzenie, 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 pra- cy, 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>6. Safizadeh H, Nakhae 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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>10. <a href="https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/family-dermatology-life-quality-index">https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/family-dermatology-life-quality-index</a></li> </ol>

Choroby zakaźne

Grupa skal	CHOROBY ZAKAŻNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.A.4. Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy GNDS</b>	
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 $\alpha$ – Cronbacha. Współczynnik $\alpha$ – 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 opisanie 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

<b>ZABURZENIA POZNAWCZE</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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		
<b>ZABURZENIA NASTROJU</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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?		
<b>PROBLEMY ZE WZROKIEM</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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?		
<b>PROBLEMY Z MOWĄ I KOMUNIKOWANIEM SIĘ</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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”:</i> (do osoby badającej lub opiekuna)			
5.	Czy pacjent jest zdolny do efektywnego komunikowania się przy użyciu tych metod?		
<b>PROBLEMY Z POŁYKANIEM</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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)?		
<b>NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ KOŃCZYN GÓRNYCH</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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?		
<b>NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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? <input type="radio"/> bez pomocy <input type="radio"/> z jednym kijkiem lub kulą, lub wspierając się na czymś ramieniu <input type="radio"/> z dwoma kijkami lub kulami, lub z jedną kulą i jednocześnie wspierając się na czymś ramieniu <input type="radio"/> na wózku inwalidzkim		

## Choroby zakaźne

4.	Jak zazwyczaj poruszasz się w pomieszczeniu? <input type="radio"/> bez pomocy <input type="radio"/> z jednym kijkiem lub kulą, lub wspierając się na czyims ramieniu <input type="radio"/> z dwoma kijkami lub kulami, lub z jedną kulą i jednocześnie wspierając się na czyims ramieniu <input type="radio"/> na wózku inwalidzkim		
<i>Jeżeli używasz wózka inwalidzkiego:</i>			
5.	Czy możesz wstać i przejść z pomocą kilka kroków?		
<b>PROBLEMY Z PĘCZERZEM</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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?		
<b>PROBLEMY Z JELITAMI</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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?		
<b>PROBLEMY SEKSUALNE</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Następnym zestaw pytań odnosi się do funkcjonowania seksualnego, czy wyrażasz <input type="radio"/> zgodę na odpowiedź na nie? <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 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?		
<b>ZMĘCZENIE</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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 sportkania 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?		
<b>INNE PROBLEMY</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
1.	Czy masz inne problemy związane z SM, takie jak ból, skurcze, zawroty głowy, które nie zostały wymienione do tej pory?		
2.	Czy zażywałeś 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Dymecka J, Bidzan M, Rautzko R, i wsp. Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy jako istotne narzędzie do oceny objawów występujących u osób z SM. <i>Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania</i>. 2017, 1 (22): 85 – 106.</li> <li>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</li> <li>Szydło E: Obciążenie opiekunów osób chorych na stwardnienie rozsiane. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński Kraków 2022</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

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	<b>II.2.B.1. Satysfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet</b>
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 charakterystykę skali / Zakres badanej skali / 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 połogu. 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	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8159889/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8159889/</a>
Przykład 2	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.2. Wskaźnik jakości życia ze stomią</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Stoma Quality of Life Index – SQLI
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	ConvaTec
Państwo	Francja

Krótka charakterystyka 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. <i>Ostomy Wound Manage</i> 2003; 49: 48-55
Źródło on-line	<a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/stoma-quality-of-life-index">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/stoma-quality-of-life-index</a>
<b>Przykład 3</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.3. Wyniki związane z pacjentem w zakresie jakości życia z HIV</b>
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
Krótka charakterystyka 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. <i>JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes</i> : 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. <i>Health Qual Life Outcomes</i> 2017;15: 220.

## Choroby zakaźne

Źródło on-line	
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.4. Skala do oceny stygmatyzacji HIV u świadczeniodawców</b>
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
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala HPASS została opracowana na podstawie teorii stygmatyzacji HIV zaproponowanej przez Earnshawa i Chadoira. 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	
<b>Przykład 5</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.5. Zadowolenie pacjenta z HIV z leczenia antyretrowirusowego</b>
Nazwa skali w języku angielskim	HIVTSQ (HIV Treatment Satisfaction Questionnaire)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Woodcock Alison i Bradley Clare
Państwo	Anglia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz został on 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	<a href="https://www.healthpsychologyresearch.com/guidelines/hivtsq-hiv-treatment-satisfaction-questionnaire">https://www.healthpsychologyresearch.com/guidelines/hivtsq-hiv-treatment-satisfaction-questionnaire</a>

<b>Przykład 6</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.6. Ocena Jakości życia pacjentów z HIV</b>
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)
Krótką 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. <i>Social Science &amp; Medicine</i> 2003, 57: 1259-1275
Źródło on-line	<a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77775/WHO_MSD_MER_Rev.2012.02_eng.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77775/WHO_MSD_MER_Rev.2012.02_eng.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
<b>Przykład 7</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.7. Wielowymiarowy Kwestionariusz Jakości Życia dla osób z HIV/AIDS</b>
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
Krótką 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



## Choroby zakaźne

	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
Źródło on-line	
<b>Przykład 8</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.8.</b>
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 badanej skali/ 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 badania kliniczne 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	<a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/medical-outcome-study-hiv-health-survey">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/medical-outcome-study-hiv-health-survey</a>
<b>Przykład 9</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.9. Kwestionariusz do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C</b>
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	<a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/chronic-liver-disease-questionnaire-hepatitis-c-version">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/chronic-liver-disease-questionnaire-hepatitis-c-version</a>
<b>Przykład 10</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.B.10. Kwestionariusz do oceny jakości życia małych dzieci</b>
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 zgodnie 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	<a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/infant-and-toddler-quality-of-life-questionnaire">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/infant-and-toddler-quality-of-life-questionnaire</a>

**II.2.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych**

<b>Przykład 1.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.1. Skala Baxtera</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Baxter scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brak informacji o autorze
Krótką charakterystyką 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- wkłucie 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 powrózek żylny mniejszy niż 3 cm nad wkłuciem; postępowanie: objawy zapalenia naczyń, usunięcie wkłucia, należy rozważyć leczenie 4- ból wzdłuż wkłucia, zaczerwienienie, obrzęk, wyczuwalne zgrubienia naczyń, powrózek żylny większy niż 3 cm 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Campbell, L. I.v.-related phlebitis, complications and length of hospital stay: part 2. <i>British Journal of Nursing</i>, 1998, 22: 1364–1366, 1368–1370, 1372–1363.</li> <li>Panadero A; Iohom G, Taj J., et al. A dedicated intravenous cannula for postoperative use Effect on incidence and severity of phlebitis. <i>Anaesthesia</i>, 2002, 57, 921–925</li> <li>Ray-Barruel G, Polit D.F, Murfield J.E, et al. Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i> 2014; 20: 191–202</li> <li>Benedysiuł E, Wójtowicz K: Standard pielęgnacji dostępu naczyniowego jako narzędzie monitorowania infekcji łóżyska naczyniowego. <i>Forum Medycyny Rodzinnej</i> 2017; 11:187-194.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://opiekunblog.blogspot.com/2017/05/skale-skala-baxtera.html">https://opiekunblog.blogspot.com/2017/05/skale-skala-baxtera.html</a>
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.2. Skala T.I.M.E</b>
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 charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ 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 (brzezi 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. 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: 1-21
Źródło on-line	<a href="https://dlaspecialistow.mojarana.pl/odlezyny/nowoczesne-leczenie-ran-strategia-time">https://dlaspecialistow.mojarana.pl/odlezyny/nowoczesne-leczenie-ran-strategia-time</a> <a href="http://blog.media-med.pl/leczenie-ran-przewleklych-w-koncepcji-time/">http://blog.media-med.pl/leczenie-ran-przewleklych-w-koncepcji-time/</a> <a href="https://www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/artykuly_przegladowe/91713,leczenie-ran-przewleklych-cz-ii-diagnostyka-leczenie-przyczynowe-i-leczenie-miejscowe-ran">https://www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/artykuly_przegladowe/91713,leczenie-ran-przewleklych-cz-ii-diagnostyka-leczenie-przyczynowe-i-leczenie-miejscowe-ran</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.3. Skala W.A.R</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Wounds at Risk Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brak informacji
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ 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

	<p>e) zaburzenia w gojeniu rany pooperacyjnej skutkujące nieplanowanym gojeniem wtórnym</p> <p>f) rany potencjalnie ciężko skontaminowane okolice odbytu czy narządów moczowo-płciowych</p> <p>g) problemy higieniczne związane ze środowiskiem zawodowo-bytowym</p> <p>h) wiek powyżej 80 lat</p> <p>i) rana niegojąca się dłużej niż rok</p> <p>j) rozmiar rany przekraczający 10 cm<sup>2</sup></p> <p>k) rany przewlekłe (niezależnie od etiologii) o głębokości &lt; 1,5 cm</p> <p>l) przedłużenie hospitalizacji &gt; 3 tygodni.</p> <p>W klasie II czynnikiem ryzyka przypisuje się 2 punkty:</p> <p>a) ciężkie nabyte upośledzenie odporności (np. infekcja HIV)</p> <p>b) ciężko skontaminowane rany ostre</p> <p>c) ukąszenia, rany klute, postrzelenia, o głębokości 1,5–3,5 cm.</p> <p>W klasie III czynnikiem ryzyka przypisuje się 3 punkty:</p> <p>a) oparzenia obejmujące &gt; 15% powierzchni ciała</p> <p>b) rany pozostające w bezpośrednim kontakcie z narządami lub strukturami pełniącymi określone funkcje (np. stawami) oraz rany zawierające ciało obce</p> <p>c) ciężkie wrodzone upośledzenia odporności, takie jak agammaglobulinemia</p> <p>d) ukąszenia, rany klute oraz postrzały, głębsze niż 3,5 cm/</p> <p>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.</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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</li> </ol>
Źródło on-line	<p><a href="https://biotechnologia.pl/farmacja/nowe-formy-podchlorynow-kwas-podchloraowy-hocl-w-leczeniu-ran-ostrych-i-przewleklych,21157">https://biotechnologia.pl/farmacja/nowe-formy-podchlorynow-kwas-podchloraowy-hocl-w-leczeniu-ran-ostrych-i-przewleklych,21157</a></p> <p><a href="https://www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/artykuly_przegladowe/91713,leczenie-ran-przewleklych-cz-ii-diagnostyka-leczenie-przyczynowe-i-leczenie-miejscowe-ran">https://www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/artykuly_przegladowe/91713,leczenie-ran-przewleklych-cz-ii-diagnostyka-leczenie-przyczynowe-i-leczenie-miejscowe-ran</a></p>
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.4. Skala punktowa oceny prawdopodobieństwa zakażenia <i>Streptococcus pyogenes</i></b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	-
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	skala według Centora i McIsaaca.

Krótka charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gorączka powyżej 38°C, liczba punktów = 1,</li> <li>• brak kaszlu, liczba punktów =1,</li> <li>• powiększenie węzłów chłonnych, liczba punktów =1,</li> <li>• obrzęk migdałków i wysięk, liczba punktów=1,</li> <li>• wiek 3-14 lat, liczba punktów =1,</li> <li>• wiek 15-44 lata liczba punktów =0,</li> <li>• wiek powyżej 45 lat liczba punktów =-1.</li> </ul> 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. <i>Med Decis Making</i> 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. <i>CMAJ</i> 1998; 158: 75–83. Dziekiewicz M, Radzikowski A: Angina paciorkowcowa – zasady diagnostyki i leczenia. <i>Pediatr Med Rodz</i> 2016, 12): 141–149
Źródło on-line	<a href="https://www.mp.pl/medycynarodzinnna/aktualnosci/303934,konsultant-krajowa-ds-medycyny-rodzinnej-o-nowych-swadczeniach-gwarantowanych">https://www.mp.pl/medycynarodzinnna/aktualnosci/303934,konsultant-krajowa-ds-medycyny-rodzinnej-o-nowych-swadczeniach-gwarantowanych</a> <a href="https://www.mp.pl/pediatrica/praktyka-kliniczna/badania-laboratoryjne/173937,diagnostyka-mikrobiologiczna-immunologiczna-i-molekularna-zakazen-gornych-drog-oddechowych">https://www.mp.pl/pediatrica/praktyka-kliniczna/badania-laboratoryjne/173937,diagnostyka-mikrobiologiczna-immunologiczna-i-molekularna-zakazen-gornych-drog-oddechowych</a>
<b>Przykład 5</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.5. Skala NERDS</b>
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
Krótka charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ 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</i> – <b>brak gojenia</b> ; 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</i> – <b>zwiększony wysięg</b> R - tkanka ziarninowa jest zaczerwieniona i krwawi- <i>red and bleeding surface tissue</i> ;- <b>zaczerwienienie i/lub krwawiąca ziarnina</b> D - w obrębie rany dochodzi do rozwoju martwicy suchej lub rozplywnej - <i>debris slough or eschar</i> - <b>martwica sucha lub rozplywna</b> S - rana wydziela nieprzyjemny zapach. Fetor jest spowodowany postępującą degradacją tkanek i czynnościami metabolicznymi bakterii beztlenowych - <i>smell or odour from wound</i> – <b>odór</b>

## Choroby zakaźne

Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://forum-leczeniaran.pl/tag/skala-nerds-i-stonees-co-to/">https://forum-leczeniaran.pl/tag/skala-nerds-i-stonees-co-to/</a>
<b>Przykład 6</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.6. Skala STONES</b>
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
Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>Skala STONEES służy do oceny rozwijania się infekcji w ranie/owrzodzeniu. Ocena dotyczy 7 objawów:</p> <p>Jeżeli występują co najmniej 3 kryteria należy rozważyć antybiotykoterapię systemową.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S - owrzodzenie zajmuje coraz większą powierzchnię. Jest to spowodowane rozprzestrzenianiem się bakterii na okalające tkanki - <i>size is bigger</i> –<b>powiększenie owrzodzenia</b></li> <li>• T - w obrębie objętych zakażeniem tkanek odnotowuje się miejscowo podwyższoną temperaturę - <i>temperature is increased -of wound and surrounding tissue</i> –<b>miejscowo podwyższona temperatura tkanek</b></li> <li>• O - u pacjenta dochodzi do odsłonięcia kości lub staje się ona wyczuwalna za pomocą narzędzia - <i>os-probes to bone or bone visible</i> - <b>widoczna lub wyczuwalna narzędziem kość</b></li> <li>• N - pojawiają się nowe owrzodzenia, wyraźnie oddzielone od ran, które powstały wcześniej - <i>new areas of breakdown</i> - <b>nowe owrzodzenie</b></li> <li>• E - występuje zwiększona ilość wysięku z rany - <i>exudate increasing</i> - <b>zwiększona ilość wysięku</b></li> <li>• E - w obrębie rany pojawia się rumień lub obrzęk, objawy te mogą również wystąpić jednocześnie - <i>erythema/edema</i> – <b>rumień i/lub obrzęk</b></li> <li>• S - owrzodzenie wydziela nieprzyjemny zapach - <i>smell</i> - <b>brzydki zapach z owrzodzenia</b></li> </ul>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>Kucharzewski M, Szkiler E, Krasowski G, Bartoszewicz M, Banasiewicz T, Chrapusta A, Konrady Z, Mirosz A, Aziewicz-Gabis B, Sieroń A, Oszkinis 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</li> </ol>
Źródło on-line	Wound Bed Preparation. Evidence informed practice tools; <a href="http://www.wrha.mb.ca/ebpt">www.wrha.mb.ca/ebpt</a> <a href="https://forum-leczeniaran.pl/tag/skala-nerds-i-stonees-co-to/">https://forum-leczeniaran.pl/tag/skala-nerds-i-stonees-co-to/</a>

Przykład 7						
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.7. Skala niewydolności narządów związanej z sepsą (SOFA)</b>					
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 stosowaną 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 wartość najwyższej 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					
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
	<b>układ oddechowy</b>					
	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , mm Hg (kPa)	≥400 (53,3)	<400 (53,3)	<300 (40)	<200 (26,7) <sup>b</sup>	<100 (13,3) <sup>b</sup>
	<b>krzepnięcie krwi</b>					
	liczba płytek, × 10 <sup>3</sup> /μl	≥150	<150	<100	<50	<20
	<b>Wątroba</b>					
	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)
	<b>układ krążenia</b>	MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	dobutamina (jaka- kol- wiek dawka lub do- pamina <5 <sup>c</sup>	nora- drenali- na ≤0,1 lub adre- nalina ≤0,1, lub do- pamina 5,1–15 <sup>c</sup>	nora- drenali- na >0,1 lub adre- nalina >0,1, lub do- pamina >15 <sup>c</sup>
	<b>układ nerwowy</b>					
	skala śpiączki Glasgow <sup>d</sup>	15	13–14	10–12	6–9	<6



Choroby zakaźne

	<table border="1"> <tr> <th colspan="6">Nerki</th> </tr> <tr> <td>kreatyninemia, <math>\mu\text{mol/l}</math> (mg/dl)</td> <td>&lt;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>&gt;440 (5,0)</td> </tr> <tr> <td>lub diureza, ml/d</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>lub &lt;500</td> <td>lub &lt;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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Sprung CL, Reinhart K: Definitions for Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2016, 26. 316(4):456-457.</li> <li>Kądziołka I, Świstek 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</li> </ol>																		
Źródło on-line	<a href="https://www.mp.pl/interna/table/016_6614">https://www.mp.pl/interna/table/016_6614</a>																		
Przykład 8																			
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.8. Skala ASA</b>																		
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																		
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>grupa I – pacjent bez obciążeń schorzeniami dodatkowymi, spożywający alkohol w niewielkich ilościach, niepalący.</li> <li>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/m<sup>2</sup>), dodatkowo do tej grupy zaliczają się palacze, kobiety w ciąży, osoby pijące alkohol w umiarkowanych ilościach (<i>social drinker</i>).</li> <li>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&gt;40kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>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&lt;30%, niewydolność wątroby, gruczołów dokrewnych.</li> <li>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 zatorom tętnicy płucnej.</li> <li>grupa VI – osoba, u której stwierdzono śmierć mózgu, która poddana ma być procedurze pobrania organów do przeszczepienia.</li> </ul>																		

	Dodatkowe oznaczenie E stosuje się, gdy zabieg ma być wykonywany w trybie nagłym, natomiast literą P proponuje się oznaczenie ciężarych. 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abouleish AE, Leib ML, Cohen NH. ASA provides examples to each ASA physical status class. <i>ASA Monitor</i> 2015; 79:38-39</li> <li>2. Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, et al. Adding examples to the ASA-Physical Status classification improves correct assignments to patients. <i>Anesthesiology</i> 2017; 126:614-622</li> <li>3. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status – historical perspectives and modern developments. <i>Anaesthesia</i> 2019; 74:373-37</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system">https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system</a>
<b>Przykład 9</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.9. Ocena ryzyka zakażenia miejsca operowanego (ZMO)</b>
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	<p>Indeksy do oceny ryzyka zakażenia miejsca operowanego to: SENIC (Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control) i NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System).</p> <p>Indeks SENIC uwzględnia cztery czynniki ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- operacja brzuszna;</li> <li>- czas trwania operacji powyżej 2 godzin;</li> <li>- skażone lub brudne pole operacyjne;</li> <li>- więcej niż 3 składowe w rozpoznaniu końcowym.</li> </ul> <p>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.</p> <p>Indeks NNIS ocenie podlegają trzy czynniki ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- skażone lub brudne pole operacyjne;</li> <li>- czas trwania operacji powyżej 75% czasu przewidzianego dla danego zabiegu;</li> <li>- stan ogólny chorego oceniany w skali ASA&gt;III stopnia (American Society of Anaesthesiologists). Przy braku któregoś 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</li> </ul>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Montewka M, Skrzek A, Plewik D, i wsp. Zakażenia miejsca operowanego – charakterystyka czynników ryzyka, endogennych źródeł zakażenia i metody zapobiegania. <i>POST. MIKROBIOL.</i> 2012, 51: 227–235</li> <li>2. Różańska A: Nadzór i rejestracja zakażeń miejsca operowanego: rekomendacje Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). <i>Zakażenia XXI wieku</i> 2019; 2:181–185.</li> <li>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. <i>Braz J Infect Dis.</i> 2007, 11:134-41.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.cdc.gov/">https://www.cdc.gov/</a>

## Choroby zakaźne

<b>Przykład 10</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.10. Indeks PASI</b>
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 łuszcycowych 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 $\geq 10 < 30\%$ badanego obszaru, 3 pkt gdy zmiana obejmuje $\geq 30 < 50\%$ danego obszaru, 4 pkt kiedy dotyczy $\geq 50 < 70\%$ powierzchni, 5 pkt kiedy obejmuje $\geq 70 < 90\%$ , 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 łuszczycy.
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>Bożek A, Reich A: W jaki sposób miarodajnie oceniać nasilenie łuszczycy? Forum Dermatologicum 2016;2:6-11.</li> <li>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</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="http://luszcycowezapaleniestawow.pl/wp-content/uploads/2018/02/ocena_zawansowania_uszczycy_-_pasi.pdf">http://luszcycowezapaleniestawow.pl/wp-content/uploads/2018/02/ocena_zawansowania_uszczycy_-_pasi.pdf</a> <a href="https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ehealthline.psoriasisseverity-&amp;hl=pl&amp;gl=US">https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ehealthline.psoriasisseverity-&amp;hl=pl&amp;gl=US</a>
<b>Przykład 11</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.2.C.11.</b>
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 ani 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	<a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/hiv-symptom-index">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/hiv-symptom-index</a>

## II.3. Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

*Kobos Ewa<sup>1</sup>, Hornik Beata<sup>2</sup>, Szewczyk Alicja<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> *Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

<sup>2</sup> *Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

<sup>3</sup> *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	<b>II.3.A.1. Skala niedogodności spowodowanych przez cukrzycę (DDS)</b>	
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. <i>Diabetes Care</i> . 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). <i>Psychology Research and Behavior Management</i> 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	<p>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.</p> <p>W praktyce klinicznej wyniki skali DDS można wykorzystać na dwa sposoby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwrócenie uwagi na problemy i/lub podskale ocenione wyżej w punktacji i wykorzystanie ich do rozpoczęcia rozmowy z pacjentem o źródłach dystresu cukrzycowego;</li> <li>• Obliczenie wyniku całkowitego na przykład do oceny zmiany w czasie. Całkowity wynik stanowi wskazówkę nasilenia dystresu związanego z cukrzycą.</li> </ul> <p>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 &gt;0,7, w podskali dystresu związanego z przestrzeganiem leczenia uzyskano wynik &lt;0,7 [2].</p>

	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	<p>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.</p> <p>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 <math>&gt;2</math>. 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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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 <math>\geq 2</math>) stwierdzono u 24% pacjentów. W analizach wielowymiarowych płeć żeńska, stężenie HbA1c, objawy lękowe i brak opieki zdrowotnej były związane z wysokim stresem [7].</p> <p>Hierarchiczna regresja wielokrotna wykazała, że wyższy wynik DDS istotnie przewidywał niezdrową dietę u chorych na cukrzycę typu 2 w badaniu Gao i wsp. [8].</p>

		<p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p>
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	<p>DDS daje całkowity wskaźnik poziomu dystresu związanego z cukrzycą plus wyniki dla 4 podskal, 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 &lt;2 – niski poziom dystresu, średnia 2-2,9 - umiarkowany poziom dystresu, średnia <math>\geq 3</math> - wysoki poziom dystresu (poziom dystresu wymagający pomocy medycznej) [14].</p> <p>Poszczególne pozycje z oceną 3,0 lub wyższą należy omówić podczas spotkania z pacjentem po zakończeniu wypełniania kwestionariusza.</p>	
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 nasilenia. Problemy te mogą przybierać formę od drobnych niedogodności po poważne życiowe utrudnienia. Poniżej 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 dokuczać 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	Umiarkowany 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 jeżeli chodzi o możliwość codziennego radzenia sobie z cukrzycą.	1	2	3	4	5	6
4. Uczucie złości, strachu i/lub przygnębienia 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 niezależnie od tego co zjem, natomiast będę cierpieć na poważne, 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

1 z 2



	Nie jest to problem	Mało 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/ą 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Fisher L, Polonski 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.</li> <li>4. Kintzoglaniakis 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.</li> <li>5. 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.</li> <li>6. 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.</li> <li>7. 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.</li> <li>8. 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.</li> <li>9. 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.</li> <li>10. 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.</li> <li>11. 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.</li> <li>12. Liew JY, Vanoh D. Predictors Affecting Diabetes Related Distress among Diabetes Patients. <i>Malays J Med Sci</i>. 2022;29(2):94-101.</li> <li>13. Tunsuchart K, Lerttrakarnnon 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.</li> <li>14. 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.</li> </ol>

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

## Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

	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 badanej skali	Wpływ choroby na funkcjonowanie emocjonalne
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	<p>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).</p> <p>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 <math>\alpha = 0,95</math>) [2].</p>

Orientacyjny czas badania	5-10 minut
Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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 <math>\geq 40</math>) wykazało w tym badaniu 23,8% pacjentów, średni wynik PAID wynosił <math>28,1 \pm 17,5</math> u wszystkich uczestników, bez różnicy między pacjentami z 1 i 2 typem cukrzycy. Osoby z DM2 leczone</p>

## Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

		<p>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].</p> <p>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].</p>
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	<p>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 <math>\geq 40</math> 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 <math>\geq 40</math> ogółem i <math>\geq 24</math> w podskali negatywnych emocji [18].</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz. Polska wersja kwestionariusza została udostępniona nieodpłatnie jako materiał uzupełniający w artykule <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8572026/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8572026/</a>		

Przegląd doniesień	Kwestionariusz Obszarów Problemowych w Cukrzycy (PAID-PL)
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, et al. Assessment of diabetes-related distress. <i>Diabetes Care</i> 1995; 18:754-60.</li> <li>2. 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. <i>Diabetes Metab Syndr Obes.</i> 2021;14:4433-4441.</li> <li>3. Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH. The Problem Areas in Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. <i>Diabetes Care</i> 1997; 20:760-6.</li> <li>4. Welch G, Weinger K, Anderson B, et al. Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. <i>Diabet Med.</i> 2003;20(1):69-72.</li> <li>5. 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. <i>Eur Psychiatry.</i> 2009;24(7):425-30.</li> <li>6. Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. <i>Lancet Diabetes Endocrinol</i> 2015;3:450-460.</li> </ol>

	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) <i>Diabetes Med.</i> 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. <i>Diabet Med.</i> 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. <i>J Diabetes Res.</i> 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. <i>J Osteopath Med.</i> 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. <i>J Am Osteopath Assoc.</i> 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. <i>PLoS One.</i> 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. <i>Sci Rep.</i> 2022;12(1):15758.
	14. Kuniss N, Kramer G, Müller UA, et al. Diabetes related distress is high in inpatients with diabetes. <i>Diabetol Metab Syndr.</i> 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. <i>Telemed J E Health.</i> 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. <i>Diabetologia</i> 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. <i>Diabetes Care.</i> 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. <i>Prim Care Diabetes.</i> 2020;14(6):663-671.

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.A.3. Wskaźniki Dobrego Samopoczucia</b>	
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, Frederiksberg 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].

## Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

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. <i>Diabetes Res Clin Pract.</i> 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 wesoły 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,

		<p>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].</p> <p>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].</p> <p>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 &lt;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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

		<p>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].</p>
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, pielęgniarz	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	<p>Prawa autorskie: Copyright Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød, Denmark.</p> <p>Pozwolenie na użytkowanie: darmowy w użyciu.</p>	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p><b>Obliczanie wyniku:</b> 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].</p> <p><b>Interpretacja:</b> Zaleca się przeprowadzenie testu Major Depression (ICD-10) Inventory lub innego testu na obecność depresji, jeśli wynik surowy wynosi &lt;13 lub jeśli pacjent wybrał odpowiedź na któreś z pięciu pytań dającą 0 czy 1 punkt. Wynik &lt;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 <math>\leq 12</math> [2].</p> <p><b>Obserwacja zmian:</b> W celu obserwowania ewentualnych zmian samopoczucia, używa się wyniku procentowego. Różnica 10% oznacza istotną zmianę według John Ware [18].</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz. Formularz dostępny w języku polskim, w otwartym dostępie na stronie: <a href="https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx">https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx</a>		



### 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 pierwszym prawym rogu.

	W ciągu ostatnich dwóch tygodni	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	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	Czułam się spokojna i odprężona/Czułam się spokojny i odprężony	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	Czułam się aktywna i energiczna/Czułam się aktywny i energiczny	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	Budziłam się z uczuciem świeżości i wypoczęcia /Budziłam się z uczuciem świeżości i wypoczęty	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	Moje życie codzienne było wypełnione interesującymi mnie sprawami	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>World Health Organisation (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The DEPCARE Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.</li> <li>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. <i>Diabetes Res Clin Pract.</i> 2020;159:107970.</li> <li>Topp CW, Østergaard S, Søndergaard S, et al. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 2015; 84: 167-176.</li> <li>2022 Guidelines on the management of patients with diabetes. A position of Diabetes Poland. <i>Curr Top Diabetes</i> 2022; 2(1): 1-130.</li> <li>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. <i>Diabet Med.</i> 2013 Jul;30(7):767-77. Erratum in: <i>Diabet Med.</i> 2013;30(10):1266.</li> <li>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. <i>Epidemiol Psychiatr Sci.</i> 2020;29:e134.</li> </ol>

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, Hjollund 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 PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.A.4. Przegląd jakości życia zależnej od cukrzycy</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life	
Skrót	<b>ADDQoL</b>	
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, Krzezińska 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 badanej skali	Wpływ cukrzycy na jakość życia
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Struktura skali	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wpływ (od - 3, maksymalny negatywny wpływ cukrzycy, do + 1, pozytywny wpływ cukrzycy)</li> <li>istotność (od 3 - bardzo ważne, do 0 - wcale nieważne) [1,3].</li> </ol> <p>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].</p> <p>Kwestionariusz jest najczęściej tłumaczonym i walidowanym narzędziem oceny jakości życia związanej z cukrzycą [4].</p>
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].

	<p>Średni wynik w ADDQoL w badaniu Grigoresko i wsp. [6] w grupie chorych z 2 typem cukrzycy i niewystarczającą kontrolą metaboliczną choroby wyniósł <math>-2,22 \pm 1,2</math>. Swoboda w jedzeniu, wakacje, podróże, wypoczynek, zdrowie fizyczne, życie seksualne, swoboda w piciu 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<sub>1c</sub>.</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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”. Ptasiński 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”.</p> <p>W badaniu przeprowadzonym w grupie dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 1, ustalono, iż słabo kontrolowana glikemia, związana jest z upośledzoną jakością życia [11].</p> <p>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].</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>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].</p> <p>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.</p> <p>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].</p> <p>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].</p>
]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	Profesjonaliści: psycholog, pielęgniarka, lekarz, dietetyk	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		<p>Użycie polskiej wersji językowej skali wymaga uzyskania licencji od Clare Bradley z Health Psychology Research, Department of Psychology, Royal Holloway, University of London.</p> <p>Copyright © Professor C Bradley</p>
Klucz do skali/interpretacja wyników		<p>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].</p>
Formularz skali/ kwestionariusz. Kwestionariusz jest udostępniany po uzyskaniu licencji.		


Przegląd doniesień	Przegląd jakości życia zależnej od cukrzycy (ADDQoL)
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. 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.</li> <li>4. 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.</li> <li>5. 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.</li> <li>6. 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.</li> <li>7. 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.</li> <li>8. 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.</li> <li>9. Bąk E, Nowak-Kapusta Z, Dobrzyń-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.</li> <li>10. 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.</li> <li>11. 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.</li> <li>12. 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.</li> <li>13. 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.</li> <li>14. 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.</li> <li>15. 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.</li> <li>16. 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.</li> <li>17. 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.</li> </ol>

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.A.5. Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	FINnish Diabetes Risk Score	
Skrót	<b>FINDRISC</b>	
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. <i>Diabetes Care</i> 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 badanej skali	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



	<p>obwód talii u kobiet &gt;88 cm, u mężczyzn &gt;102 cm [4]. Powinowactwo genetyczne uznano za nieistotną zmienną 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].</p> <p>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].</p> <p>Wysokie i bardzo wysokie ryzyko rozwoju cukrzycy, wykazano u 11% badanych w badaniu norweskim [7]. W dużej kohorcie europejskiej, wśród dorosłych w wieku <math>41.1 \pm 5.48</math> 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 <math>25 \text{ kg/m}^2</math> 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].</p> <p>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].</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p>
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	Profesjoniści: 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**

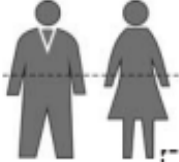
**Karta oceny ryzyka cukrzycy typu 2**  
**Zakreśl prawdziwą odpowiedź i zsumuj punkty**

1. Wiek  
 0 pkt < 45 lat  
 2 pkt 45–54 lat  
 3 pkt 55–64 lat  
 4 pkt > 64 lat

2. Wskaźnik masy ciała (BMI) (patrz na odwrocie)  
 0 pkt < 25 kg/m<sup>2</sup>  
 1 pkt 25–30 kg/m<sup>2</sup>  
 3 pkt > 30 kg/m<sup>2</sup>

3. Obwód pasa poniżej dolnego brzoju żebra (zwykle na poziomie pępka)

	mężczyźni	kobiety
0 pkt	< 94 cm	< 80 cm
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?  
 0 pkt tak  
 2 pkt nie

5. Jak często spożywasz warzywa, owoce lub jagody?  
 0 pkt codziennie  
 1 pkt nie każdego dnia

6. Czy kiedykolwiek stosowałeś regularnie leki obniżające ciśnienie?  
 0 pkt nie  
 2 pkt tak

7. Czy kiedykolwiek stwierdzono u ciebie podwyższone stężenie glukozy we krwi (np. podczas badań okresowych, w czasie choroby, podczas ciąży)?  
 0 pkt nie  
 5 pkt tak

8. Czy rozpoznano cukrzycę u kogokolwiek z twoich najbliższych lub pozostałych krewnych (typu 1 lub 2)?  
 0 pkt nie  
 3 pkt tak: u dziadka, cioci, wujka, kuzyna w pierwszej linii (ale nie u rodzica, brata, siostry lub dziecka)  
 5 pkt tak: u jednego z rodziców, brata, siostry lub własnego dziecka

**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

**Prawa autorskie:** Finnish Diabetes Association

Przegląd doniesień	Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 (FINDRISC)
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>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: <a href="https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2017/OP-0294-2017.pdf">https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2017/OP-0294-2017.pdf</a> Dostęp: 18.10.2022.</li> <li>4. Cisińska G, Moczulski D. Analiza czynników ryzyka cukrzycy na podstawie ankiety FINDRISC. <i>Hygeia Public Health</i> 2013; 48(2): 200-204.</li> <li>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.</li> <li>6. Zatońska K, Basiak-Rasała A, Połtyn-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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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 &amp; Primary Care Review</i> 2014; 16, 2: 158–160.</li> <li>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.</li> </ol>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	DIABETOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.A.6. Inwentarz samoopieki w cukrzycy</b>	
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.

## Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

	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. <i>BMC Endocr Disord.</i> 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). <i>Patient Preference and Adherence</i> 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	<p>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].</p> <p>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].</p> <p>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 <math>\alpha=0,759</math>, monitorowanie samoopieki <math>\alpha=0,741</math>, zarządzanie samoopieką <math>\alpha=0,695</math> i pewność siebie <math>\alpha=0,932</math> [2].</p>

	Orientacyjny czas badania	Brak danych w doniesieniach bibliograficznych
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>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].</p> <p>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].</p> <p>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 &lt;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 &lt;10 lat [5].</p> <p>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].</p>

## Diabetologia i pielęgniarstwo diabetologiczne

Rekomendacje zastosowania 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 zastosowania skali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykorzystanie skali dla celów badawczych, klinicznych i edukacyjnych, jest możliwe wyłącznie po uzyskaniu zgody autorów.</li> <li>• Niekomercyjne wykorzystanie kwestionariusza SCODI przez klinicystów oraz naukowców w ramach badań naukowych jest bezpłatne.</li> <li>• Wykorzystanie kwestionariusza SCODI w badaniu finansowanym lub komercyjnie, wymaga dodatkowych ustaleń.</li> </ul>	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Każda skala ma 5-punktową strukturę Likerta. Wynik dla każdego obszaru stanowi liczba w zakresie 0–100, większe liczby oznaczają lepszą samoopiekę [1].</p> <p>Wynik graniczny wynoszący 70 dla każdego obszaru (utrzymanie samoopieki, monitorowanie, zarządzanie i pewność siebie) został wykorzystany w poprzednich badaniach do rozróżnienia między odpowiednią lub nieodpowiednią samoopieką [6].</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz. Polska wersja językowa kwestionariusza dostępna jest na stronie: <a href="http://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-diabetes-inventory/">http://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-diabetes-inventory/</a>		

Przegląd doniesień	Inwentarz samoopieki w cukrzycy (SCODI)
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Świętoniowska-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.</li> <li>4. 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.</li> <li>5. 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.</li> <li>6. 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.</li> </ol>

## 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	<b>II.3.B.1. Narzędzie do badania przesiewowego neuropatii Michigan</b>
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 charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p><i>Charakterystyka narzędzia</i></p> <p>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].</p> <p>Druga część MNSI to krótkie badanie fizykalne obejmujące badanie kończyn dolnych wykonywane przez profesjonalistę (lekarza, pielęgniarkę). Badanie zawiera ocenę pod kątem nieprawidłowości wyglądu (deformacje, infekcja, suchosć 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. Próg dla obwodowej neuropatii cukrzycowej, ustalony w badaniach uprzedniej walidacji przeprowadzonych wśród dorosłych, wynosi &gt;2 z całkowitego wyniku [1,2]. Pacjenci z pozytywnym wynikiem badań przesiewowych w klinicznej części MNSI (&gt; 2 punktów) powinni być kierowani do dalszej oceny.</p> <p>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].</p> <p><i>Warunki użytkowania</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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).</li> <li>– Studenci, lekarze, praktycy kliniczni, użytkownicy akademicy nie mający finansowania mogą uzyskać bezpośredni dostęp do kwestionariusza i/lub jego dostępnych tłumaczeń.</li> </ul>



	<p>– 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.</p> <p>– Prawa autorskie: MNSI, © University of Michigan, 2000</p> <p><i>Dotychczasowe wykorzystanie skali</i></p> <p>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].</p> <p>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 płęć męska, starszy wiek i wyższe BMI były związane z ryzykiem DPN mierzonym MNSI [4]</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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. Czynnikiem 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, płęć 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].</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	<p>Oryginalna wersja angielskojęzyczna skali wraz z instrukcją jej użycia znajduje się na stronie:  <a href="https://diabetes.med.umich.edu/about/resources-health-professionals/survey-instruments">https://diabetes.med.umich.edu/about/resources-health-professionals/survey-instruments</a> Dostęp: 26.09.2022.</p>

<b>Przykład 2. Skala objawów neuropatii (NCS)</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.B.2. Skala objawów neuropatii</b>
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 badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>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).</p> <p>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].</p> <p>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].</p> <p>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</p>

	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].
	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

<b>Przykład 3. Kwestionariusz ryzyka występowania ciężkiej hipoglikemii</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.B.3. Kwestionariusz ryzyka występowania ciężkiej hipoglikemii</b>
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 badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>Narzędzie to pozwala oszacować 12-miesięczne ryzyko epizodów hipoglikemii u pacjentów z cukrzycą typu 2 przy użyciu tylko 6 odpowiedzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– całkowita liczba epizodów hipoglikemii związana z pobytem w szpitalu lub oddziale ratunkowym (0, 1-2, <math>\geq 3</math> razy);</li> <li>– liczba pobyków na oddziale ratunkowym z dowolnego powodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy (&lt;2, <math>\geq 2</math>);</li> <li>– przyjmowanie insuliny (tak, nie);</li> <li>– przyjmowanie pochodnych sulfonilomocznika (tak, nie);</li> <li>– 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);</li> <li>– wiek poniżej 77 lat (tak, nie) [1].</li> </ul> <p>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 (&gt;5%), pośrednie (1-5%) lub niskie (&lt;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].</p> <p>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].</p>

Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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</li> </ol>
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Przykład 4. Skala Oceny Samoopieki dla pacjentów z cukrzycą typu 2 (SMASc)</b>											
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.B.4. Skala Oceny Samoopieki (SMASc) dla pacjentów z cukrzycą typu 2</b>										
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	<p>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].</p> <p>Wyniki są podzielone na kategorie i mogą być prezentowane w profilu graficznym. Przykład wyniku poniżej:</p> <table border="1" data-bbox="396 1330 961 1525"> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>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 możliwości.</p> <p>Z publikacji opisującej doświadczenia pielęgniarek specjalizujących się w cukrzycy związanych z pilotażowym wdrożeniem instrumentu SMASc jako podstawy skoncentrowanego na pacjencie cyfrowego wsparcia w samoopiece</p>	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 do wzmocnienia wsparcia samodzielnego zarządzania skoncentrowanego na osobie, oraz do wspólnego rozwoju poprzez współpracę [2].
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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. <i>Nurs Open</i>. 2019;6(2):504–13.</li> <li>2. Öberg U, Orre CJ, Hörnsten Å, et al. Using the Self-Management Assessment Scale for Screening Support Needs in Type 2 Diabetes: Qualitative Study. <i>JMIR Nurs</i>. 2020;3(1):e16318.</li> </ol>

<b>Przykład 5. Kwestionariusz obciążenia leczeniem cukrzycy (DTBQ)</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.B.5. Kwestionariusz obciążenia leczeniem cukrzycy</b>
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
Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>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].</p> <p>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].</p> <p>Skala DTBQ ma odpowiednią powtarzalność i trafność jako skala pomiaru obciążenia leczeniem pacjentów z T2DM [1].</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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). <i>Diabetes Ther</i>. 2018;9(3):1001-1019.</li> </ol>

<b>Przykład 6. Skala oceny działań w zakresie samoopieki - poprawiona</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.B.6. Skala oceny działań w zakresie samoopieki - poprawiona</b>
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
Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>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.</p> <p>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].</p> <p>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 rozwijać 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>”.</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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). <i>J. Eval. Clin. Pract.</i> 2010; 16: 1031–1040.</li> <li>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. <i>Western Journal of Nursing Research.</i> 2017; 39(11):1459-1476.</li> <li>4. Damásio BF, Koller SH. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. <i>Cadernos de Saúde Pública,</i> 2013; 29: 2071-2082.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>9. Clark LA, Watson D. Constructing Validity: New Developments in Creating Objective Measuring Instruments. <i>Psychol Assess.</i> 2019; 31: 1412–1427.</li> <li>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.</li> <li>11. Schönenberg 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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Przykład 7. Profil samzarządzania w cukrzycy (DSMP)</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.3.B.7. Profil samzarządzania w cukrzycy (DSMP)</b>
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  $\geq 11$  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 zleconego 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 odchyień 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 picciu 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 odpowiedzi 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 dichotomiczne (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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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. <a href="https://doi.org/10.1186/1758-5996-6-141">https://doi.org/ 10.1186/1758-5996-6-141</a>. Dostęp: 13.11.2022.</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://doi.org/10.1007/s10865-012-9426-0">https://doi.org/10.1007/s10865-012-9426-0</a>. Dostęp: 13.11.2022.</li> <li>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.</li> </ol>

### II.3.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Brak skal stosowanych powszechnie w warunkach klinicznych w Polsce.

## II.4. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne

Mariusz Wysokiński<sup>1</sup>, Kornelia Kędziora Kornatowska<sup>2</sup>, Mariola Głowacka<sup>3</sup>, Karolina Filipińska – Blejder<sup>4</sup>, Wiesław Fidecki<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Zakład Podstaw Pielęgniarstwa Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Katedra Geriatrii Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Akademia Mazowiecka w Płocku

<sup>4</sup> Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Katedra Pielęgniarstw Zabiegowych Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

<sup>5</sup> 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	<b>II.4.A.1. Ocena sprawności funkcjonalnej</b>	
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	<b>Właściwa</b> Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Spiegel P., Brunner M., Ermini – Fünshilling D., Monsch A., Notter M., Puxty J., Tremmel L.
	Rok publikacji	1991
	Źródło	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.
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 badanej skali	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	

<p>Klucz do skali/ interpretacja wyników</p>	<p>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]</p> <p>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].</p> <p>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].</p>
Formularz skali/ kwestionariusz	

<b>NOSGER</b> <b>Pielęgniarska Skala Oceny Pacjentów Geriatrycznych</b> <b>(Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients )</b>						
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	OBSZAR
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. PZWL, 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

	<p>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. <a href="https://doi.org/10.2478/pjph-2020-0010">https://doi.org/10.2478/pjph-2020-0010</a></p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>9. Liszewska M. Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). Wspólne tematy. 2005;1:3-9.</p> <p>10. Fidecki W, Wysokiński M. Zastosowanie skali NOSGER w praktyce pielęgniarstwie. W: Kachaniuk H. (red.). Pielęgniarstwo geriatryczne. Wyd. Raabe, Warszawa 2008, 13–21.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	<b>II.4.A.2. Ocena stanu funkcjonalnego</b>	
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	<b>Właściwa</b> 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 mogę to zrobić bez żadnej trudności (Ranga 1), tak mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami (Ranga 2), tak mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami (Ranga 3), nie mogę tego robić w pełni samodzielnie, mogę 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 $\geq 29$ 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 mogę to robić bez żadnej trudności

Ranga 2 – tak mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami,

Ranga 3- tak mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami,

Ranga 4 – nie mogę tego robić w pełni samodzielnie, mogę to robić jedynie z czyjąś pomocą



Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. Mirczak A. Analiza jakości życia zależnej od stanu zdrowia starszych mieszkańców wsi. FOE 2020; 348(3):113-129.</li> <li>4. Mirczak A, Piłkuła N. Satysfakcja z życia starszych osób mieszkających w wybranych miejscowościach wiejskich województwa małopolskiego. Piel. Zdr. Publ. 2014; 4(4): 321–326</li> <li>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</li> <li>6. Mirczak A. Czynniki determinujące ryzyko niedożywienia osób starszych ze środowiska wiejskiego. Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine 2014; 17(4): 68-75.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ol>

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	<b>Właściwa</b> 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)?

## Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>Health Qual Life Outcomes</i>, 11, 177</li> <li>2. Zawisza K, Gałaś A, Tobiasz-Adamczyk B. Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHO-QOL-AGE w populacji osób starszych. <i>Gerontologia Polska</i>, 2016, 1: 7-16</li> <li>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, <i>Medycyna Rodzinna</i>, 21(3), 2018: 208-215</li> <li>4. Santos D, Abad, FJ, Miret M. et al. Measurement invariance of the WHOQOL-AGE questionnaire across three European countries. <i>Qual Life Res</i> 2018; 27: 1015–1025. <a href="https://doi.org/10.1007/s11136-017-1737-8">https://doi.org/10.1007/s11136-017-1737-8</a></li> <li>5. Tišanská L, Kožený J, Csémy L. Assessment of seniors' quality of life: WHO-QOL-AGE questionnaire. <i>Československá Psychologie</i> 2021; 65(1): 60-72. <a href="https://doi.org/10.51561/cspsych.65.1.60">https://doi.org/10.51561/cspsych.65.1.60</a></li> <li>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. <i>Front. Public Health</i> 2020; 8:575374. doi: 10.3389/fpubh.2020.575374</li> <li>7. Özcan C, Eser, E. Validation Of The Turkish Version Of The Whoqol-Age And A Proposed Alternative Scale Structure. <i>Turkish Journal of Geriatrics</i> 2020; 23(2): 157 – 168.</li> <li>8. Kachaniuk, H., Bartoszek, A., Ślusarska, B., Nowicki, G., Kocka, K., Deluga, A., &amp; 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. <i>Geriatrya</i> 2018; 12: 74-83</li> <li>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. <i>Clin Interv Aging</i>. 2019 May 17;14:889-903. doi: 10.2147/CIA.S191984. PMID: 31190775; PMCID: PMC6529176.</li> <li>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. <i>Family Medicine &amp; Primary Care Review</i>. 2019;(1):12–6.</li> </ol>

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 <b>Skrócona</b>		
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 świadcząca 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. (red.) Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk 2007. Wydawnictwo Via Medica.</li> <li>Bujnowska-Fedak M, Grata-Borkowska U, Sapilak B, Otepienie i depresja u pacjentów w podeszłym wieku w Praktyce Lekarza Rodzinnego. Family Medicine &amp; Primary Care Review, 2012, 3: 349-353.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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 &amp; Mental Health 2021; 25(3): 492-498, DOI: 10.1080/13607863.2019.1695739</li> <li>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/jfmpe.jfmpe_1019_19. PMID: 32318409; PMCID: PMC7113954.</li> <li>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</li> </ol>

	<p>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.</p> <p>10. Leś A, Guskowska M, Kozdroń E, Niedzielska E, Piotrowska J, Krynicki B. Nastrój słuchaczek 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.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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].

Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne

		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 ujednoczenie 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	<p>W skali zostały wyodrębnione 4 podskale:</p> <p>wrażliwość (vulnerability): pytania 1-3;</p> <p>uzależnienie (dependence): pytania 4-6;</p> <p>przygnębienie (dejection): pytania 7-9;</p> <p>przymus (coercion) pytania 10-12.</p> <p>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</p>	
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 &amp; 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



Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne

Nazwa skali w języku angielskim	Social Support Scale Interactions—SSL12-I	
Skrót	SSL12-I	
Wersja skali	Właściwa <b>Skrócona</b>	
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, Knuruowski T, Tobiasz – Adameczyk B.
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Brzyski P, Knuruowski T, Tobiasz – Adameczyk 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 respondentci 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 – suport 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>Kózka M, Gibadło E, Padykuła M. Uwarunkowania Występowania Zaburzeń Funkcji Poznawczych U Pacjentów W Wiek Geriatrycznym Hospitalizowanych Na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Polish Nursing / Pielegniarstwo Polskie. 2018;69(3):277–83.</li> <li>van de Port IGL; van Wijk I; Nijman MC; Nijman WJ; Kwakkel G. Nederlands Tijdschrift Voor Fysiotherapie 2009; 119(3): 78-84.</li> <li>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</li> </ol>

	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	<b>II.4.B.1. Skala pomiaru poziomu dyskryminacji ze względu na wiek</b>
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. <a href="https://doi.org/10.1093/geront/gnw118">https://doi.org/10.1093/geront/gnw118</a>
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), <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339">https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339</a> .
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.B.2. Skrócona Skala kontaktów społecznych Lubbena</b>
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, <i>The Gerontologist</i> 2006; 46(4):503–513, <a href="https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503">https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503</a>
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, <i>The Gerontologist</i> 2006; 46(4):503–513, <a href="https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503">https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.B.3. Lista Kontrolna Kihon</b>
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 badanej skali/ 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?. <i>Geriatr Gerontol Int</i> 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?. <i>Geriatr Gerontol Int</i> 2016;16: 893–902. doi: 10.1111/ggi.12833.

## II.4.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

<b>Przykład 1.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.C.1. Skala oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza</b>
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.

Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne

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).
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.C.2. Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego według Lawtona</b>
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 charakterystyka 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).
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.C.3. Skala Barthel</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Barthel Index
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Mahoney FI, Barthel DW.
Krótką charakterystyka 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)
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.C.4. Test „wstań i idź”</b>
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.
Krótką 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, zniechęcającym 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.
<b>Przykład 5</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.C.5. Pomiar niezależności funkcjonalnej</b>
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 charakterystyka 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. <i>Am J Phys Med. Rehabil</i> 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. <i>Wiadomości Lekarskie</i> 2019; 72(9): 1697-1702.
<b>Przykład 6</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.4.C.6. Test Tinetti - Skala Ryzyka Upadków</b>
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 charakterystyka 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. <i>J Am Geriatr Soc</i> 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. <i>Wiadomości Lekarskie</i> 2019; 72(9): 1697-1702.

## II.5. Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

*Beata Haor<sup>1,2</sup>, Anna Antczak-Komoterska<sup>2</sup>, Mariola Rybka<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup> *Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu*

<sup>2</sup> *Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku*

<sup>3</sup> *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	<b>OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIELĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.A.1. Skala Barthel, wskaźnik Barthel</b>	
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	<p>Współcześnie w zastosowaniu jest kilka wersji skali i sposobów liczenia wyniku. Elementy podlegające ocenie oraz ich interpretacja jest jednak zbliżona [3].</p> <p>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].</p> <p>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].</p>	
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 została 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

		<p>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].</p> <p>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].</p>
	Orientacyjny czas badania	5-10 min. [1]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>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].</p> <p>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].</p>
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	<p>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].</p> <p>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 pielęgniarską opieką długoterminową domową, ocena z zastosowaniem skali Barthel następuje: w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową, na koniec każdego miesiąca opieki [17].</p>
	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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej (środowisko domowe) [17,18].

## Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

Osoby, które mogą stosować skalę	<p>Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci.</p> <p>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 pielęgniarstwą opieką długoterminową domową – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego; na koniec każdego miesiąca opieki – pielęgniarka opieki długoterminowej domowej [17].</p> <p>Osoby nieprofesjonalne: pacjenci w ramach samooceny</p>
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	<p>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].</p> <p><a href="https://www.medchi.org/Your-Resource/Barthel-Index">https://www.medchi.org/Your-Resource/Barthel-Index</a></p> <p>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: <b>PROinformation@mapi-trust.org</b></p>
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>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 „średnio ciężki”, III 0–20 pkt: pacjent „ciężki” [13,14].</p> <p>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].</p> <p>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; &gt; 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].</p>
Formularz skali/ kwestionariusz	<p>Skala w wersji 100 pkt.</p> <p>-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)</p> <p>-oryginalna BI-10: Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-65.</p> <p>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: <a href="https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/zalacznik_6_24.04.2019.pdf">https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/zalacznik_6_24.04.2019.pdf</a>. Dostęp: 30.09.2022.</p>

## Skala Barthel

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opara J. Are short forms of Barthel Index equally useful in the assessment of ADL? <i>Medical Rehabilitation (Med Rehabil)</i> 2018, 22 (2): 40-44.</li> <li>2. Opara J., Kucio C., Kurek J., Małecka E. Is the Barthel scale still useful 50 years after its first publication? <i>Medical Rehabilitation (Med Rehabil)</i> 2015, 19 (1): 34-37</li> <li>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: <a href="https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/zalacznik_6_24.04.2019.pdf">https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/zalacznik_6_24.04.2019.pdf</a>. Dostęp: 30.09.2022.</li> <li>4. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. <i>Md State Med J</i> 1965; 14: 61-65.</li> <li>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. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 1989; 70: 100-103</li> <li>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. <i>Age Ageing</i> 1998; 27: 115-122</li> <li>7. Hobart C., Thompson A.J. The five item Barthel index. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> 2001; 71(2): 225-230.</li> <li>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. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> 2002; 73(2): 188-190</li> <li>9. Bohannon R.W. Re: estimating total Barthel scores from just three items. <i>Age Ageing</i> 2004; 33: 321-322.</li> <li>10. Cho H.J., Kim Y.J. Efficacy and safety of oral citicoline in acute ischemic stroke: drug surveillance study in 4,191 cases. <i>Methods Find Exp Clin Pharmacol</i> 2009; 31: 171-176.</li> <li>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. <i>Ceylon Med J</i> 2011; 56: 114-118.</li> <li>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)</li> <li>13. Wysokiński M., Fidecki W., Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M., Karajewska-Kułąk E. (red.), <i>Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego</i>. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2016:30-45.</li> <li>14. Wójcik G., Piskorz J., Bulikowski W., Klinimetryczne metody oceny chorych po udarach mózgu w planowaniu rehabilitacji w populacji osób dorosłych. <i>Hygeia Public Health</i> 2015, 50(1): 54-58.</li> <li>15. Quinn T. et al., Barthel Index for Stroke Trials Development, Properties, and Application. <i>Stroke</i> 2011;42:1146-1151.</li> <li>16. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. <i>J Clin Epidemiol</i> 1989; 42(8): 703-709</li> <li>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)</li> </ol>

	<p>18. Kędziora-Kornatowska K, Mitura K. Analiza sprawności pacjentów według skali Barthel na przykładzie osób starszych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. <i>Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej</i> 2018; 2(3): 28-39.</p> <p>19. Kuźmicz I, Brzostek T, Górkiewicz M. Kwestionariusz Barthel jako narzędzie pomiaru zakresu samodzielności fizycznej osób w podeszłym wieku. <i>Stud Med</i> 2008; 12: 17-21.</p> <p>20. Haor B., Rybka M., Antczak A., Kwasiborska A. Uwarunkowania sprawności funkcjonalnej pacjentów po przebytych incydencie udaru krwotocznego mózgu. <i>Pielęgni Neurochir</i>. 2015;4(2):62–68.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Grupa skal</b>	<b>OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.A.2. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego [1,2,3] MINIMENTAL -Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) [4]</b>	
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	Marshal 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. <i>J Psychiatr Res</i> 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 otępieniemczołowo-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 rodziny, 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	Profesjonaliści: 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 <a href="https://www.practest.com.pl/">https://www.practest.com.pl/</a> [4].	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Maksymalny wynik wynosi 30 punktów. Niemniej jednak interpretacja kliniczna powinna zostać skorygowany 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 <a href="https://www.practest.com.pl/">https://www.practest.com.pl/</a>		

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	1. Kaczmarek BA. Zastosowanie Krótkiej skali oceny stanu psychicznego w przesiewowej ocenie funkcjonowania poznawczego osób starszych. Ograniczenia tzw. korekty Mungasa w ocenie deficytów. <i>Neuropsychiatria i Neuropsychologia</i> 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. *Family Medicine & Primary Care Review* 2014; 16, 2: 79–81
3. Tomaszewska M, Chibowska P, Sitek E. Wybrane metody przesiewowej oceny funkcji poznawczych w różnych kontekstach klinicznych. *Psychiatr Psychol Klin* 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. *J Psychiatr Res* 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. *Journal of Health Sciences*. 2013;3(11):393-410.
8. Wilmańska J., Gułaj E. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych — próba porównania poszczególnych metod przesiewowych. *Gerontol. Pol.* 2008; 16(2): 111– 118
9. Biercewicz M. Wybrane skale punktowe stosowane w geriatrycznej ocenie stanu chorego. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 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 neuropoznawczych u osób po 60. roku życia. *Doniesienie wstępne. Psychiatr. Pol.* 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. *Neurology* 1996; 46: 700–706
12. Hausz-Piskorz B., Buczkowski K. Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimer'a w warunkach praktyki lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013; 7,4: 198–207.
13. Mosiołek A. Metody badań funkcji poznawczych. *Psychiatria* 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). *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015; 4 (45):229-234.
15. Talarowska M., Florkowski, A., Zboralski K., Gałecki P. Skala MOCA oraz MMSE w diagnozie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych. *Psychiatria i Psychoterapia* 2011;7,1:13-20.
16. Kerwin D.R. How to prevent a delayed Alzheimer's diagnosis. *The Journal of Family Practice* 2009;58(1):9-15
17. Pagonabarraga J, Kulisevsky J, Llebaria G et al.: Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale: a new cognitive scale specific for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008; 23: 998–1005.
18. Kaczmarek B. Zastosowanie testu Mini-ACE jako alternatywy wobec MMSE i MoCA w przesiewowej ocenie funkcji poznawczych. *Geriatrics* 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. *J Am Geriatr Soc.* 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 Alzheimerera. <i>Pediatrics i Med Rodz</i> 2018; 14: 157-166.
23. Barczak A, Gorzkowska A, Klimkowicz-Mrowiec A. Ocena zaburzeń funkcjonowania poznawczego. W: <i>Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Otwock</i> 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	<b>II.5.A.3. Skrócony Test Sprawności Umysłowej</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Abbreviated Mental Test Score	
Skrót	AMTS	
Wersja skali	Pierwotnym 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>Geriatry 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 niezadowalający 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	Profesjonaliści: 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Romanik W., Łazarewicz M. Wersja polska Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) – problemy metodologiczne. <i>Psychiatr Psychol Klin</i> 2017, 17 (3):203–207</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>4. Abbreviated Mental Test Score (AMTS). <i>Occas Pap R Coll Gen Pract</i> 1993; (59): 28.</li> <li>5. Abbreviated Mental Test Score (AMTS) (2015). Dostępny w Internecie: <a href="https://oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/amts/">https://oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/amts/</a> Dostęp: 02.10.2022</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>12. Kocemba J., Grodzicki T. Geriatryczne Skale Oceny. <i>Zarys Gerontologii Klinicznej.</i> Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000: 142–151.</li> <li>13. Cytowicz-Karpiłowska W, Kazimierska B, Cytowicz A. Postępowanie usprawniające w geriatric. Podstawy, wskazania, przeciwwskazania. <i>ALMAMER Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa</i> 2009.</li> <li>14. Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): <i>Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.</i> Via Medica, Gdańsk 2006: 68–75</li> <li>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.</li> <li>16. Bień B, Broczek K (red.) Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012. Dostępny w Internecie: <a href="https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorów_programów.pdf">https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorów_programów.pdf</a> Dostęp: 02.10.2022</li> <li>17. Biercewicz M. Wybrane skale punktowe stosowane w geriatrycznej ocenie stanu chorego. <i>Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej</i> 2019; 4(1):59-65.</li> </ol>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.A.4. Test Rysowania Zegara</b>	
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	<p>Według jednego sposobu interpretacji błędy w teście rysowania zegara można podzielić na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Poziom I. Błędy wzrokowo-przestrzenne</b> np. niewielkie trudności w rozmieszczeniu 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.</li> <li>• <b>Poziom II. Błędy w oznaczaniu godziny trzeciej</b> 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.</li> <li>• <b>Poziom III. Poważniejsze błędy wzrokowo-przestrzenne</b> 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.</li> <li>• <b>Poziom IV.</b> Pacjent miesza pojęcia czasu: wpisuje minuty, pory dnia, pory roku lub miesiące, rysuje ludzką twarz w tarczy zegara lub pisze słowo „zegar”.</li> <li>• <b>Poziom V.</b> Pacjent nie jest w stanie podjąć jakiegokolwiek sensownej próby wykonania tego zadania.</li> </ul>	
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 piątej lub dziesięć po czwartej.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Broniarczyk-Czarniak M.J., Sowińska K., Białas J., Talarowska M. Ciężka depresja z nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych czy otępienie? <i>Psychiatria</i> 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.</li> <li>2. Jodzio K. Przydatność przesiewowej diagnostyki stanu psychicznego osób z izolowanymi uszkodzeniami mózdzku. <i>Aktualn Neurol</i> 2020;20 (1): 3–8. Dostępny w Internecie: Przydatnosc-przesiewowej-diagnostyki-stanu-psychicznego-osob-z-izolowanymi-uszkodzeniami-mozdzku.pdf (researchgate.net) Dostęp: 28.08.2022.</li> </ol>

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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30804769 Dostęp: 28.08.2022) 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32001932 Dostęp: 28.08.2022) 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34100766 Dostęp: 28.08.2022) 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34095964 Dostęp: 28.08.2022) 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334396 Dostęp: 28.08.2022) Dostęp: 28.08.2022.

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.A.5. Tinetti - Skala oceny równowagi i chodu</b>	
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 badanej skali	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
	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.
Rekomendacje zastosowania skali	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.
	Inne	Skuteczna interwencja zapobiegająca upadkom jest możliwa dzięki diagnostyce, czyli odpowiedniej identyfikacji czynników ryzyka, które mogą zwiększyć ryzyko upadków.
Osoby, które mogą stosować skalę	Wykwalifikowany personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta itp.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak doniesień
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Pacjent może uzyskać w części dotyczącej równowagi maksymalnie 16 punktów, a w części dotyczącej chodu – 12 punktów. Łącznie daje to sumę 28 punktów.</p> <p>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.</p> <p>Ponadto uzyskanie przynajmniej jednego „0” lub dwóch „1” (gdzie nie jest to najwyższa liczba punktów do zdobycia) stanowi wskazanie do konsultacji z fizjoterapeutą.</p>	
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 niepewnie (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 niepewnie;
- 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 niepewnie;
- 1 – stoi pewnie.

Obracanie się o 360 stopni:

- 0 – ruch przerywany;
- 1 – ruch niepewny (zataczanie się, chwytanie przedmiotów);
- 2 – ruch ciągły.

Siadanie:

- 0 – niepewne (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 – piąty rozstawione;
- 1 – piąty prawie stykają się podczas chodzenia.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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: <a href="http://pjh.f.wsbip.edu.pl/images/artykuly/2019/1_2019.pdf">http://pjh.f.wsbip.edu.pl/images/artykuly/2019/1_2019.pdf</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>2. 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: <a href="file:///C:/Users/48668/Downloads/Rehabilitacja_chorych_w_wieku_podes.pdf">file:///C:/Users/48668/Downloads/Rehabilitacja_chorych_w_wieku_podes.pdf</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>3. 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: <a href="http://ltn.eu/Analiza-czynnikow-ryzyka-upadkow-na-przykladzie-pacjentow-przebywajacych-w-zakladzie-pielegnacyjno-opiekunczym,150,39186,1,0.html">http://ltn.eu/Analiza-czynnikow-ryzyka-upadkow-na-przykladzie-pacjentow-przebywajacych-w-zakladzie-pielegnacyjno-opiekunczym,150,39186,1,0.html</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>4. Pawluk A. Analiza poziomu niezależności seniora po udarze niedokrwiennym mózgu. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2020;9(1-4): 13-17. Dostępny w Internecie: <a href="file:///C:/Users/48668/Downloads/O%20-%20Pawluk%20-%20Analiza%20poziomu%20(1).pdf">file:///C:/Users/48668/Downloads/O%20-%20Pawluk%20-%20Analiza%20poziomu%20(1).pdf</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>5. Bosacka M., Józwiak A., Wieczorowska-Tobis K. Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych w oddziale dziennym psychogeriatrycznym. GERIATRIA 2010; 4: 81-85. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2017/02/201002_geriatria_Wplyw-przebytych-upadkow-Bosacka.pdf">https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2017/02/201002_geriatria_Wplyw-przebytych-upadkow-Bosacka.pdf</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>6. 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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31784826">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31784826</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>7. Batko-Szwaczka A., Dudzińska-Griszek J., Hornik B., Janusz-Jenczeń M., Włodarczyk I., Wnuk B., Szoltysek J., Durmała J., Wilczyński K., Cogił A., Dulawa J., Szewiczek 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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32103915">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32103915</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>8. 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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444005">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444005</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>9. 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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404132">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404132</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>10. 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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898588">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898588</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> </ol>

Opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

Grupa skal	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PIEŁĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.A.6. Kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia – wersja skrócona</b>	
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;

		<p>- w dziedzinie psychologicznej (domena 2 — DOM2): wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja;</p> <p>- w dziedzinie relacji społecznych (domena 3 — DOM3): związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna;</p> <p>- 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.</p> <p>Ponadto skala zawiera również pozycje analizowane odrębnie:</p> <p>- pytanie 1 (WHO1): indywidualna ogólna percepcja jakości życia;</p> <p>- pytanie 2 (WHO2): indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.</p>
	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 sprawy 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 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
		<b>Wcale</b>	<b>Trochę</b>	<b>Dość łatwo</b>	<b>Bardzo łatwo</b>	<b>Niezwykle łatwo</b>
7	Czy dobrze koncentruje Pan(i) uwagę?	1	2	3	4	5
		<b>Wcale</b>	<b>Trochę</b>	<b>Średnio</b>	<b>Bardzo bezpieczny</b>	<b>Niezwykle bezpieczny</b>
8	Jak bezpiecznie czuje się Pan(i) w swoim codziennym życiu?	1	2	3	4	5
		<b>Wcale</b>	<b>Trochę zdrowa</b>	<b>Średnio zdrowa</b>	<b>Bardzo zdrowa</b>	<b>Niezwykle zdrowa</b>
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.

		<b>Wcale</b>	<b>Trochę</b>	<b>Średnio</b>	<b>Prawie wystarczająco</b>	<b>Całkowicie wystarczająco</b>
10	Czy ma Pan(i) wystarczająco energii w codziennym życiu?	1	2	3	4	5
		<b>Wcale</b>	<b>Trochę</b>	<b>Średnio</b>	<b>W większości</b>	<b>Całkowicie</b>
11	Czy jest Pan(i) w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)?	1	2	3	4	5
		<b>Wcale</b>	<b>Trochę</b>	<b>Średnio</b>	<b>Prawie wystarczająco</b>	<b>Całkowicie wystarczająco</b>
12	Czy ma Pan(i) wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	1	2	3	4	5
		<b>Wcale</b>	<b>Trochę</b>	<b>Średnio</b>	<b>W większości</b>	<b>Całkowicie</b>
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
		<b>Bardzo źle</b>	<b>Źle</b>	<b>Ani źle ani dobrze</b>	<b>Dobrze</b>	<b>Bardzo dobrze</b>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kuś J., Grochowska A., Kołpa M., Łabuzek M., Kubik B. Porównanie jakości życia pacjentów geriatrycznych przebywających w Zakładach Opiekuńczo – Lecznicych 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.</li> <li>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: <a href="https://pzp.umw.edu.pl/pdf/2017/7/3/issue.pdf">https://pzp.umw.edu.pl/pdf/2017/7/3/issue.pdf</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>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: <a href="https://www.researchgate.net/profile/Tomasz-Derewiecki/publication/301801931_Quality_of_life_and_risk_of_depression_among_elderly_people/links/5728dce208ae2efbfd-b7e965/Quality-of-life-and-risk-of-depression-among-elderly-people.pdf">https://www.researchgate.net/profile/Tomasz-Derewiecki/publication/301801931_Quality_of_life_and_risk_of_depression_among_elderly_people/links/5728dce208ae2efbfd-b7e965/Quality-of-life-and-risk-of-depression-among-elderly-people.pdf</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>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: <a href="http://www.h-ph.pl/hyg.php?opc=A-R&amp;lng=pl&amp;art=439">http://www.h-ph.pl/hyg.php?opc=A-R&amp;lng=pl&amp;art=439</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>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: <a href="http://wspolczesnepielgniarstwo.pl/assets/streszczenia/04_2018.pdf">http://wspolczesnepielgniarstwo.pl/assets/streszczenia/04_2018.pdf</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>Thewjithcharoen 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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31597169">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31597169</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30065943">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30065943</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31220156">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31220156</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> <li>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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30671707">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30671707</a> Dostęp: 28.08.2022.</li> </ol>

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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34001152">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34001152</a> 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	<b>II.5.B.1. Skala Oceny Psychogeriatrycznej</b>
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	<b>II.5.B.2. Ocena potrzeb osób starszych według Camberwell</b>
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, Mangan 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	<b>II.5.C.1. DOS</b>
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 niefarmakologicznych 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: <a href="https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorow_programow.pdf">https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorow_programow.pdf</a> Dostęp: 02.10.2022
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.C.2. skala Katza (Activities of Daily Living, ADL)</b>
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-Kułąk E. (red.), Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2016:30-45.
Źródło on-line	<a href="https://www.mp.pl/geriatria/skale/131454,skala-adl-wedlug-katza">https://www.mp.pl/geriatria/skale/131454,skala-adl-wedlug-katza</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.C.3. skala Lawtona (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)</b>
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-Kułąk E. (red.), Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2016:30-45.
Źródło on-line	<a href="https://www.mp.pl/geriatria/skale/131457,skala-i-adl-wedlug-lawtona">https://www.mp.pl/geriatria/skale/131457,skala-i-adl-wedlug-lawtona</a>

<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.5.C.4. Krótki przesiewowy test funkcji poznawczych</b>
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	<p>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.</p> <p>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 odroczone, a także wybrane aspekty językowe (rozumienie i wykonywanie poleceń, powtórzenie) oraz funkcje wzrokowo-przestrzenne i wykonawcze.</p>
Źródło bibliograficzne	Borson S, Scanlan JM, Chen P et al.: The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. <i>J Am Geriatr Soc</i> 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**

<b>Grupa skal</b>	<b>OPIEKA PALIATYWNA</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.1. RSCL Rotterdamska Lista Objawów</b>	
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 umieszczone 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	<p><b>Obliczanie wyników i ich analiza</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Objawy z obszaru psychicznego: 2,4,6,9,11,17, 19.</p> <p>Wyniki surowe oblicza się w sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– przy każdym z prezentowanych objawów obszaru fizycznego i psychicznego, są 4 kolumny przeznaczone do oceny ich nasilenia;</li> <li>– 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;</li> <li>– 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;</li> <li>– skala ogólnej jakości życia obejmuje zakres, gdzie 1 punkt oznacza doskonałą jakość życia, a liczbą 7 – wyjątkowo złą jakość życia</li> </ul> <p><b>Standaryzacja wyników</b></p> <p>Aby ułatwić przeprowadzenie analiz porównawczych indywidualnych, jaki 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:</p> $WT = \frac{WS - MinWSk}{MaxWSk - MinWSk} \times 100$	

	<p>Gdzie:</p> <p><b>WT</b> – wynik transformowany;</p> <p><b>WS</b> – uzyskany wynik surowy dla każdej badanej osoby (suma punktów w skali);</p> <p><b>MinWSk</b> – minimalny wynik w skali (możliwy do uzyskania)</p> <p><b>Max WSk</b> – maksymalny wynik w skali (możliwy do uzyskania).</p> <p><b>Objaśnienia</b></p> <p>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.</p> <p>Wyższe wartości odpowiadają wyższej jakości życia w danym obszarze. W skali dotyczącej aktywności, wyższe wartości odpowiadają gorszej aktywności [2]</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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 przelykania (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 MÓGŁ (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				
dorywcza praca				
wychodzenie z domu				

BIORĄC POD UWAGĘ POWYŻSZE ELEMENTY, PROSZĘ WSKAZAĆ SWOJĄ 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> <li>de Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.(red), Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000.</li> <li>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.</li> </ol>



## Opieka paliatywna

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ravaioli 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. <i>Qual Life Res.</i> 1996 Oct;5(5):491-495.</li> <li>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, <i>Health Qual Life Outcomes.</i> 2016 Mar 25;14-52.</li> <li>7. Stein K.D., Denniston M., Baker F., Dent M., Hann D.M., Bushhouse S., West M.J., <i>Pain Symptom Manage.</i> 2003 Nov;26(5):975-989.</li> <li>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. <i>Health Qual Life Outcomes.</i> 2011 Jan 14;9-13</li> <li>9. Ciałkowska – Rysz A., Dzierżanowski T.(red), <i>Medycyna Paliatywna. Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej</i>, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019.</li> <li>10. De Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., <i>Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych</i>, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001.</li> </ol>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.2. STAS</b>	
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., <i>Audit Methods: Validation and In-patient Use</i> [w] Higginson I(red), <i>Clinical Audit in Palliative Care</i> . 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., <i>Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych</i> , Podręcznik dla lekarzy POZ oraz zespołów paliatywno – hospicyjnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000[2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	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.

		<p>wspomniane pozycje można podzielić na grupy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- objawy fizyczne (2 pozycje – kontrola bólu i innych objawów);</li> <li>- objawy emocjonalne (2pozycje – lęk pacjenta i jego wiedza o prognozie);</li> <li>- duchowość i kryzys wiary (1 – pozycja duchowość);</li> <li>- rodzina i bliscy opiekunowie (2 pozycje – lęk rodziny i ich wiedza o prognozie);</li> <li>- komunikacja – porozumiewanie się (3pozycje – komunikacja pomiędzy pacjentem a rodzina, komunikacja pomiędzy członkami zespołu a rodziną, komunikacja pomiędzy członkami zespołu);</li> <li>- planowanie dla umierającego (2pozycje – planowanie i przewidywanie);</li> <li>- aspekt socjalny i obsługa (3 pozycje – marnowanie czasu, praktyczna pomoc i finanse);</li> <li>- doradcza rola zespołu (2 pozycje – lęk zespołu, udzielanie rad przez specjalistów).</li> </ul> <p>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.</p> <p>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 – część metody, to jest pozycje od 1 – 9.</p> <p>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].</p>
	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	<p>W badaniach dotyczących poprawy jakości opieki u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej skala STAS była stosowana jako rutynowe narzędzie przez zespoły specjalistyczne</p> <p>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]</p> <p>Narzędzie to spełnia warunki psychometryczne [1]</p> <p>Skala STAS jest narzędziem często wykorzystywanym i walidowanym do swoich warunków, przez badaczy z wielu ośrodków na świecie [5,6,7,8,9,10].</p> <p>Kwestionariusz STAS był prekursorem narzędzia Palliative Care Outcome Scale[11]</p>

## 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	<p><b>Sposoby oceny skali STAS</b></p> <p>Tłumaczenie: Krystyna de Walden – Gałuszko, Mikołaj Majkowicz, Jolanta Cerebież – Terebicka</p>	
	<p><b>Ogólne zasady punktowania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Problemy i potrzeby pacjentów oceniane są w 5 – punktowej skali (0-4) podczas pierwszego kontaktu z chorym i potem co tydzień aż do śmierci;</li> <li>– wysoki wynik odpowiada dużemu nasileniu objawów lub poczuciu dyskomfortu pacjenta, a niski łączy się z małym nasileniem ocenianych objawów czy problemów;</li> <li>– rodzina, czy najbliżsi opiekunowie pacjenta (rodzice, przyjaciele, partnerzy) mogą zmieniać się podczas całego okresu opieki;</li> <li>– inni profesjonaliści to osoby profesjonalnie zajmujące się opieką włączając lekarzy rejonowych/rodzinnych, pielęgniarki rejonowe/środowiskowe, pracowników socjalnych oraz personel szpitala;</li> <li>– zapisujemy liczbę „9” jeżeli nie możemy ocenić stanu pacjenta;</li> <li>– zapisujemy liczbę „8” jeśli ocena nie była możliwa do wykonania (np. ocena lęku rodziny przy braku rodziny);</li> <li>– zapisujemy liczbę „7” we wszystkich pozycjach skali gdy w ciągu tygodnia nie było kontaktu z pacjentem lub jego rodziną.</li> </ul> <p>Zapis i sposób obliczania wyników</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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”;</li> <li>– 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.</li> </ul>	

<p><b>Podstawowe 9 pozycji. Do oceny wszystkich pacjentów</b></p> <p><b>Kontrola bólu</b> 0 – brak 1 - sporadyczny, émiący pojedynczy objaw. Uwolnienie się od bólu nie stanowi dla pacjenta problemu 2 - umiarkowany distress, 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, ciągly przytłaczający ból. Niezdolność do myślenia o innych sprawach</p> <p><b>Kontrola innych objawów</b> Ocena wpływu na pacjenta (bez włączania w to bólu) 0 – brak 1 – sporadyczny, émiący pojedynczy objaw. Pacjent zachowuje zwykłą aktywność i uwolnienie się od bólu nie stanowi dla pacjenta problemu 2 - umiarkowany distress, 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, ciągly przytłaczający objaw. Niezdolność do myślenia o czymś innym</p> <p><b>Lęk pacjenta</b> 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 – ciągly i całkowicie absorbujący lęk. Niemożliwość myślenia o innych sprawach</p> <p><b>Lęk rodziny</b> 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 – ciągly i całkowicie absorbujący lęk. Niemożliwość myślenia o innych sprawach</p> <p><b>Wiedza pacjenta o prognozie (wgląd pacjenta)</b> 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</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>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</p> <p><b>Rodziny wiedza o prognozie (wgląd rodziny)</b>  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</p> <p><b>Komunikacja między pacjentem a rodziną</b>  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, nieszczere porozumiewanie się. Zupełny brak komunikacji</p> <p><b>Komunikacja pomiędzy członkami zespołu</b>  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</p> <p><b>Przekaz informacji od członków zespołu do pacjentów i ich rodzin</b>  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</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	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

## Opieka paliatywna

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>8. Lagabrielle 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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>12. Ciałkowska – Rysz A., Dzierżanowski T.(red), Medycyna Paliatywna. Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.3. ESAS</b>	
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	Majkovicz M, Czuszyńska Z, Leppert W, Maszkowska-Kopij J
	Rok publikacji	1998 r.
	Źródło	Majkovicz 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

<b>Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS – r)</b>												
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]												
<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>											
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>J Palliative Care</i>. 1991; 7(2): 6–9.</li> <li>2. Majkowicz M, Czuszyńska Z, Leppert W, Maszkowska-Kopij J. Praktyczne wykorzystanie skali ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) w opiece paliatywnej. <i>Nowotwory</i> 1998; 48: 847-857</li> <li>3. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001</li> <li>4. de Walden – Gałuszko K., Ciałkowska – Rysz A.,(red), Forycka M, Leppert W., <i>Medycyna Paliatywna, Ocena jakości życia i jakości opieki paliatywnej</i>, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015</li> </ol>											

	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>7. de Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.(red), Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000.</li> <li>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).</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.4. HADS</b>	
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 badanej skali	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	<p><b>„Klucz” do obliczania kwestionariusza HADS – M</b></p> <p>nr pytania treść odpowiedzi liczba punktów kategoria</p> <p>1. - większość czasu 3 A - sporo czasu 2 - od czasu do czasu 1 - wcale 0</p> <p>2. - zdecydowanie tak samo 0 D - niezupełnie tak samo 1 - tylko trochę 2 - zupełnie nie 3</p> <p>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</p>	

<p>4. - tak samo jak kiedyś 0 D - teraz nie tak bardzo jak kiedyś 1 - znacznie mniej niż kiedyś 2 - w ogóle nie 3</p> <p>5. - większą część czasu 3 A - sporo czasu 2 - od czasu do czasu ale niezbyt często 1 - przypadkowo, nieregularnie 0</p> <p>6. – wcale nie 3 D - nie często 2 - czasem 1 - większość czasu 0</p> <p>7. – zdecydowanie tak 0 A - zwykle 1 - często 2 - wcale nie 3</p> <p>8. – przez cały czas 3 D - bardzo często 2 - od czasu do czasu 1 - wcale nie 0</p> <p>9. – wcale nie 0 A - od czasu do czasu 1 - dość często 2 - bardzo często 3</p> <p>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</p> <p>11. - w bardzo znacznym A stopniu 3 - w znacznym stopniu 2 - rzadko 1 - mogę siedzieć 0</p> <p>12. - tak bardzo jak kiedyś 0 D - mniej niż zwykle 1 - zdecydowanie mniej niż zwykle 2 - wcale nie 3</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Opieka paliatywna

	<p>13. - bardzo często 3 A          - dość często 2          - niezbyt często 1          - wcale 0</p> <p>14. - często 0 D          - czasami 1          - niezbyt często 2          - bardzo rzadko 3</p> <p>15. - często 3 R          - czasami 2          - rzadko 1          - wcale 0</p> <p>16. - często 3 R          - czasami 2          - rzadko 1          - wcale 0</p> <p>Oznaczenie kategorii:          A – lęk          D – depresja          R – rozdrażnienie (agresja)</p> <p>Wynikiem testu jest suma punktów w danej kategorii.</p> <p>Wyniki należy pogrupować w kategorie, w poszczególnych skalach, i wyodrębnić kategorie oddzielnie dla lęku, depresji i rozdrażnienia.</p> <p>Wynik oznacza:          0 – 7 pkt – brak zaburzeń,          8 – 10 pkt – stany graniczne,          11 – 21 pkt – stwierdza się zaburzenia [3]</p>												
<p><b>HADS – M</b>  <b>ZMODYFIKOWANA SKALA HADS</b>          Autorzy wersji oryginalnej: A. S. Zigmont, R. P. Snaith          (Opracowanie wersji polskiej: M. Majkovicz, K. de Walden – Gałuszko,          G. Chojnacka – Szawłowska)</p> <p>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.</p> <p>1. Czuję (-am) się napięty(-a) lub poddenerwowany (-a)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 40%;">większość czasu</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></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 cieszę się rzeczami, 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 (-nnam)		
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression (HAD) scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. 67, 361-370</li> <li>2. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2001</li> <li>3. de Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.(red), Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000</li> <li>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.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>10. de Walden – Gafuszko K., Ciałkowska – Rysz A., (red.), <i>Medycyna Paliatywna</i>, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015</li> </ol>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal		OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.5. MRC</b>		
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]	



## Opieka paliatywna

	Orientacyjny czas badania	Badanie przy użyciu skali trwa kilka minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>W ocenie jakości życia istotne znaczenie ma jednoznaczne opisanie duszności. Najpowszechniej wykorzystuje się do tego celu skalę opracowaną przez Mahlera i współpracowników [1].</p> <p>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]</p> <p>Przeprowadzono szereg badań w Polsce i na Świecie, z zastosowaniem tego narzędzia [6,7,8,9].</p> <p>W zaleceniach Globalnej Strategii Diagnozowania, Postępowania i Profilaktyki POCHP rekomenduje się wykorzystanie Skali MRC[10]</p>
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 MRC 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	<p>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.</p> <p><b>Uzyskanie 0-1 punktu</b> w tej skali pozwala sklasyfikować badanego jako osobę o stosunkowo niewielkim nasileniu duszności.</p> <p><b>Liczba punktów od 2 do 4</b> wskazuje na duże natężenie duszności i małą rezerwę, jeśli chodzi o wydolność wysiłkową[2].</p>	
<b>Zmodyfikowana skala MRC (Medical Research Council)</b>		
<b>Stopień</b>	<b>Objawy</b>	
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]		

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005: 523</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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)</li> <li>11. Ciałkowska – Rysz A., Dzierżanowski T.(red), Medycyna Paliatywna. Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019</li> </ol>

<b>Grupa skal</b>	<b>OPIEKA PALIATYWNA</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.6. Behawioralna Ocena Bólu</b>	
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 umożliwia 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 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>					
Reakcje somatyczne	<b>1. Dolegliwości somatyczne</b>							
	• Bez dolegliwości							0 0 0 0 0 0 0
	• Skargi wyrażone 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
	<b>2. Pozycja obronna</b>							
	• 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
	<b>3. Ochrona bolesnych miejsc</b>							
	• 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	<b>4. Wyraz twarzy</b>							
	• 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
	<b>5. Sen</b>							
	• 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
	<b>6. Aktywność życia codziennego</b>							
	• Aktywność niezmienną							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
<b>7. Zdolność poruszania się</b>								
• 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 pomocy							3 3 3 3 3 3 3	
Reakcje psychospołeczne	<b>8. Komunikacja</b>							
	• Niezmieniona							0 0 0 0 0 0 0
	• Wzmocniona (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 jakiegokolwiek formy komunikacji							3 3 3 3 3 3 3
	<b>9. Życie społeczne</b>							
	• 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
	<b>10. Problemy zachowania</b>							
	• 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
<b>Suma</b>								

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

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dobrogowski J., Kołłątaj M. Ocena kliniczna chorego z bólem.[w:]Wordliczek J., Dobrogowski J.(red). Leczenie bólu. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011</li> <li>2. Janecki M., Janecka J. Behawioralna ocena bólu u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową objętych stacjonarną opieką paliatywną. Medycyna Paliatywna 2009; 1: 27-32.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>5. Stypuła-Ciuba B., Dzierżanowski T. Diagnostyka bólu.[w:] Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (red). Medycyna Paliatywna. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2019</li> <li>6. Schmitz K., H., Campbell A., M., Stuver 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.</li> <li>7. Strubel D., Hoffet-Guillo F. The end of life of patients with dementia.Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2004;2(3): 197-202.</li> <li>8. Wary B., Villard J-F. Specificity of pain assessment in the aged.Psychol Neuropsychiatr Vieil.2006; 4(3): 171-8.</li> <li>9. Widenka M. Zastosowanie fentanylu drogą przeskorną 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.</li> <li>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.</li> </ol>

<b>Grupa skal</b>	<b>OPIEKA PALIATYWNA</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.7. Skala sprawności Karnofsky'ego</b>	
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 <sup>[2]</sup>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clancey J.K. Karnofsky performance scale. J Neurosci Nurs. 1995; 27(4):220.</li> <li>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.</li> <li>3. Katushova J., Bober J., Radonak J. Perioperative and follow-up results in chronic pancreatitis patients after pancreatic resection. Wiener klinische Wochenschrift. 2011; 123: 359-363.</li> <li>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 &amp; Primary Care Review 2013; 15,4: 544-548.</li> <li>5. Leppert W. Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płucobjętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. Medycyna Paliatywna 2010; 1:25-34.</li> <li>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.</li> <li>7. Ślusarz R. Early Assessment of Functional Capacity in Patients After Brain Neoplasm Surgery. Adv Clin Exp Med 2007; 16 (5): 663-667.</li> </ol>

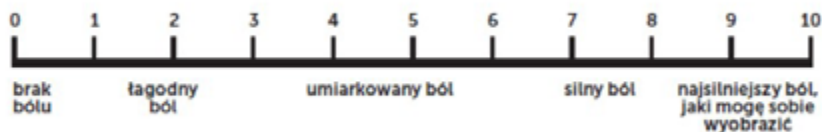
	8. Trawińska- Cząstkiewicz D., Hans-Wytrychowska A., Hoffman K. Pacjent-senior z chorobą nowotworową-punkt widzenia onkologa. Hygeia Public Health 2020; 55(3): 107-114.
	9. Suh J.H. Radiochirurgia stereotaktyczna w leczeniu chorych z przerzutami do mózgu. The New England Journal of Medicine 2010; 362: 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	<b>II.6.A.8. Skala numeryczna</b>	
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 badanej skali	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 stacjonarny.
	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	



## Opieka paliatywna

Klucz do skali/ interpretacja wy- ników	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cruccu G. i wsp. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. <i>European Journal of Neurology</i> 2010; 17:1010-1018.</li> <li>2. Delgado-Guay M.O., Bruera E. Management of pain in the older person with cancer. Part 1: Pathophysiology, pharmacokinetics and Assessment <i>Oncology (Williston Park)</i> 2008; 22(1): 56-61.</li> <li>3. Dunham M., Allmark P., Collins K. Older people's experiences of cancer pain: A qualitative study. <i>Nurs Older People</i> 2017; 29:28-32.</li> <li>4. Janecki M. Przegląd narzędzi służących do oceny bólu neuropatycznego. <i>Palliative Medicine in Practice</i> 2014; 8(2):74-77.</li> <li>5. Pabis E. Metody oceny natężenia bólu poperacyjnego u dzieci. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i> 2011; 19(1): 122-129.</li> <li>6. Schmitz K.H., Campbell A.M., Stuiiver M.M. et al. Exercise is medicine in oncology: Engaging clinicians to help patients move through cancer. <i>CA Cancer J Clin</i> 2019;69(6): 468-84.</li> <li>7. Tylka J., Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36- wersja polska. <i>Kardiologia Pol</i> 2009; 67: 1166-1169.</li> <li>8. Wróbel K., Wróbel A. Ból -analiza zagadnienia, przegląd piśmiennictwa. <i>Edukacja Biologiczna i Środowiskowa</i> 2015; 2: 20-26.</li> <li>9. Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kieczka-Radzikowska K., Liniarski M. Kliniczna ocena bólu. <i>Journal of Clinical Healthcare</i> 2018; 2: 6-11.</li> <li>10. Ziółkowski J. Postępowanie w bólu poperacyjnym u dzieci. <i>Ból</i> 2005; 2: 9-18.</li> </ol>

Grupa skal	OPIEKA PALIATYWNA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.A.9. Skala Słowna. Skala Likerta</b>	
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	
Krótka charakterystyka skali	Źródło	Polska wersja językowa.
	Zakres badanej skali	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	Profesjonaliści, 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Chodkiewicz J. Psychological pain- conceptualization and measurement tools. Psychiatria.Via Medica 2013; 10 (3-4):109-115.</li> <li>Derrick B., White P.Comparing Two Samples from an Individual Likert Question. International Journal of Mathematics and Statistics 2017; 18 (3): 1-13.</li> <li>Jamieson S. “Likert Scales: How to (Ab)use Them” Medical Education 2004; 38(12):1217-1218.</li> <li>Leppert W., Wordliczek J. et al. Recommendations for assessment and management of pain in cancer patients. Oncol Clin pract 2018; 14:1-14.</li> <li>Norman G. Likert Scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. Advances in Health Science Education 2010; 15(5): 625-632.</li> <li>Polański J., Chudiak A.K., Rosińczuk J. Kwestionariusze stosowane w ocenie wybranych objawów raka płuc. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10 (3): 89-97.</li> </ol>

Opieka paliatywna

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	<b>II.6.A.10. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel.</b>	
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	<p>Maksymalna liczba punktów jaką można uzyskać w skali Barthel to 100. Najczęściej stosuje się następujące przedziały punktowe.</p> <p>Punkty: 0-20- stan pacjenta bardzo ciężki, niesamodzielny, wymaga całkowitej pomocy osób drugich w zaspakajaniu podstawowych potrzeb.</p> <p>Punkty: 21-80 (niekiedy spotyka się punktację 21-85)- stan pacjenta średnio- ciężki, nie jest całkowicie zależny od osób drugich, jednakże wymaga pomocy. Duża rozpiętość przedziału daje szerokie pole do ustalenia zakresu pomocy.</p> <p>Punkty:81-100 (86-100)- stan pacjenta lekki, jest samodzielny w zakresie samoobsługi i nie wymaga pomocy. [8]</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

WZÓR  
KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY  
KIEROWANEGO DO OBJĘCIA /OBJĘTEGO<sup>1)</sup> PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ  
DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

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 <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	

9.	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje moc	
	<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>	

.....  
 .....  
 .....  
 data, podpis i pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

**2. Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga<sup>1)</sup> pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

.....  
 .....  
 .....  
 data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

Za: gov.pl

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catz A. MD, PhD; Itzkovich M, MA, OT. Spinal Cord Independence Measure: Comprehensive ability rating scale for the spinal cord lesionpatient. Journal of Rehabilitation Research &amp; Development 2007; 44(1): 65-68.</li> <li>2. Jachimowicz V., Kostka T. Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. Gerontologia Polska 2005; 17(1): 23-31.</li> <li>3. Jones J., Rikli R. Measuring functional fitness of older adults. Journal on Active Aging 2002; 03/04: 24-30.</li> <li>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.</li> </ol>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>10. Żak M. Rehabilitacja u osób po 80 roku życia z zaburzeniami życia codziennego. <i>Gerontologia Polska</i> 2005; 13(3): 200-205.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## II.6.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.B.1. Skala Cancer Dyspnea Scale</b>
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.
Krótko 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 wykorzystawana 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	<b>II.6.C.1. Kwestionariusz Melzacka. Arkusz doznań bólowych/ tłumaczenie wersji oryginalnej Kazimierz Sedlak/</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	MPQ-McGill pain questionnaire

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Melzack Ronald
Krótką charakterystyka 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
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.6.C.2. Wizualna skala analogowa</b>
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 charakterystyka 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.
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>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</b>
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

<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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.</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<p>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.</p>
<p>Źródło on-line</p>	<p>DOI: 10.1097/00000421-198212000-00014</p>

## 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	<b>II.7.A.1. Ocena nasilenia nietrzymania moczu - zmodyfikowany 1-godzinny test podpaskowy [1]</b>		
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Purc D, Rasała A. Metody leczenia nietrzymania moczu. European Journal of Medical Technologies 2015; 3(8): 29-38</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(06)00609-1/fulltext">https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(06)00609-1/fulltext</a>. Dostęp 27.09.2022</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1492-5287">https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1492-5287</a> Dostęp: 27.09.2022</li> <li>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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31571159/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31571159/</a>. Dostęp 30.09.2022</li> <li>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: <a href="https://www.karger.com/Article/Abstract/144053">https://www.karger.com/Article/Abstract/144053</a>. Dostęp 27.09.2022</li> <li>Narojczyk-Świeściak E. Nietrzymanie moczu u kobiet w wieku podeszłym. Nowa Klin 2012; 5: 5067-5071.</li> <li>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</li> </ol>

Grupa skal		UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.7.A.2. Ocena występowania i nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu - kwestionariusz Gaudenza</b>		
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 badanej skali		
	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: _____	

<p>Czy bezwiednie gubi Pani czasem mocz?</p> <p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>Jak często się to zdarza?</p> <p>rzadko, np. podczas przeziębienia <input type="checkbox"/></p> <p>sporadycznie <input type="checkbox"/></p> <p>codziennie, wielokrotnie <input type="checkbox"/></p> <p>praktycznie ciągle <input type="checkbox"/></p> <p>Jak daleko od Pani domu gubi Pani?</p> <p>blisko drogi <input type="checkbox"/></p> <p>małe porcje <input type="checkbox"/></p> <p>moczenie ubrań <input type="checkbox"/></p> <p>Jak często zmienia Pani dziennie moką bieliznę?</p> <p>wcale (nie potrzebuję) <input type="checkbox"/></p> <p>kilka razy dziennie <input type="checkbox"/></p> <p>Zakładam podkoszulek lub wstążkę przed wyjściem z domu także w domu także na noc <input type="checkbox"/></p> <p>Kiedy zmienia Pani bieliznę lub podkoszulek, to czy jest ona:</p> <p>sucha <input type="checkbox"/></p> <p>wilgotna <input type="checkbox"/></p> <p>mokra <input type="checkbox"/></p> <p>mokra i kłopotliwa <input type="checkbox"/></p> <p>Gubienie moczu jest dla Pani właściwie żadnym problemem, niekiedy przyczyną zniechęcenia się bardzo trudniej niż życie <input type="checkbox"/></p> <p>W jakich sytuacjach gubi Pani bezwiednie mocz?</p> <p>podczas kaszlu i kichania <input type="checkbox"/></p> <p>podczas śmiechu <input type="checkbox"/></p> <p>podczas chodzenia i wchodzenia na schody <input type="checkbox"/></p> <p>podczas schodzenia ze schodów <input type="checkbox"/></p> <p>podczas skakania, podskakiwania, gimnastyki <input type="checkbox"/></p> <p>podczas stania <input type="checkbox"/></p> <p>podczas siedzenia i leżenia <input type="checkbox"/></p> <p>Po jakim wydarzeniu wystąpiło gubienie moczu?</p> <p>po porożeniu <input type="checkbox"/></p> <p>po operacji w obrębie podbrzusza <input type="checkbox"/></p> <p>po menopauzie <input type="checkbox"/></p> <p>po innym wydarzeniu <input type="checkbox"/></p> <p>ile porodów miała Pani?</p> <p>żadnego <input type="checkbox"/></p> <p>1-3 <input type="checkbox"/></p> <p>ponad 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Liczba noworodków z wagą ponad 4000 g?</p> <p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>ponad 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Czy ma Pani jeszcze niemowlętko?</p> <p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>Czy miała Pani operację w podbrzuszu?</p> <p>tak, jakie? proszę wymienić <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy odstawienie moczu łagodzi ból?</p> <p>tak, podczas oddawania moczu <input type="checkbox"/></p> <p>tak, po oddaniu moczu <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>Jak często w ciągu dnia chodzi Pani odpakać mocz?</p> <p>co 3-6 godzin <input type="checkbox"/></p> <p>co 1-2 godziny <input type="checkbox"/></p> <p>co pół godziny lub częściej <input type="checkbox"/></p> <p>ze zmieniając częstotliwość <input type="checkbox"/></p> <p>Czy budzi się Pani w nocy z uczuciem parcia?</p> <p>Jak często się Pani w nocy oddawaa mocz?</p> <p>ngdy <input type="checkbox"/></p> <p>rz., nieregularnie <input type="checkbox"/></p> <p>2-4 razy <input type="checkbox"/></p> <p>5 lub więcej <input type="checkbox"/></p> <p>Czy moczy się Pani podczas snu?</p> <p>ngdy <input type="checkbox"/></p> <p>niekiedy, rzadko <input type="checkbox"/></p> <p>często, regularnie <input type="checkbox"/></p> <p>Czy może Pani opanować uczucie parcia?</p> <p>może przeczekać <input type="checkbox"/></p> <p>muszy oddać mocz w ciągu 10-15 minut <input type="checkbox"/></p> <p>muszy natychmiast oddać mocz, w ciągu 1-5 minut <input type="checkbox"/></p> <p>Czy zdarza się, że podczas parcia nie zdąży Pani dojść do toalety i po drodze popuści Pani mocz?</p> <p>ngdy <input type="checkbox"/></p> <p>rzadko, np. po przeziębieniu <input type="checkbox"/></p> <p>niekiedy <input type="checkbox"/></p> <p>często, regularnie <input type="checkbox"/></p> <p>Czy zdarza się, że odczucie Pani silnie parcia i zaciśnięcie mięśni oddaje Pani mocz, nie mogąc tego opanować?</p> <p>ngdy <input type="checkbox"/></p> <p>rzadko <input type="checkbox"/></p> <p>często <input type="checkbox"/></p> <p>Czy może Pani pizerać oddawanie moczu dowolnie?</p> <p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>nie wiem <input type="checkbox"/></p> <p>Czy ma Pani uczucie, że po oddaniu moczu pachnie jest pantry?</p> <p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>nie zawsze <input type="checkbox"/></p> <p>nie wiem <input type="checkbox"/></p> <p>Czy jest trudne do opanowania parcia na mocz jest dla mnie: właściwie żadnym problemem, niekiedy jest kłopotliwe, jest kłopotliwe, bardzo kłopotliwe</p> <p>ile Pani wazy?</p> <p>do 50 kg <input type="checkbox"/></p> <p>51-60 <input type="checkbox"/></p> <p>61-70 <input type="checkbox"/></p> <p>71-80 <input type="checkbox"/></p> <p>81 i wyżej <input type="checkbox"/></p> <p>Odczuwa Pani uderzenia gorąca?</p> <p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>Czy przyjmują Pani hormony w tabletkach lub iniekcjach?</p> <p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Proszę nie wypełniać	Punkcją nietrzymania z parcia <input type="checkbox"/>	Punkcją nietrzymania przy wysiłku <input type="checkbox"/>	Pora diagnostyki <input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gaudenz R. Der Inkontinenz-Fragebogen mit dem neuen Urge-Score und Stress-Score. Geburtsh u Frauenheilk 1979; 39: 784–792.</li> <li>Petros PP, Ulmsten U. Acta Obstet Gynecol Scand 1992 Jensen et al. Obstet Gynecol 1994</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>Stadnicka G., Janik M., Łepecka-Klusek C. Piłewska-Kozak A. Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014;20, (2): 136–140</li> <li>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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18457475/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18457475/</a>; 26.09.2022</li> <li>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.</li> <li>Wójtowicz U.A., Płaszewska-Żywko L., Kołacz E. Inkontynencja – cichy problem. Analiza czynników ryzyka. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 3: 92–97.</li> </ol>

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.7.A.3. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (eGFR, estimated glomerular filtration rate) według Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI)[1]</b>	
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 <sup>2</sup> [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 <sup>2</sup> [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 <sup>2</sup> 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	Profesjonaliści, 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 m <sup>2</sup> ]	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			

$$eGFR = 141 \times \min(S \text{ kreat}/\kappa, 1)^\alpha \times \max(S \text{ kreat}/\kappa, 1)^{-1,209} \times 0,993^{\text{wiek}} \times 1,018$$

(dla kobiet)

× 1,159 (dla rasy czarnej)

dla kobiet:  $\kappa = 0,7, \alpha = -0,329$

dla mężczyzn:  $\kappa = 0,9, \alpha = -0,411$

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. <i>Ann. Intern. Med.</i> 2009; 150: 604–612</li> <li>2. Chrobak Ł, Dębska-Ślizień A, Rutkowski B. Epidemiologia przewlekłej choroby nerki przeszczepionej na podstawie różnych metod oznaczania wskaźnika filtracji kłębuszkowej. <i>Forum Nefrologiczne</i> 2014; 7, (2): 90–96.</li> <li>3. Jalalnmuhali M, Lim SK, Md Shah MN, Ng KP. MDRD vs. CKD-EPI in comparison to <sup>51</sup>Chromium EDTA: a cross sectional study of Malaysian CKD cohort. <i>BMC Nephrol.</i> 2017 Dec 13;18(1):363.</li> <li>4. Zdrojewski Ł, Rutkowski B. MDRD or CKD-EPI equation — revolution or evolution? <i>Forum Nefrologiczne</i> 2014;7(1):38-44.</li> <li>5. KDIGO Board. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. <i>Kidney Int.</i> 2013; 3: 5–14.</li> <li>6. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. <i>Kidney Int.</i> 2021; 99: 1–87</li> <li>7. Clinical and Prognostic Implications of Estimating Glomerular Filtration Rate by Three Different Creatinine-Based Equations in Older Nursing Home Residents. <i>Front. Med., 2022 Sec. Geriatric Medicine</i> file:///C:/Users/agnie/Downloads/fmed-09-870835%20(1).pdf. dostęp 30.09.2022</li> <li>8. Taal MW. Chronic kidney disease: towards a risk-based approach <i>Clinical Medicine.</i> 2016;16 (6): 117-120</li> </ol>

9. Nakazone MA, Machado MN, Otaviano AP, Rodrigues AMS, Cardinali-Neto A, Bessetti RB. Prognostic Significance of Chronic Kidney Disease (CKD-EPI Equation) and Anemia in Patients with Chronic Heart Failure Secondary to Chagas Cardiomyopathy. *Cardiol Res Pract.* 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. *PLoS Med.* 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. *Kidney Int.* 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	<b>II.7.A.4. Szacunkowa ocena wielkości przesączania kłębuszkowego (eGFR, estimated glomerular filtration rate) według Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)[1]</b>	
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 <sup>2</sup> ). 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 <sup>2</sup> . 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

$$eGFR = 186 \times \text{Scr [mg/dl]}^{-1,154} \times \text{wiek}^{-0,203} \times 0,742 \text{ (jeśli kobieta)} \times 1,212 \text{ (jeśli rasa czarna)}$$

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>10. Bilska M, Grześk G. Wartości eGFR i klirensu kreatyniny w niewydolności nerek – decyzje terapeutyczne. <i>Farmacja Polska</i> 2020, 76(10): 557-561</li> </ol>

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.7.A.5. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Cockcrofta-Gaulta [1]</b>	
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 badanej 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. <i>Nephron</i>. 1976;16:31–41. doi: 10.1159/000180580</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ol>

	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. <i>J. Am. Soc. Nephrol.</i> 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. <i>Ann. Acad. Med. Siles.</i> 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. <i>Am. J. Kidney Dis.</i> 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. <i>Kidney Int.</i> 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. <i>Kidney International</i> 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. <i>Open Journal of Nephrology</i> 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. <i>Circulation</i> 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. <i>Ann. Intern. Med.</i> 2002; 137: 563–570

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.7.A.6. Oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR) ze wzoru Schwartza.</b>	
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. <i>Pediatrics</i> 1976; 58: 259–263.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	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 <sup>2</sup> powierzchni ciała [3].
	Orientacyjny czas badania	Do oszacowania klirensu kreatyniny z wykorzystaniem wzoru Schwartza można przygotować w programie Microsoft Excel formułę do obliczeń.

	<p>Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego</p>	<p>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 większą precyzją. 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<sup>2</sup> 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].</p>										
<p>Rekomendacje zastosowania skali</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="353 1344 579 1372">Wiek badanych</td> <td data-bbox="579 1344 1067 1372">Pacjent do 17 roku życia.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1372 579 1401">Miejsce badanych</td> <td data-bbox="579 1372 1067 1401">Każde środowisko pacjenta.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1401 579 1429">Stan badanych</td> <td data-bbox="579 1401 1067 1429">Pacjent do 17 roku życia z PChN.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1429 579 1458">Sytuacje</td> <td data-bbox="579 1429 1067 1458">Zaburzenia funkcji nerek</td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1458 579 1496">Inne</td> <td data-bbox="579 1458 1067 1496"></td> </tr> </table>	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		
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												
<p>Osoby, które mogą stosować skalę</p>	<p>Profesjoniści, kto? Pielęgniarka, lekarz</p>											
<p>Dodatkowe kryteria zastosowania skali</p>	<p>np. zgoda autora zgoda PTP</p>											
<p>Klucz do skali/interpretacja wyników</p>	<p>Wielkość przesączania kłębuszkowego nerek (GFR) (wraz z wielkością albuminurii) stanowi podstawowy wskaźnik oceny zaawansowania przewlekłej choroby nerek (PChN).</p>											
<p>Formularz skali/ kwestionariusz</p>												

## 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001979">https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001979</a></li> <li>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> <b>19</b>, 194 (2018). <a href="https://doi.org/10.1186/s12882-018-0995-1">https://doi.org/10.1186/s12882-018-0995-1</a></li> <li>Esmailnejad SS, Nazari S, Esfandiari 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.</li> <li>Salazar-Gutiérrez ML, Ochoa-Ponce C, Lona-Reyes JC, Gutiérrez-Íñiguez SI. Concordancia de las ecuaciones de filtración glomerular y de 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.</li> <li>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.</li> <li>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 &gt;60mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. <i>Ren Fail.</i> 2016; 38: 787-798.</li> </ol>



Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.7.A.7. Ocena adekwatności hemodializy</b>	
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 jednokompartamentowym 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 jednoprzędziowym (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	<b>II.7.A.8. Ocena adekwatności dializy otrzewnowej</b>	
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]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	
Rekomendacje zastosowania skali	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	<p>Do pomiaru adekwatności dializoterapii mierzonej wskaźnikiem Kt/V (gdzie K-klirens moczniaka, t-czas leczenia, V-objętość dystrybucji moczniaka) wykorzystuje się 24-godzinną zbiórkę płynu dializacyjnego i moczu z doby poprzedzającej badanie [1,2,6].</p> <p>Przy ocenie Kt/V korzysta się ze wzoru na całkowity Kt/V, będący sumą Kt/V otrzewnowego i Kt/V nerkowego:</p> $\text{Kt/V całkowity} = \text{Kt/V otrzewnowy} + \text{Kt/V nerkowy}$ $\text{Kt/V otrzewnowy} = D/P \times \text{VD}$ $\text{Kt/V nerkowy} = U/P \times \text{VU}$ $\text{Tygodniowy Kt/V całkowity} = \text{Kt/V całkowity} \times 7$ $\text{Tygodniowy Kt/V otrzewnowy} = \text{Kt/V otrzewnowy} \times 7$ $\text{Tygodniowy Kt/V nerkowy} = \text{Kt/V nerkowy} \times 7$ <p>Gdzie:</p> <p>D - stężenie moczniaka w dializacie;  P - stężenie moczniaka w osoczu;  U - stężenie moczniaka w moczu;  VD - objętość dobowa dializatu;  VU - objętość dobowa moczu;  V - wyliczona objętość dystrybucji moczniaka (wyliczenie na podstawie Normogramu Watsona). Jako wartość referencyjną uznano Kt/V całkowity &gt; 1,7 L/tydz./1,73 m<sup>2</sup> [1,2,7,8,9,10].</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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: <a href="https://www.ackdjournal.org/article/S1073-4449(12)80018-5/pdf">https://www.ackdjournal.org/article/S1073-4449(12)80018-5/pdf</a> dostęp 2.10.2022</li> <li>Ostrowski J., Rutkowski B, Muszytowski M.:Unknown Polish pioneers of peritoneal dialysis. <i>J. Nephrol.</i> 2011;24 (17): 89-92</li> <li>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.</li> <li>Baczyński D., Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. Adekwatność dializy otrzewnowej. W: Rutkowski B. (red.). <i>Leczenie nerkozastępcze.</i> Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 233–247</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://www.indianj nephrol.org/article.asp?issn=0971-4065;year=2021;volume=31;issue=2;spage=97;epage=110;aulast=Churchill">https://www.indianj nephrol.org/article.asp?issn=0971-4065;year=2021;volume=31;issue=2;spage=97;epage=110;aulast=Churchill</a> Dostęp 02.10.2022</li> <li>Ryckelynck J.P., Ficheux M., Castrale C. et al. Adequacy in peritoneal dialysis. <i>Contrib Nephrol.</i> 2012; 178:195-199.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.7.A.9. Ocena ujścia zewnętrznego według Twardowskiego i wsp.[1]</b>	
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, wybulałej 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]

<b>Doskonale ujście</b>	Prawidłowy wygląd skóry, bez bólu, nacieku, rumienia, wydzieliny i ziarniny
<b>Dobre ujście</b>	Wilgotne, z okresowym tworzeniem się strupa
<b>Niedostateczne ujście</b>	Obecny strup i wydzielina surowicza na opatrunku
<b>Zapalenie ujścia</b>	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Teitelbaum I. <i>The New England Journal of Medicine</i> 2021, 385(19): 1786-1796</li> <li>3. Classifying Exit Sites and Diagnosing Exit Site Infections. <a href="https://advancedrenaleducation.com/wp/wp-content/uploads/2020/12/Classifying-Exit-Sites-and-Diagnosing-Exit-Site-Infections.pdf">https://advancedrenaleducation.com/wp/wp-content/uploads/2020/12/Classifying-Exit-Sites-and-Diagnosing-Exit-Site-Infections/</a> dostęp 10.10.2022</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>8. Prowant BF, Twardowski ZJ. Recommendations for exit care. <i>Perit Dial Int.</i> 1996;16 Suppl 3:S94-S99. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8860152">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8860152</a>.dostęp 10.10.2022</li> <li>9. Standard opieki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie nefrologicznym dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dializoterapii <a href="http://oipip-bp.pl/wp-content/uploads/2020/12/Standard_w_pielęgniarstwie_nefrologicznym.pdf">http://oipip-bp.pl/wp-content/uploads/2020/12/Standard_w_pielęgniarstwie_nefrologicznym.pdf</a> dostęp 10.11.2022</li> <li>10. Rutkowski B.(red.) Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. Wyd. Via Medica Gdańsk 2014.</li> </ol>

Grupa skal	UROLOGIA / NEFROLOGIA
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.7.A.10. Punktowa ocena zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego wg Schaefera i wsp..[1]</b>
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
obrzęk	Brak	W ujściu < 0.5 cm	> 0.5 cm i/lub w tunelu
strup	Brak	< 0.5 cm	> 0.5 cm
zaczernienie	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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). <i>J. Am. Soc. Nephrol.</i> 1999; 10: 136–145.</li> <li>2. Pluta A, Sulikowska B, Budnik-Szymoniuk M, Basińska-Drozd. Nursing care for peritoneal dialysis patient. <i>Journal of Education, Health and Sport.</i> 2017;7(6):389-396</li> <li>3. Rutkowski B. (red.), Leczenie nerkozastępcze. Wyd. Czelej Sp. z oo., Lublin 2007.</li> <li>4. Rutkowski B.(red.) Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. Wyd. Via Medica Gdańsk 2014.</li> <li>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.</li> <li>6. 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</li> <li>7. Standard opieki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie nefrologicznym dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dializoterapii <a href="http://oipip-bp.pl/wp-content/uploads/2020/12/Standard_w_pielęgniarstwie_nefrologicznym.pdf">http://oipip-bp.pl/wp-content/uploads/2020/12/Standard_w_pielęgniarstwie_nefrologicznym.pdf</a> dostęp 10.110.2022</li> </ol>

## II.8. Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne

*Szymańska Anna<sup>1</sup>, Sikorska-Iwańska Aleksandra<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> 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	<b>II.8.A.1. Skala Ferrimana - Gallweya</b>	
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
	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	

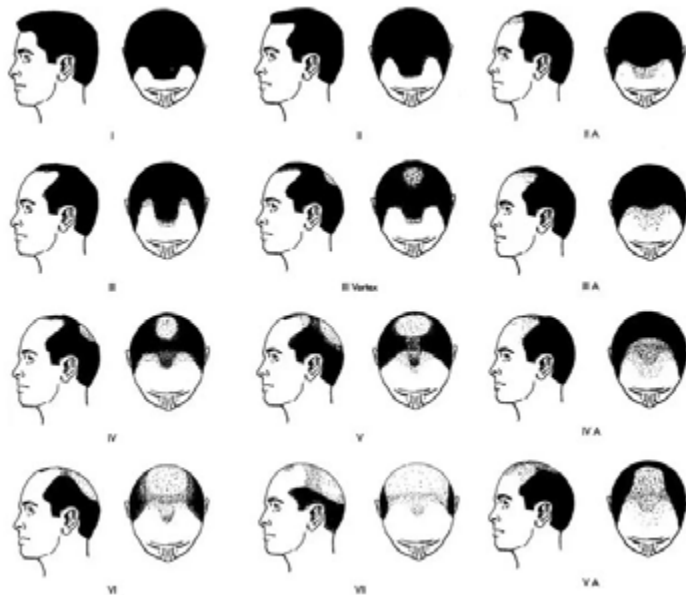
Body Area	Date of exam :					
Upper Lip					Score	
Chin					Score	
Chest					Score	
Upper Abdomen					Score	
Lower Abdomen					Score	
Arms					Score	
Thigh					Score	
Upper Back					Score	
Lower Back					Score	
TOTAL SCORE						

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ferriman D, Gallwey JMD. Clinical assessment of body hair growth in women. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 1961; 21: 1440-7.</li> <li>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. <i>Evid Based Complement Alternat Med</i> 2022; Jun 6:2920132. Dostępny w Internecie: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35707478/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35707478/</a>.</li> <li>Matheson E, Bain J. Hirsutism in Women. <i>Am Fam Physician</i> 2019; Aug 1;100(3):168-175.</li> <li>Escobar-Morreale HF, Carmina E, Dewailly D, Gambineri A, Kelestimir 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. <i>Hum Reprod Update</i> 2012; Mar-Apr;18(2):146-70.</li> <li>van Zuuren EJ, Pijl H. Hirsutisme [Hirsutism]. <i>Ned Tijdschr Geneeskd.</i> 2007; Oct 20;151(42):2313-8.</li> <li>Coskun A, Ercan O, Arikan DC, Özer A, Kilinc M, Kiran G, Kostu B. Modified Ferriman-Gallwey hirsutism score and androgen levels in Turkish women. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</i> 2011; Feb;154(2):167-71.</li> <li>Somani N, Harrison S, Bergfeld WF. The clinical evaluation of hirsutism. <i>Dermatol Ther</i> 2008; Sep-Oct;21(5):376-91.</li> <li>Lumezi BG, Berisha VL, Pupovci HL, Goçi A, Hajrushu AB. Grading of hirsutism based on the Ferriman-Gallwey scoring system in Kosovar women. <i>Postepy Dermatol Alergol</i> 2018; Dec;35(6):631-635.</li> <li>van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, Pandis N. Interventions for hirsutism (excluding laser and photoepilation therapy alone). <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2015; Apr 28;2015(4):CD010334.</li> <li>Kołodziejczak A. (red.) <i>Kosmetologia</i>. Warszawa: PZWL; 2020.</li> </ol>

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.8.A.2. Skala Hamiltona - Norwooda</b>	
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. <i>South Med J</i> 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 odzyskanie 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	<p>Stopień 1. Brak znaczącej utraty włosów lub recesji linii włosów. Występuje tzw. „nastoletnia” linia włosów, czyli brak pogłębionych zakoli.</p> <p>Stopień 2. Istnieje niewielka recesja linii włosów wokół skroni, czyli cofnięcie się przedniej linii włosów i delikatne posunięte zakola. Przy stopniu drugim występuje tzw. dojrzała linia włosów.</p> <p>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.</p> <p>Stopień 4. Występuje wyraźnie cofnięta linia włosów, a także przerzedzenie w części ciemniowej, czyli znaczna utrata włosów na czubku głowy (wierzchołku).</p> <p>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.</p>	

	<p>Etap 6. Oba obszary wypadania włosów są większe i łączą się w jeden, zwiększając powierzchnię pozbawioną włosów.</p> <p>Etap 7. Linia włosów występuje w części potylicznej, na pozostałym obszarze występuje całkowity brak włosów lub są one bardzo rzadkie.</p> <p>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.</p>
Formularz skali/ kwestionariusz	



Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Norwood OT. Male pattern baldness: classification and incidence. South Med J. 1975 Nov;68(11):1359-65.</li> <li>2. Gupta M, Mysore V. Classifications of Patterned Hair Loss: A Review. J Cutan Aesthet Surg 2016; Jan-Mar; 9(1):3-12.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>5. Słowińska M, Witek P, Szafranko K, Tomasiak T, Bukowska-Posadzy A, Kowalska-Ołędzka E, Owczarek W. Diagnostyka i leczenie łysienia androgenowego. Med. Prakt. 2017; 11:51-64.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

	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, Berceanu 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	<b>II.8.A.3. Skala Glogau</b>	
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 pozabiegowe [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	<p><b>TYP PIERWSZY STARZENIA – wczesne objawy fotostarzenia</b> 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.</p> <p><b>TYP DRUGI STARZENIA – umiarkowany stopień uszkodzenia skóry</b> 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.</p> <p><b>TYP TRZECI STARZENIA – zaawansowane uszkodzenie skóry</b> Występują utrwalone zmarszczki (spoczynkowe), zaburzenia naczyniowe w postaci teleangiektazji oraz zaburzenia rogowacenia i zabarwienia skóry. W celu ukrycia zmian konieczny jest bardzo intensywny makijaż.</p> <p><b>TYP CZWARTY STARZENIA – poważne uszkodzenie skóry</b> 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.</p>	
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Glogau RG. Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. Semin Cutan Med Surg 1996; Sep;15(3):134-8.</li> <li>Durai PC, Thappa DM, Kumari R, Malathi M. Aging in elderly: chronological versus photoaging. Indian J Dermatol 2012; Sep;57(5):343-52.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Faghihi G, Fatemi-Tabaei S, Abtahi-Naeini B, Siadat AH, Sadeghian G, Ali Nilforoush-zadeh 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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ol>

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.8.A.4. Wskaźnik Jakości Życia w Dermatologii</b>
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 badany skalą	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	<p>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.</p> <p>Punktacja:          Bardzo mocno – 3 pkt          Bardzo – 2 pkt          Trochę – 1 pkt          Wcale – 0 pkt          Nie dotyczy – 0 pkt</p> <p>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.</p> <p>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</p>
Formularz skali/ kwestionariusz	

1.	W jakim stopniu odczuwał/a Pan/Pani w ostatnim tygodniu swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	
2.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia był/a Pan/Pani zakłopotany/a lub zażenowany/a stanem swojej skóry?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	
3.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	<input type="radio"/> nie dotyczy
4.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani ubiór?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	<input type="radio"/> nie dotyczy
5.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	<input type="radio"/> nie dotyczy

Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne

6.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w uprawianiu sportu?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	<input type="radio"/> nie dotyczy
7.	Czy w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne całkowicie uniemożliwiły Panu/Pani pracę lub naukę?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> nie dotyczy
	Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani „nie”, to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne utrudniały Panu/Pani pracę zawodową lub naukę?	<input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	
8.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi lub rodziną?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	<input type="radio"/> nie dotyczy
9.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Pana/Pani skóry utrudniał współżycie seksualne?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> bardzo mocno <input type="radio"/> bardzo <input type="radio"/> trochę <input type="radio"/> wcale	<input type="radio"/> nie dotyczy

Przeгляд doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Zalewska-Janowska A. (red.) <i>Psychodermatologia Podejście interdyscyplinarne.</i> Warszawa: PZWL; 2022.</li> <li>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.</li> <li>5. Szepietowski J, Pacan P, Reich A, Grzesiak M. <i>Psychodermatologia.</i> Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2015.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

	<p>9. Babu BV, Nayak AN, Rath K, Kerketta AS. Use of the Dermatology Life Quality Index in filarial lymphoedema patients. <i>Trans R Soc Trop Med Hyg.</i> 2006 Mar;100(3):258-63.</p> <p>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? <i>J Invest Dermatol.</i> 2005 Oct;125(4):659-64.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	DERMATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO DERMATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.8.A.5. Kompleksowa skala oceny nasilenia trądziku</b>	
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. <i>J Cutan Med Surg.</i> 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 zaostrażający 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	

## Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>J Cutan Med Surg.</i> 2007 Nov-Dec;11(6):211-6.</li> <li>Onselen J.V. Managing acne in primary care. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.bjfm.co.uk/managing-acne-in-primary-care">https://www.bjfm.co.uk/managing-acne-in-primary-care</a>.</li> <li>Oon HH, Wong SN, Aw DCW, Cheong WK, Goh CL, Tan HH. Acne Management Guidelines by the Dermatological Society of Singapore. <i>J Clin Aesthet Dermatol.</i> 2019 Jul;12(7):34-50.</li> <li>Turan Ç, Coşansu NC, Yüksek G. The SII Reflects Inflammation in Acne Vulgaris, But Fails to Determine Categorical Severity. <i>J Cosmet Dermatol.</i> 2022 Aug 11.</li> <li>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. <i>Indian J Dermatol Venereol Leprol.</i> 2012 Jul-Aug;78(4):459-67.</li> <li>Charny JW, Choi JK, James WD. Spironolactone for the treatment of acne in women, a retrospective study of 110 patients. <i>Int J Womens Dermatol.</i> 2017 Mar 13;3(2):111-115.</li> <li>Garg V, Choi JK, James WD, Barbieri JS. Long-term use of spironolactone for acne in women: A case series of 403 patients. <i>J Am Acad Dermatol.</i> 2021 May;84(5):1348-1355.</li> <li>Suppiah TSS, Sundram TKM, Tan ESS, Lee CK, Bustami NA, Tan CK. Acne vulgaris and its association with dietary intake: a Malaysian perspective. <i>Asia Pac J Clin Nutr.</i> 2018;27(5):1141-1145.</li> <li>Muthupalaniappen L, Tan HC, Pua JW, Apipi M, Sohaimi AE, Mahat NF, Rafee NM. Acne prevalence, severity and risk factors among medical students in Malaysia. <i>Clin Ter.</i> 2014;165(4):187-92.</li> <li>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. <i>J Eur Acad Dermatol Venereol.</i> 2013 Mar;27(3):e414-9.</li> </ol>

## II.8.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.8.B.1. Metoda klasyfikacji trądziku według Cook'a</b>
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 charakterystyka 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	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/156006/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/156006/</a>

## II.8.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Nazwa skali w języku polskim	<b>II.8.C.1. Skala Ludwiga</b>
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Erich Ludwig
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>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:</p> <p><b>Stopień 1.:</b> 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.</p> <p><b>Stopień 2.:</b> 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.</p> <p><b>Stopień 3.:</b> Dochodzi do prawie całkowitego wyłysienia centralnej części skóry głowy z zachowaniem owłosienia jak w stopniu 1 i 2.</p>
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	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/921894/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/921894/</a>

## Dermatologia i pielęgniarstwo dermatologiczne

Nazwa skali w języku polskim	<b>II.8.C.2. Globalny system klasyfikacji trądziku</b>
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. <i>Int J Dermatol.</i> 1997 Jun;36(6):416-8.
Źródło on-line	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9248884/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9248884/</a>

## II.9. Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne

*Kornatowski Maciej<sup>1</sup>, Czarnecki Damian<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum*

<sup>2</sup> *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	<b>II.9.A.1. Brak. W wolnym tłumaczeniu „klatka”</b>	
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. <i>Am J Psychiatry</i> 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. <i>JAMA</i> 1984; 252, 14:1905-7. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. <i>Archives of Internal Medicine</i> 2000; 160, 13: 1977-89. Majda A. Udział pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w diagnozowaniu uzależnienia od nikotyny oraz problemów alkoholowych. <i>Pielęgniarstwo XXI Wieku</i> 2005; 3, 12:195–301. Majda A, Bodys–Cupak I. Model edukacji pielęgniarek POZ w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu. <i>Family Medicine &amp; Primary Care Review</i> 2006, 8, 2: 285–9. Czarnecki D, Zujewska A, Ziółkowski M. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych i konsekwencje zdrowotne zaprzestania ich stosowania w grupie młodzieży licealnej. <i>Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne</i> 2014; 3, 3:100–6. Makara-Studzińska M, Pyłpuczuk A, Madej A. Nasilenie objawów depresji i lęku wśród osób uzależnionych od alkoholu i hazardu. <i>European Journal of Medical Technologies</i> 2015; 2, 7: 20-9. Sousa G, Pinho C, Santos A, Abelha FJ. Postoperative delirium in patients with history of alcohol abuse. <i>Rev Esp Anestesiol Reanim.</i> 2017; 64, 4: 214-22. DOI: 10.1016/j.redar.2016.07.009.

		Eyer MM, Renier CM, Woehrl 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	Profesjonaliści: 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	<b>II.9.A.2. II. 9. A. 2. The Psychotic Symptom Rating Scales</b>	
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, Tarrrier N, Bentall R, Lewis S
	Rok publikacji	2007

Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne

	Źródło	Drake R, Haddock G, Tarrrier 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 rozmyślenia 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, pielęgniarzy	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Nie wykazano	

Klucz do skali/ interpretacja wy- ników	Itemy obu podskal oceniana 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 wewnętrzne (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? (zanutuj 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 słyżał/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 hospitalizacji. 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 rozmyślanie 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 utrzymać 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	<b>II.9.A.3. Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry'ego</b>		
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. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> 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	<a href="https://amity.pl/wp-content/uploads/2016/11/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf">https://amity.pl/wp-content/uploads/2016/11/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf</a>	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	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. <i>Int J Ment Health Nurs</i> 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. <i>Psychol Rep</i> 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. <i>Nord J Psychiatry</i> 2019; 73, 8: 490-6. DOI: 10.1080/08039488.2019.1655589.	

		<p>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.</p> <p>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: <a href="https://doi.org/10.12740/PP/73973">https://doi.org/10.12740/PP/73973</a>.</p> <p>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: <a href="https://doi.org/10.17951/j.2020.33.4.263-290">https://doi.org/10.17951/j.2020.33.4.263-290</a>.</p> <p>Gerhant A, Olajossy M. Personality traits in alcohol-dependent individuals in the context of childhood abuse <i>Psychiatr. Pol</i> 2016; 50, 5: 973–87. DOI: <a href="https://doi.org/10.12740/PP/60346">https://doi.org/10.12740/PP/60346</a>.</p> <p>Gerhant A, Krzewicka-Romaniuk E, Siedlecka D, Derewianka-Polak M, Olajossy 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.</p> <p>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. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph19127081">https://doi.org/10.3390/ijerph19127081</a>. <a href="https://amity.pl/wp-content/uploads/2016/11/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf">https://amity.pl/wp-content/uploads/2016/11/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf</a></p>
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 posprzeczać (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)	

Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne

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](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	<b>II.9.A.4. Szpitalna Skala Lęku i Depresji</b>	
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-Gafuszko Krystyna, Chojnacka-Szawłowska Gabriela
	Rok publikacji	2000
	Źródło	Majkowicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej — wybrane techniki badawcze. W: de Walden-Gafuszko 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.

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Majkowicz M: Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane 133 techniki badawcze. [w:] Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. de Walden-GaŹusko K, Majkowicz M (red.). Gdańsk: Akademia Medyczna; 2000: 21–42</p> <p>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.</p> <p>Nowicka-Sauer K, Pietrzykowska M, Staśkiewicz I, Ejdys M, Czuszyńska Z, Molisz A, Tomaszewska M. Lęk u pacjentów z chorobami przewlekłymi: istotny a marginalizowany problem. <i>Family Medicine &amp; Primary Care Review</i> 2015; 17, 2: 120–3.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Chodkiewicz J. Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. <i>Alkoholizm i Narkomania</i> 2010; 23(3):201-216</p> <p>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</p>
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, psycholodzy, 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. Dostyc często  
1. Czasami  
0. Bardzo rzadko
- D. Jestem w dobrym humorze:  
3. Nigdy  
2. Rzadko  
1. Dostyc 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. Dostyc 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 PIEŁĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.9.A.5. The Montreal Cognitive Assessment</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Montreal'ska 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: <a href="https://www.mocatest.org">https://www.mocatest.org</a> 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	<p>Talarowska M, Florkowski A, Zboralski K, Gałeczki P. Skala MoCA oraz MMSE w diagnozie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych. <i>Psychiatria i Psychoterapia</i> 2011, 7, 1: 13-20.</p> <p>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>Geriatrics</i> 2014; 8: 5-12.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne

		<p>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.</p> <p>Mosiołek A. Metody badań funkcji poznawczych. Psychiatria 2014; 11(4): 215-221.</p> <p>Galecki P, Szulc A. (red.) Psychiatria. Wrocław: Wyd. Edra. Urban &amp; Partner; 2018</p> <p><a href="https://www.mocatest.org">https://www.mocatest.org</a></p>
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, psycholodzy, 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	<p>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].</p> <p>Realizacja i ocena podskal składowych kwestionariusza MoCA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prawidłowe wykonanie testów wykonawczych (kopiowanie zegara, figury i łączenie punktów) osoba badana otrzymuje maksymalnie 5 punktów,</li> <li>- prawidłowe nazwanie trzech zwierząt osoba badana otrzymuje maksymalnie 3 punkty,</li> <li>- prawidłowe dwukrotne powtórzenie ciągu cyfr osoba badana otrzymuje 2 punkty,</li> <li>- prawidłowe wykonanie test oceniającego uwagę osoba badana otrzymuje 2 punkty,</li> <li>- prawidłowe wykonanie odejmowania cyfry 7 od kolejnego wyniku rozpoczynając np. od 100, osoba badana otrzymuje 2 punkty [9]</li> </ul>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
WERSJA POLSKA

Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_  
Wykazabornie: \_\_\_\_\_  
Plec: K M

Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Data badania: \_\_\_\_\_

<p><b>WZROK I WIDZIALNOŚĆ</b></p> <p>Skopiuj figurę</p>	<p>Narysuj zegar: (zaczynając od 12:00)</p>	<p>PUNKTY</p> <p>____/5</p>																					
<p><b>NAZYWANIE</b></p> <p>____/3</p>																							
<p><b>Pracuj!</b></p> <p>Przeznacz listę wyrazów, badany powinien je powtórzyć. Przeznacz 2 próby. Papier o powiększeniu wyrazów ponownie po 5 minutach.</p>	<table border="1"> <tr> <td>pienista próba</td> <td>skaz</td> <td>akant</td> <td>kołód</td> <td>skoczka</td> <td>czarowy</td> </tr> <tr> <td>długa próba</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	pienista próba	skaz	akant	kołód	skoczka	czarowy	długa próba						<p>Bez pkt.</p>									
pienista próba	skaz	akant	kołód	skoczka	czarowy																		
długa próba																							
<p><b>WYBÓR</b></p> <p>Przeznacz listę cyfr (z temple i cyferek). Badany powinien je odlewać w odwróconym kolejno porządku. Badany powinien je odlewać w odwróconym kolejno porządku.</p> <p>[ ] 2 1 8 6 4 [ ] 7 4 2</p> <p>____/2</p>																							
<p><b>Przeznacz ciąg liter. Badany powinien klasować je za każdym razem, kiedy czytana jest litera A. Nie otrzymuje punktów, gdy popełni 2 lub więcej błędów.</b></p> <p>[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFABA</p> <p>____/1</p>																							
<p><b>Przeznacz wyrażenia: kołysa od 100 po 7 4 lub 5 prawidłowych wyników – 3p; 2 lub 3 wyniki prawidłowe – 2p; 1 wynik prawidłowy – 1p; 0 – 0p.</b></p> <p>[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65</p> <p>____/3</p>																							
<p><b>JĘZYK</b></p> <p>Powiedz zdania: <i>Wiem tylko, że ja Jan ma dzisiaj pomagać.</i> <i>Kot zaprasza chleba się pod karpasie, gdy psy były w pokoju.</i></p> <p>[ ] [ ]</p> <p>____/2</p>																							
<p><b>Przeznacz / Wypowiedz wyrażenia i funkcje w sobie i w sobie.</b></p> <p>[ ] _____ (M = 11 osób)</p> <p>____/1</p>																							
<p><b>ABSTRAKCYJNE</b></p> <p>Przeznacz podać w czym są do siebie podobne [ ] podłoga – rower [ ] zegarek – linijka [ ] banan – pomarańcza – owoc</p> <p>____/2</p>																							
<p><b>ODROZCZNIENIE PRZYPOMIENIENIE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>odwaga</td> <td>tytuł</td> <td>akant</td> <td>kolce</td> <td>skoczka</td> <td>czarowy</td> <td>punkcja</td> </tr> <tr> <td>kolce</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>tytuł</td> </tr> <tr> <td>wybor z listy</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>akant</td> </tr> </table> <p>____/5</p>			odwaga	tytuł	akant	kolce	skoczka	czarowy	punkcja	kolce						tytuł	wybor z listy						akant
odwaga	tytuł	akant	kolce	skoczka	czarowy	punkcja																	
kolce						tytuł																	
wybor z listy						akant																	
<p><b>ORIENTACJA</b></p> <p>[ ] data [ ] miesiąc [ ] rok [ ] dzień [ ] miejsce [ ] miasto</p> <p>____/6</p>																							
<p>© J. Nazareddine www.mocatest.org</p> <p>Norma z 2010</p> <p><b>RAZEM</b> _____/30</p> <p>Całkowity pkt. z testu wyliczono z 30 pkt.</p>																							

Badanie przeprowadziło: \_\_\_\_\_

Źródło: www.mocatest.org

## II.10. Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne

*Grażyna Bączek<sup>1</sup>, Agnieszka Bień<sup>2</sup>, Beata Pięta<sup>3</sup>, Julia Klimanek<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>*Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

<sup>2</sup>*Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

<sup>3</sup>*Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*

<sup>4</sup>*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, Ezpressions, 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	<b>II.10.A.1. Skala Apgar</b>	
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 badanej skali	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 oddechu, oszacowanie przeżycia wśród wcześniaków [3,6]
	Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych
	Miejsce badanych	sala porodowa/oddział neonatologiczny, w cichym 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	Profesjoniści: 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
<b>Zabarwienie skóry</b>	Sinica, bledosc	Kończyny sine, tułów zaróżowiony	Równomiernie różowa
<b>Akcja serca</b>	Brak	Powolna, < 100 ud/min	>100 ud/min
<b>Odruchy, np. drażnienie nozdrzy cewnikiem, drażnienie podszew stóp</b>	Brak reakcji Brak reakcji	Grymas Słabe poruszanie	Kaszel, kichanie Placz

Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne

<b>Napięcie mięśni</b>	Brak napięcia, całkowita wiotkość	Słabe napięcie mięśni zginaczy i prostowników	Czynne ruchy, napięcie prawidłowe, ułożenie zgięciowe
<b>Oddychanie</b>	Brak	Powolne, nieregularne	Prawidłowe, płacz

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apgar V. Proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. <i>Anesth Analg</i> 1953; 32: 260.</li> <li>2. Degrandi Oliveira CR. The legacy of Virginia Apgar. <i>Br J Anaesth.</i> 2020; 124(3): e185–e6.</li> <li>3. Cnattingius S, Johansson S, Razaz N. Apgar Score and Risk of Neonatal Death among Preterm Infants. <i>N Engl J Med</i> 2020; 383: 49-57.</li> <li>4. Loshchinin S, Avdeenko V, Filatova A. Indicators of the Condition of Newborn Calves after Difficult Labor Syndrome. In <i>BIO Web of Conferences</i> (Vol. 43, p. 03039). EDP Sciences. 2022</li> <li>5. Szczapa J (red.) <i>Podstawy neonatologii</i>. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.</li> <li>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. <i>Ginekologia Polska</i> 2022; 93, 1: 57–62.</li> <li>7. Przedpelska-Winiarczyk M, Kułak W. Skala Apgar obecnie. <i>Probl Hig Epidemiol</i> 2011, 92(1): 25-29.</li> <li>8. Gruszczyńska D. Badanie noworodka. <i>Przew Lek</i> 2008; 2: 32-38.</li> <li>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. <i>Journal of Education, Health and Sport</i> 2020; 10 (4): 99–112.</li> <li>10. Oryshkewych, N. Prediction of Apgar Score Using Statistical Learning (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh), 2022. Dostępny w internecie: <a href="http://d-scholarship.pitt.edu/42846/">http://d-scholarship.pitt.edu/42846/</a> Dostęp: 19.09.2022.</li> </ol>

<b>Grupa skal</b>	<b>NEONATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.A.2. Skala dojrzałości Dubowitza</b>	
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. <i>The Guardian</i> . 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.) <i>Neonatologia</i> . 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, objaw 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 hipotroficznymi z niedowagą lub hipertroficznymi 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
Obrzęk		→				
Grubość i wygląd skóry	bardzo cienka	→	średniej grubości	powierzchnowe fuzczenie	gruba, popękana	
Kolor skóry	ciemnoczerwona	różowa	bladoróżowa	bladoróżowe uszy, wargi		
Przeświecanie skóry	liczne żyły i odgałęzienia żyłne	nieliczne naczynia na brzuchu	nieliczne 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	$\ll 0,75$ 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	miętko, brak sprężystości	mała sprężystość	miętko, dobra sprężystość	szttywno, 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	$90^\circ$	$60^\circ$	$45^\circ$	$30^\circ$	$0^\circ$		
Zgięcie stopy	$90^\circ$	$75^\circ$	$45^\circ$	$20^\circ$	$0^\circ$		
Sprężystość kończyn górnych	$180^\circ$	$90-180^\circ$	$<90^\circ$				
Sprężystość kończyn dolnych	$180^\circ$	$90-180^\circ$	$<90^\circ$				
Kąt podkolanowy	$180^\circ$	$160^\circ$	$130^\circ$	$110^\circ$	$90^\circ$	$<90^\circ$	
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mercuri E. Lilly Dubowitz obituary. The Guardian. Sun 8 May 2016 16.22 BST.</li> <li>Dubowitz LM, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. J Pediatr. 1970; 77(1): 1–10.</li> <li>Łozinska D, Twarowska I. (red.) Neonatologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1993.</li> <li>Banaś E, Krogulec A, Kordek A. Jak ocenić dojrzałość dziecka po urodzeniu? Przegląd znanych metod oceny. Pediatra po Dyplomie 2021 05.</li> <li>Dubowitz L, Ricci D, Mercuri E. The Dubowitz neurological examination of the full-term newborn. MRDD Research Reviews 2005;11:52– 60.</li> <li>Massarollo ACD, Wendt GW, Ferreto LED et al. Factors associated with the Dubowitz neurological examination in preterm new-borns. F1000Research 2021, 10: 910.</li> <li>Jasińska E.J, Wasiluk A. Ograniczenie wzrastania płodu (IUGR) jako problem kliniczny. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2010; 3(4): 255- 261.</li> <li>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: <a href="https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/2959/2566">https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/2959/2566</a>. Dostęp: 19.09.2022.</li> <li>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.</li> <li>Szczapa, J. Neonatologia, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.</li> </ol>

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.A.3. Skala Ballarda</b>	
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	-

Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne

	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	Profesjonaliści: 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	$> 90^\circ$	$90^\circ$	$60^\circ$	$45^\circ$	$30^\circ$	$0^\circ$		
Ułożenie ramion		$180^\circ$	$140-180^\circ$	$110-140^\circ$	$90-110^\circ$	$< 90^\circ$		
Kąt podkolanowy	$180^\circ$	$160^\circ$	$140^\circ$	$120^\circ$	$100^\circ$	$90^\circ$	$< 90^\circ$	
Objaw szarfy								
Pięta do ucha								
<p><i>Rysunek pochodzi z Podręcznika Harriet Lane. Pediatria M.M. Tschudy, K.M. Arcara Rozdział 18 Neonatologia Matthew H. Merves, MD pp 389 - 392</i></p>								<p>PODSUMOWANIE PUNKTACJI W OCENIE UKŁADU NERWOWO-MIĘŚNIOWEGO</p>

Neuromuscular Maturity							
Score	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)							
Arm recoil							
Popliteal angle							
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	
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

Przełód doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ballard JL (i in.). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119(3): 417-23.</li> <li>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.</li> <li>Szczapa J (red.) Podstawy neonatologii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008 (wyd. II zatytułowane Neonatologia PZWL 2022 ukaże się we wrześniu)</li> <li>Banaś E, Krogulec A, Kordek A. Jak ocenić dojrzałość dziecka po urodzeniu? Przegląd znanych metod oceny. Peditria po Dyplomie 2021; 05.</li> <li>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.</li> </ol>

	<p>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: <a href="https://assets.researchsquare.com/files/rs-1652123/v1/4fb8b64a-14cb-4436-88c5-6e4ff02eb639.pdf?c=1653943454">https://assets.researchsquare.com/files/rs-1652123/v1/4fb8b64a-14cb-4436-88c5-6e4ff02eb639.pdf?c=1653943454</a> Dostęp: 13.10.2022.</p> <p>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.</p> <p>8. Shetty D, Desai A, Rao S. Footlength In Neonatal Gestational Age Estimation. Academia Letters, 2022. Dostępny w internecie: <a href="https://www.researchgate.net/publication/360235887_ACADEMIA_Letters_Footlength_In_Neonatal_Gestational_Age_Estimation">https://www.researchgate.net/publication/360235887_ACADEMIA_Letters_Footlength_In_Neonatal_Gestational_Age_Estimation</a> Dostęp: 13.10.2022.</p> <p>9. Tikimani S.S, Roujani S (i in.). Relationship Between Foot Length and Gestational Age in Pakistan. Global Pediatric Health 2020; 7.</p> <p>10. Kain V, Mannix T. Neonatal Care for Nurses and Midwives: Principles for Practice 2nd Edition. Elsevier Health Sciences 2022: 24.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.A.4. Skala Silvermana, skala Silvermana-Andersen</b>	
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 międzyżebrzy 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	podejrzenie niewydolności oddechowej u noworodka [8]
	Sytuacje	donoszony noworodek/wcześniak [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		
<p>1) Przednia ściana klatki piersiowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unosi się równo z nadbrzuszem – 0 pkt,</li> <li>- przy wdechu ruch klatki piersiowej jest opóźniony względem nadbrzusza – 1 pkt,</li> <li>- ruch klatki piersiowej jest przeciwny do ruchu nadbrzusza – 2 pkt.</li> </ul> <p>2) Międzyżebra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nie dochodzi do zaciągania, czyli zapadania się międzyżebra – 0 pkt,</li> <li>- zaciąganie, czyli zapadanie się międzyżebra, w niewielkim stopniu – 1 pkt,</li> <li>- zaciąganie, czyli zapadanie się międzyżebra, w znacznym stopniu – 2 pkt.</li> </ul> <p>3) Mostek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nie zapada się przy wdechu – 0 pkt,</li> <li>- ruch, a właściwie unoszenie, mostka jest niewielkie – 1 pkt,</li> <li>- bardzo wyraźne unoszenie się mostka – 2 pkt.</li> </ul> <p>4) Skrzydełka nosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- brak ruchu – 0 pkt,</li> <li>- niewielkie ruchy – 1 pkt,</li> <li>- wyraźne ruchy – 2 pkt.</li> </ul> <p>5) Wydech:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bezdźwięczny – 0 pkt,</li> <li>- stękanie wydechowe, które jest słyszalne wyłącznie po przyłożeniu stetoskopu do klatki piersiowej – 1 pkt,</li> <li>- stękanie wydechowe słyszalne bez przykładania stetoskopu – 2 pkt.</li> </ul>		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>Pediatrics</i> 1956; 17 (1): 1-10.</li> <li>2. Ekhaguere1 OA, Okonkwo IR (i in.). Respiratory distress syndrome management in resource limited settings - current evidence and opportunities in 2022. <i>Front. Pediatr.</i>, 29 July 2022. Dostępny w internecie: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9372546/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9372546/</a> Dostęp: 13.10.2022.</li> <li>3. Kaczmarek M, Kawalec W, Grenda R, Ziółkowska H (red). <i>Badanie kliniczne dziecka</i>. <i>Pediatrics</i>. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 86.</li> <li>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. <i>Chinese Journal of Contemporary Pediatrics</i> 2022; 24(4): 423-427.</li> <li>5. McAdams RM, Hedstrom AB (i in.). Implementation of Bubble CPAP in a Rural Ugandan Neonatal ICU. <i>Respir Care</i> 2015; 60(3): 437-45.</li> </ol>

## Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>8. Raimondi F, Yousef N (i in.). A Multicenter Lung Ultrasound Study on Transient Tachypnea of the Neonate. Neonatology 2019; 115: 263–268.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	NEONATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.A.5. Skala NFCS</b>	
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	<a href="https://standarty.pl/artykuly/id/650">https://standarty.pl/artykuly/id/650</a> [2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	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 dzięsiąty 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		
<b>Skala NFCS (Neonatal Facial Coding System)</b>		
<b>Wygląd twarzy</b>	<b>0 punktów</b>	<b>1 punkt</b>
Czoło pomarszczone	Nie występuje	Występuje
Mocno zaciśnięte powieki	Nie występuje	Występuje
Głęboka bruzda nosowo-wargowa	Nie występuje	Występuje
Usta otwarte	Nie występuje	Występuje
Kąćki ust ustawione poziomo	Nie występuje	Występuje
Kąćki 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>Grunau RV, Craig KD. Pain expression in neonates: Facialaction and cry. Pain 1987; 28: 395-410.</li> <li>Kwinta P. Leczenie i ocena bólu u noworodka- podstawy postępowania. Dostępny w internecie: <a href="https://standardy.pl/artykuly/id/650">https://standardy.pl/artykuly/id/650</a>. Dostęp: 06.10.2022.</li> <li>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.</li> <li><a href="https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/e-learning-modules/basics-of-pain">https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/e-learning-modules/basics-of-pain</a>. Dostęp: 06.10.2022.</li> <li>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.</li> <li>Ribas CG, Andreaza 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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Popowicz H, Mędrzycka-Dąbrowska W, Kwiecień-Jaguś K. Zapobieganie i leczenie bólu w oddziale intensywnej terapii noworodka, Ból 2018; 19 (1): 21-32.</li> </ol>



Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne

Grupa skal		NEONATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.A.6. Skala PIPP</b>	
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	<a href="https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546">https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546</a> , leczenie-bolu-u-noworodka [2]
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	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 oceny 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0–6 – dziecko nie odczuwa bólu</li> <li>• 6–12 – ból o umiarkowanym natężeniu</li> <li>• &gt;12 – ból o dużym natężeniu.</li> </ul> Maksymalna liczba punktów do uzyskania: 21.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

	<b>Wskaźnik</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	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

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. <a href="https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546">https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546</a>, leczenie-bolu-u-noworodka. Dostęp: 06.10.2022.</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2021/8886887/">https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2021/8886887/</a> Dostęp: 13.10.2022</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

Neonatologia i pielęgniarstwo neonatologiczne

Grupa skal		NEONATOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEONATOLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.A.7. Skala NIPS</b>		
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	<a href="https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546">https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546</a> , 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 leczeniu 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			
	<b>Nie boli</b>	<b>Trochę boli</b>	<b>Bardzo boli</b>
<b>Twarz</b>	Spokojna	Grymas	Ból

<b>Placz</b>	Brak	Popłakuje	Krzyczy
<b>Oddech</b>	Spokojny	Przyspieszony	Wysilony
<b>Ręce</b>	Swobodne	Zgięte	Wyprostowane
<b>Nogi</b>	Swobodne	Zgięte	Wyprostowane
<b>Stan świadomości</b>	Śpi	Nie śpi	Pobudzony

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Nikodemski T. Leczenie bólu u noworodka. Dostępny w internecie: <a href="https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546">https://podyplomie.pl/wiedza/stany-nagle/546</a>, leczenie-bolu-u-noworodka Dostęp: 06.10.2022.</li> <li>3. İncekar MÇ, Öğüt 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.</li> <li>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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35362716/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35362716/</a> Dostęp: 06.10.2022.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31793223/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31793223/</a> Dostęp: 13.10.2022.</li> <li>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.</li> </ol>

## II.10.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.B.1. Skala N-PASS</b>
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 byloby 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. <i>J Perinatol.</i> 2015; 35(2): 128-31.
Źródło on-line	<a href="https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Neonatal-Pain-Assessment-and-Sedation-Scale.pdf">https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Neonatal-Pain-Assessment-and-Sedation-Scale.pdf</a>
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.B.2. Skala CRIES</b>
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. <i>Paediatric anaesthesia</i> 1995; 5 (1): 53-61.
Źródło on-line	<a href="https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/cries-scale.pdf">https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/cries-scale.pdf</a>

<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.10.B.3. Skala CRIB</b>
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. <i>Jornal De Pediatria</i> 2002; 78.
Źródło on-line	<a href="https://www.scielo.br/j/rsp/a/qY83QcXBRYrT84TXgQsh8Nq/?lang=en&amp;format=pdf">https://www.scielo.br/j/rsp/a/qY83QcXBRYrT84TXgQsh8Nq/?lang=en&amp;format=pdf</a>

## 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	<b>II.11.A.1. Wskaźnik Funkcjonalny „Repty”</b>	
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].



## Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

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 połowicznym. 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 połowicznym. Katowice: Rozprawa habilitacyjna; 1996.

Bibliografia	
1.	Opara J. Analiza przydatności wybranych skal udarów do oceny wyników rehabilitacji chorych z niedowładem połowicznym. 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, Szelięga-Cetnarska M, Chromy M, et al. Skale udarów „REPTY”. Wskaźnik Funkcjonalny „REPTY” dla oceny czynności życia codziennego u chorych z niedowładem połowicznym 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. <i>Chir Narz Ruchu Ortop Pol</i> 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. <i>Udar Mózgu</i> 2009;11(2):41–49.
7.	Deja W. Wczesne i odległe następstwa obrażeń naczyń obwodowych u chorych po zabiegach rekonstrukcyjnych. <i>Ann Acad Med. Gedan</i> 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 lędźwio-krzyżowej. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2008; 4: 144-150.
9.	Wysokiński M, Fidecki W. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. [w:] Cybulski M, Krajewska-Kulał E. (red.) <i>Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego.</i> Warszawa: PZWL; 2016.
10.	Borowicz AM. Testy służące do oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych. [w:] Wieczorowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz AM. (red.) <i>Fizjoterapia w geriatryi.</i> Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2011.
11.	Ślusarz R, Biercewicz M. Ocena czynnościowa chorego z dysfunkcją układu nerwowego w opiece długoterminowej – praktyczne narzędzia oceny. <i>Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi.</i> Raabe 2010; 7: 56-75.

Grupa skal	NEUROLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.11.A.2. Skala Wydolności Funkcjonalnej</b>	
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. <i>Advances in Clinical and Experimental Medicine.</i> 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. <i>Journal of Neuroscience Nursing.</i> 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].

## Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

	Orientacyjny czas badania	Około 90 sekund
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>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.</p>
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	<p>Wymagane cytowanie źródła:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>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].</p>	

### 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.

<b>Bibliografia</b>	
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>Adv Clin Exp Med</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>J Neurosci Nurs</i> 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. <i>Scand J Caring Sci</i> 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. <i>Med Sci Monit</i> 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. <i>J Neurosci Nurs</i> 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. <i>Adv Clin Exp Al</i> 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. <i>J Neurosci Nurs</i> 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. <i>Patient Prefer Adher</i> 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. <i>Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing</i> 2014; 3(1): 25–30.
10.	Al-Khindi T, Macdonald RL, Schweizer TA. Cognitive and functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. <i>Stroke</i> 2010; 41: e519–536.
11.	Ślusarz R. Functional Capacity Scale (FCS) in Nursing Practice. <i>Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing</i> 2012; 1(1): 35–40.

<b>Grupa skal</b>	<b>NEUROLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE</b>
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.11.A.3. Kwestionariusz Oswestry</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Oswestry Disability Index
Skrót	ODI

## Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

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
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	<p>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:</p> <p>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].</p> <p>Na podstawie Kwestionariusza Oswestry można wyznaczyć wskaźnik ODI 2.1a, który określa stopień niepełnosprawności. Wzór ten przedstawia się następująco:</p> $\left[ \frac{\text{Suma punktów zebranych z całej ankiety}}{5 \times \text{liczba ilości pytań ankiety}} \right] \times 100$ <p>Interpretacja wskaźnika ODI przedstawia się następująco [14]:</p> <p>I grupa- 0-20%- nieznaczny stopień niepełnosprawności- pacjenci nie wymagają leczenia jedynie edukacji dotyczącej prawidłowej techniki siedzenia, dźwigania, diety i efektywności fizycznej.</p> <p>II grupa- 21-40%- lekki stopień niepełnosprawności- pojawiają się dolegliwości bólowe, pacjenci bywają okresowo niezdolni do pracy, niezbędne jest leczenie usprawniające</p> <p>III grupa- 41-60%- średni stopień niepełnosprawności- ból stanowi poważny problem, pacjenci wymagają pomocy osób trzecich podczas niektórych czynności dnia codziennego.</p> <p>IV grupa- 61-80%- ciężki stopień niepełnosprawności- ból zaburza wszystkie aspekty życia chorego, niezbędne jest wdrożenie właściwego leczenia.</p> <p>V grupa- 81-100%- bardzo ciężki stopień niepełnosprawności- pacjenci są unieruchomieni w łóżku, wymagają opieki osób trzecich, proste czynności powodują występowanie dolegliwości bólowych.</p>
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	
<input type="radio"/>	Obecnie nie odczuwam żadnego bólu.
<input type="radio"/>	Obecnie ból jest bardzo łagodny.
<input type="radio"/>	Obecnie ból jest umiarkowany.

## Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

<input type="checkbox"/>	Obecnie ból jest dość silny.
<input type="checkbox"/>	Obecnie ból jest bardzo silny.
<input type="checkbox"/>	Obecnie ból jest nie do wytrzymania.
Pytanie 2 - Czynności pielęgnacyjne (mycie, ubieranie itp.)	
<input type="checkbox"/>	Mogę normalnie wykonywać czynności pielęgnacyjne samodzielnie, bez powodowania dodatkowego bólu.
<input type="checkbox"/>	Mogę normalnie wykonywać czynności pielęgnacyjne samodzielnie, ale jest to bardzo bolesne.
<input type="checkbox"/>	Samodzielne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych jest bolesne i jestem powolny(a) i ostrożny(a).
<input type="checkbox"/>	Potrzebuję pewnej pomocy, ale radzę sobie z większością czynności pielęgnacyjnych.
<input type="checkbox"/>	Potrzebuję pomocy codziennie przy większości wykonywanych przeze mnie czynności.
<input type="checkbox"/>	Nie ubieram się, myję się z trudem i zostaję w łóżku.
Pytanie 3 - Podnoszenie przedmiotów	
<input type="checkbox"/>	Mogę podnosić ciężkie przedmioty bez odczuwania dodatkowego bólu.
<input type="checkbox"/>	Mogę podnosić ciężkie przedmioty, lecz wywołuje to dodatkowy ból.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi, jednak mogę je podnosić, jeśli są dogodnie umiejscowione, np. na stole.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów, jednak mogę podnosić lekkie i umiarkowanie ciężkie przedmioty, jeśli są one dogodnie umiejscowione.
<input type="checkbox"/>	Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty.
<input type="checkbox"/>	Nie mogę w ogóle niczego podnosić ani przenosić.
Pytanie 4 - Chodzenie	
<input type="checkbox"/>	Ból nie przeszkadza mi w przejściu dowolnego dystansu.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 1 kilometra.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 500 metrów.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 100 metrów.
<input type="checkbox"/>	Mogę chodzić tylko używając laski lub kul.
<input type="checkbox"/>	Większość czasu spędzam w łóżku i muszę czołgać się do toalety.
Pytanie 5 - Siedzenie	
<input type="checkbox"/>	Mogę siedzieć na każdym krześle tak długo, jak chcę.
<input type="checkbox"/>	Mogę siedzieć na moim ulubionym krześle tak długo, jak chcę.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż 1 godzinę.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż pół godziny.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż 10 minut.
<input type="checkbox"/>	Ból całkowicie uniemożliwia mi siedzenie.
Pytanie 6 - Stanie	
<input type="checkbox"/>	Mogę stać tak długo, jak chcę, bez odczuwania dodatkowego bólu.
<input type="checkbox"/>	Mogę stać tak długo, jak chcę, ale wywołuje to dodatkowy ból.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż 1 godzinę.

<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż pół godziny.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia mi stanie dłużej niż 10 minut.
<input type="checkbox"/>	Ból całkowicie uniemożliwia mi stanie.
Pytanie 7 - Spanie	
<input type="checkbox"/>	Ból nigdy nie zakłóca mojego snu.
<input type="checkbox"/>	Ból czasami zakłóca mój sen.
<input type="checkbox"/>	Z powodu bólu śpię mniej niż 6 godzin.
<input type="checkbox"/>	Z powodu bólu śpię mniej niż 4 godziny.
<input type="checkbox"/>	Z powodu bólu śpię mniej niż 2 godziny.
<input type="checkbox"/>	Ból całkowicie uniemożliwia mi spanie.
Pytanie 8 - Aktywność seksualna (jeśli dotyczy)	
<input type="checkbox"/>	Moja aktywność seksualna jest normalna i nie powoduje dodatkowego bólu.
<input type="checkbox"/>	Moja aktywność seksualna jest normalna, ale powoduje pewien dodatkowy ból.
<input type="checkbox"/>	Moja aktywność seksualna jest prawie normalna, ale bardzo bolesna.
<input type="checkbox"/>	Moja aktywność seksualna jest mocno ograniczona z powodu bólu.
<input type="checkbox"/>	Moja aktywność seksualna jest prawie żadna z powodu bólu.
<input type="checkbox"/>	Ból uniemożliwia jakąkolwiek aktywność seksualną.
Pytanie 9 - Życie towarzyskie	
<input type="checkbox"/>	Moje życie towarzyskie jest normalne i nie powoduje dodatkowego bólu.
<input type="checkbox"/>	Moje życie towarzyskie jest normalne, ale zwiększa stopień bólu.
<input type="checkbox"/>	Ból nie ma znacznego wpływu na moje życie towarzyskie, poza ograniczaniem bardziej intensywnej aktywności fizycznej, np. sport itp.
<input type="checkbox"/>	Ból ograniczył moje życie towarzyskie i nie wychodzę tak często, jak kiedyś.
<input type="checkbox"/>	Ból ograniczył moje życie towarzyskie do mojego domu.
<input type="checkbox"/>	Nie prowadzę żadnego życia towarzyskiego z powodu bólu.
Pytanie 10 - Podróżowanie	
<input type="checkbox"/>	Mogę podróżować dokądkolwiek bez odczuwania bólu.
<input type="checkbox"/>	Mogę podróżować dokądkolwiek, ale wywołuje to dodatkowy ból.
<input type="checkbox"/>	Ból jest dokuczliwy, ale mogę odbywać podróże dłuższe niż 2 godziny.
<input type="checkbox"/>	Ból ogranicza mnie do podróży krótszych niż 1 godzina.
<input type="checkbox"/>	Ból ogranicza mnie do krótkich, niezbędnych podróży, trwających mniej niż 30 minut.
<input type="checkbox"/>	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>



<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>	
1.	Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry Low Back Pain Questionnaire. <i>Physiotherapy</i> 1980; 66: 271-273.
2.	Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. <i>Spine</i> 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. <i>Spine (Phila Pa 1976)</i> 2013; 38(4): E237-243.
4.	Radziwińska A, Weber-Rajek M, Jarowska U, Goch A, Zukow W. Zespoły bólowe kręgosłupa w grupie fizjoterapeutów. <i>Journal of Education, Health and Sport</i> 2016; 6(6): 553-564.
5.	Opara J. <i>Klinimetria w neurorehabilitacji ocena wyników rehabilitacji neurologicznej</i> . 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. <i>Disabil Rehabil</i> 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. <i>Spine</i> 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. <i>JNNN</i> 2014;3(2):64- 74
9.	Godek P, Szczepanowska-Wolowiec B, Golicki D. GOLDIC therapy in degenerative lumbar spinal stenosis: randomized, controlled trial. <i>Regen Med</i> 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. <i>Spine (Phila Pa 1976)</i> 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. <i>J Orthop Traumatol</i> 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. <i>Orthop Rev (Pavia)</i> 2022; 14(3): 37471.
13.	<a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/oswestry-disability-index">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/oswestry-disability-index</a>
14.	Rapała K. <i>Zespoły bólowe kręgosłupa- zagadnienia wybrane</i> . Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 2004.

<b>Grupa skal</b>	<b>NEUROLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.11.A.4. Skala Zmęczenia (MFIS)</b>	
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. <i>Clin Infect Dis</i> 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 badany skalą	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 neuroborelizie [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
Zapomniałem/łam 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 zadań 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.	<a href="https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/modified-fatigue-impact-scale">https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/modified-fatigue-impact-scale</a>
5.	<a href="https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-MS-Researchers/Research-Tools/Clinical-Study-Measures/Modified-Fatigue-Impact-Scale-(MFIS)">https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-MS-Researchers/Research-Tools/Clinical-Study-Measures/Modified-Fatigue-Impact-Scale-(MFIS)</a>
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

<b>1. Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM)</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.11.B.1.Pomiar Niezależności Funkcjonalnej</b>
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 charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>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].</p> <p>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].</p>
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	<a href="https://www.udsmr.org/products/international">https://www.udsmr.org/products/international</a> <a href="https://strokengine.ca/en/assessments/functional-independence-measure-fim/">https://strokengine.ca/en/assessments/functional-independence-measure-fim/</a> <a href="https://mops.bip.legnica.eu/lop/ogloszenia/26546,Program-quotOpiekawytchnieniowaquot-edycja-2021.html">https://mops.bip.legnica.eu/lop/ogloszenia/26546,Program-quotOpiekawytchnieniowaquot-edycja-2021.html</a>
<b>2. Skala samodzielności Schwab i England</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.11.B.2.Skala samodzielności Schwab i England</b>
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 przewlekle 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	<b>II.11.C.1. Skala Glasgow</b>
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	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. otwieranie oczu: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 4 punkty – spontaniczne</li> <li>– 3 punkty – na polecenie</li> <li>– 2 punkty – na bodźce bólowe</li> <li>– 1 punkt – nie otwiera oczu</li> </ul> </li> <li>2. kontakt słowny: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby</li> <li>– 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany</li> <li>– 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk</li> <li>– 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie</li> <li>– 1 punkt – bez reakcji</li> </ul> </li> </ol>

	<p>3. reakcja ruchowa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych</li> <li>- 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy</li> <li>- 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego</li> <li>- 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)</li> <li>- 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)</li> <li>- 1 punkt – bez reakcji</li> </ul> <p>Uzyskane punkty zostają zsumowane, aby uzyskać łączny wynik 3-15 pkt. i podlegają następującej interpretacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS 13–15 – łagodne zaburzenia przytomności,</li> <li>- GCS 9–12 – umiarkowane,</li> <li>- GCS 6–8 – brak przytomności,</li> <li>- GCS 5 – odkorowanie,</li> <li>- GCS 4 – odmóżdzenie,</li> <li>- GCS 3 – śmierć mózgową [4,5].</li> </ul> <p>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].</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teasdale G. G, Jennett B. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. <i>Lancet</i> 1974; 2(7872): 81-84.</li> <li>2. Hellmann A, Tukiendorf A, Kaźmierski R. Przydatność wybranych skali klinimetrycznych w prognozowaniu ryzyka zgonu w przebiegu udaru niedokrwiennego mózgu. <i>Neruroskop</i> 2010; 12: 57-62.</li> <li>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. <i>Lancet Neurol</i> 2014; 13(8): 844-854.</li> <li>4. Mehta R, Chinthapalli K. Glasgow coma scale explained. <i>BMJ</i> 2019; 365: 11296.</li> <li>5. Green SM, Haukoos JS, Schriger DL. How to Measure the Glasgow Coma Scale. <i>Ann Emerg Med</i> 2017; 70(2): 158-160.</li> <li>6. Enriquez CM, Chisholm KH, Madden LK, Larsen AD, de Longpré T, Stannard D. Glasgow Coma Scale: Generating Clinical Standards. <i>J Neurosci Nurs</i> 2019; 51(3): 142-146.</li> </ol>
Źródło on-line	
<b>2. Zmodyfikowana skala Rankina</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.11.C.2. Zmodyfikowana skala Rankina</b>
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]

<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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 samopielegnacji, pacjent uzależniony jest od pomocy opiekuna [1,2,4,5].</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rankin L. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. <i>Scott Med J</i> 1957; 2: 200–215.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. 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.</li> <li>4. Harrison JK, McArthur KS, Quinn TJ. Assessment scales in stroke: clinimetric and clinical considerations. <i>Clin Interv Aging</i> 2013; 8: 201–211.</li> <li>5. 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.</li> </ol>
<p>Źródło on-line</p>	
<p><b>3. Rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzke’go</b></p>	
<p>Nazwa skali w języku polskim</p>	<p><b>II.11.C.3. Rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzke’go.</b></p>
<p>Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>)</p>	<p>Expanded Disability Status Scale (EDSS)</p>
<p>Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię</p>	<p>Kurtzke John Francis [1]</p>
<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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:</p>



## Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

	<p>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].</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). <i>Neurology</i> 1983; 33(11): 1444-1452.</li> <li>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.</li> <li>3. Kowalik J. Niesprawność ruchowa, a jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane poddanych rehabilitacji. <i>Probl Hig Epidemiol</i> 2012; 93(2): 334-340.</li> <li>4. <a href="https://www.mssociety.org.uk/about-ms/treatments-and-therapies/getting-treatment-for-ms/expanded-disability-status-scale">https://www.mssociety.org.uk/about-ms/treatments-and-therapies/getting-treatment-for-ms/expanded-disability-status-scale</a></li> <li>5. <a href="https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-stwardnienie-rozsiane">https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-stwardnienie-rozsiane</a></li> <li>6. <a href="https://www.va.gov/MS/Professionals/diagnosis/Kurtzke_Expanded_Disability_Status_Scale.asp">https://www.va.gov/MS/Professionals/diagnosis/Kurtzke_Expanded_Disability_Status_Scale.asp</a></li> <li>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.</li> </ol>
Źródło on-line	

## II.12. Podstawowa opieka zdrowotna

*Mariola Pietrzak<sup>1</sup>, Beata Ostrzycka<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

*<sup>2</sup> 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

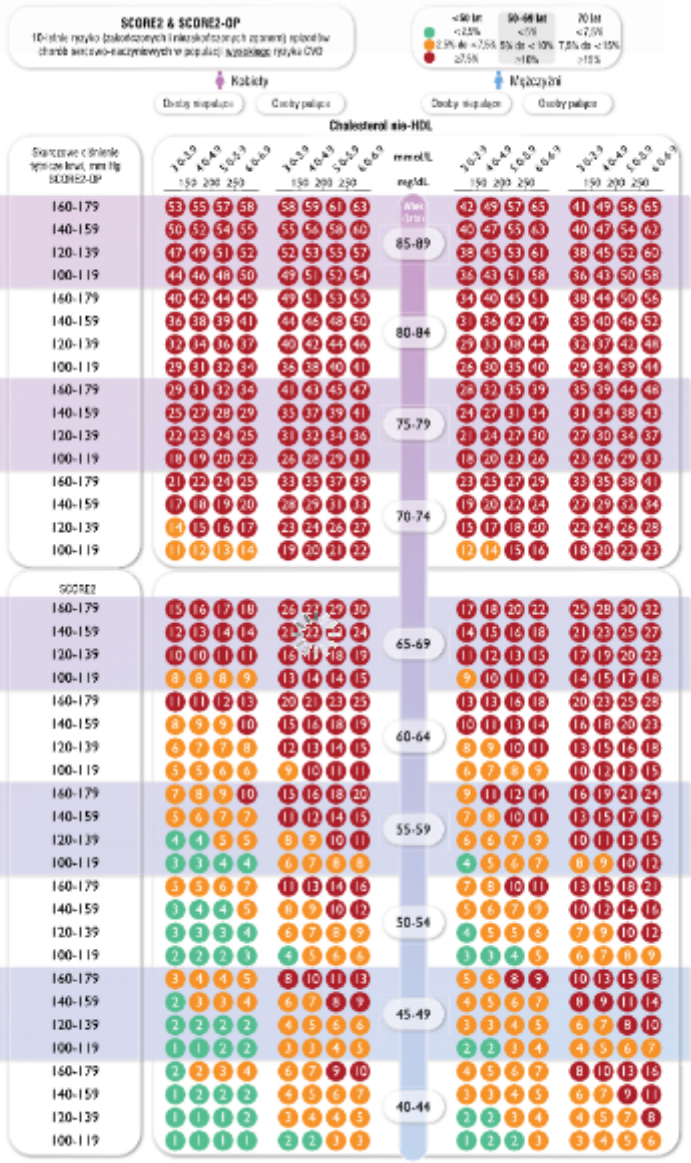
II. 12. C. 4. Kwestionariuszem Bólu wg. Laitinena (LPS)

## II.12.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.12.A.1. Skala Oceny Ryzyka Wieńcowego oraz Skala Oceny Ryzyka Wieńcowego u Osób Starszych</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Systemic Coronary Risk Estimation Systematic & Coronary Risk Estimation 2-Older Persons	
Skrót	Skale SCORE2 oraz SCORE2-OP	
Wersja skali	<b>Właściwa</b> Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Frank L.J. Visseren, François Mach, Yvo M. Smulders, David Carballo, Konstantinos C. Koskinas, Maria Bäck, 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 Tokgozozglu, Serena Tonstad, Konstantinos P. Tsioufif, 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 $\geq 70$ 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 (naciśnienie 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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>&lt;50 lat</th> <th>55-69 lat</th> <th>&gt;70 lat*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Niski do umiarkowanego ryzyka CVD:</b> leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo niesłuszne</td> <td>&lt;2,5%</td> <td>&lt;5%</td> <td>&lt;2,5%</td> </tr> <tr> <td><b>Wysokie ryzyko CVD:</b> należy rozważyć leczenie czynników ryzyka</td> <td>2,5% do &lt;7,5%</td> <td>5% do &lt;15%</td> <td>2,5% do &lt;15%</td> </tr> <tr> <td><b>Bardzo wysokie ryzyko CVD:</b> leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo zalecane*</td> <td>≥7,5%</td> <td>≥15%</td> <td>≥15%</td> </tr> </tbody> </table>			<50 lat	55-69 lat	>70 lat*	<b>Niski do umiarkowanego ryzyka CVD:</b> leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo niesłuszne	<2,5%	<5%	<2,5%	<b>Wysokie ryzyko CVD:</b> należy rozważyć leczenie czynników ryzyka	2,5% do <7,5%	5% do <15%	2,5% do <15%	<b>Bardzo wysokie ryzyko CVD:</b> leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo zalecane*	≥7,5%	≥15%	≥15%
	<50 lat	55-69 lat	>70 lat*															
<b>Niski do umiarkowanego ryzyka CVD:</b> leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo niesłuszne	<2,5%	<5%	<2,5%															
<b>Wysokie ryzyko CVD:</b> należy rozważyć leczenie czynników ryzyka	2,5% do <7,5%	5% do <15%	2,5% do <15%															
<b>Bardzo wysokie ryzyko CVD:</b> leczenie czynników ryzyka jest zasadniczo zalecane*	≥7,5%	≥15%	≥15%															

Formularz skali/ kwestionariusz



<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/42-wytyczne_esc_2021_dotyczące_prewencji_chorob_ukladu_sercowo_naczyniowego_w_praktyce_klinicznej">https://ptkardio.pl/wytyczne/42-wytyczne_esc_2021_dotyczące_prewencji_chorob_ukladu_sercowo_naczyniowego_w_praktyce_klinicznej</a></li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>

<b>Grupa skal</b>	<b>PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.12.A.2. Kwestionariusz Przestrzegania Przyjmowania Leków i Współpracy</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Morisky Medication Adherence Scale	
Skrót	MMAS-8	
Wersja skali	<u>Właściwa</u> 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

Podstawowa opieka zdrowotna

	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 badanej skali	MMAS-8 to samoopisowy kwestionariusz przestrzegania 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	Dorośli [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10]
	Miejsce badanych	Szpital, przychodnia, dom pacjenta
	Stan badanych	Pacjenci ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym oraz leczeni hipotensyjnie. Analiza rzetelności narzędzia została sprawdzona u pacjentów w różnych jednostkach chorobowych [8,9]
	Sytuacje	Pacjenci z przewlekłymi chorobami
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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 (Greenwich)</i>. 2008 May;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x. PMID: 18453793; PMCID: PMC2562622</li> <li>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.</li> <li>3. RAPORT OPIEKA FARMACEUTYCZNA. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2020. <a href="https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2021/04/RAPORT_OPIEKA_FARMACEUTYCZNA.pdf">https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2021/04/RAPORT_OPIEKA_FARMACEUTYCZNA.pdf</a></li> <li>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.</li> <li>5. Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska I, Šmits D, Mauriņa B, Poplavskā E, Urtāne AI. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. <i>Medicina (Kaunas)</i>. 2019 Oct 28;55(11):715. doi: 10.3390/medicina55110715. PMID: 31661904; PMCID: PMC6915331.</li> <li>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.</li> <li>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 <math>\geq 60</math> 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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>



## 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	<b>II.12.B.1. Thai Family Health Routine, TFHR</b>
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	<b>II.12.B.2. Family Practise Scale, FNPS</b>
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 pielęgniarstwa na całym świecie. <ol style="list-style-type: none"> <li>Zwicky, A., Thaqi, Q., Hediger, H., &amp; 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. <a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103261">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103261</a></li> <li>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. <a href="https://doi.org/10.1177%2F10748407211002152">https://doi.org/10.1177%2F10748407211002152</a></li> <li>Naef, R., Ernst, J., Mueller, M., Huber, S., &amp; 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. <a href="https://doi.org/10.1177/1074840720969387">https://doi.org/10.1177/1074840720969387</a></li> </ol>

	<p>4. Beierwaltes, P., Clisbee, D., &amp; 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. <a href="https://doi.org/10.1177%2F1074840720935462">https://doi.org/10.1177%2F1074840720935462</a></p> <p>5. Naef, R., Kläusler-Troxler, M., Ernst, J., Huber, S., Dinten-Schmid, B., Karen, T., &amp; 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. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103448">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103448</a></p> <p>6. Naef, R., Kaeppli, B. M., Lanter, R., &amp; 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. <a href="https://doi.org/10.1177/1074840720915598">https://doi.org/10.1177/1074840720915598</a></p>
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	
<b>Przykład 3.</b>	
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	<p>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 witalność, zadowolenie z życia i opieki, tożsamość i życia w ogóle.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Źródło bibliograficzne	
Źródło on-line	<a href="https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/dementia/projects/dqol-oc/">https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/dementia/projects/dqol-oc/</a>
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	
Nazwa skali w języku angielskim	<b>II.12.B.4. Medication Adherence Questionnaire, MAQ</b>
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 charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>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).</p> <p>MAQ jest najszybszym w podawaniu i ocenianiu narzędziem oraz został zatwierdzony do wykorzystania w największym zakresie chorób.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zweben A, Piepmeier 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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Źródło bibliograficzne	
Źródło on-line	<a href="https://www.uea.ac.uk/groups-and-centres/patient-care-group/medication-acceptability-questionnaire">https://www.uea.ac.uk/groups-and-centres/patient-care-group/medication-acceptability-questionnaire</a>

## 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.

<p>Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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].</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wstać z krzesła,</li> <li>– pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów (pacjent powinien poruszać się w swoim tempie, istotne jest prawidłowe oznaczenie długości dystansu),</li> <li>– przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans,</li> <li>– wykonać obrót o 180 stopni,</li> <li>– wrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą [4,9, 11].</li> </ul> <p>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.</p> <p>Wynikiem testu jest czas potrzebny na wykonanie zadania.</p> <p><b>Interpretacja:</b>  &lt;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].</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<p>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 &amp; 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, Freiberger 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 &amp; 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.</p>

	<p>Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.(red.) Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: Wyd. lekarskie PZWL;2017</p> <p>Wieczorowska-Tobis K., Neuman-Podczaska A (red naukowa wydania polskiego) Geriatria. Praktyczny przewodnik. Warszawa: Wyd. lekarskie PZWL; 2021</p> <p>Szostek-Rogula S., Zamysłowska-Szmytke E. Przegląd skal i testów dla oceny czynnościowej pacjenta z zawrotami głowy i zaburzeniami równowagi. Otolaryngologia 2015, 14(3): 141-149</p> <p>Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. (red.) Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2007</p> <p>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.</p>
Źródło on-line	<a href="https://www.mp.pl/geriatria/skale/131464,test-wstan-i-idz-timed-up-and-go-tug">https://www.mp.pl/geriatria/skale/131464,test-wstan-i-idz-timed-up-and-go-tug</a>
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.12.C.2. Klasyfikacja czynnościowa Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego na podstawie nasilenia objawów oraz aktywności fizycznej</b>
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 charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>Klasyfikacja wykorzystywana jest do opisywania ciężkości niewydolności serca (<i>heart failure, HF</i>) uwzględniając objawy zespołu klinicznego.</p> <p>W klasyfikacji czynnościowej zostały wyróżnione cztery klasy niewydolności serca.</p> <p><b>Klasa I</b> Bez ograniczenia aktywności fizycznej. Zwykła aktywność fizyczna nie powoduje nadmiernej duszności, zmęczenia ani kołatania serca.</p> <p><b>Klasa II</b> Niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej. Komfort w spoczynku, natomiast zwykła aktywność fizyczna powoduje nadmierną duszność, zmęczenie lub kołatanie serca.</p> <p><b>Klasa III</b> Znaczne ograniczenie aktywności fizycznej. Komfort w spoczynku, natomiast mniejsza niż przeciętna aktywność fizyczna powoduje nadmierną duszność, zmęczenie lub kołatanie serca.</p> <p><b>Klasa IV</b> Niemożność wykonywania jakiegokolwiek aktywności fizycznej bez wystąpienia dyskomfortu. Objawy podmiotowe serca mogą występować w spoczynku. Po podjęciu jakiegokolwiek aktywności fizycznej uczucie dyskomfortu ulega zwiększeniu.</p>
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: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/44-wytyczne_esc_2021_dotyczace_diagnostyki_i_leczenia_ostrej_i_przewleklej_niewydolnosc_serca">https://ptkardio.pl/wytyczne/44-wytyczne_esc_2021_dotyczace_diagnostyki_i_leczenia_ostrej_i_przewleklej_niewydolnosc_serca</a> Dostęp:24.10.2022

<b>Przykład 3.</b>			
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.12.C.3. Klasyfikacja dławicy piersiowej na podstawie jej nasilenia wg Canadian Cardiovascular Society (CCS)</b>		
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Canadian Cardiovascular Society grading of angina pectoris		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Canadian Cardiovascular Society		
Krótka 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.		
	<b>Stopień</b>	<b>Zaawansowanie dławicy</b>	
	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: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/35wytyczne_esc_dotyczace_rozpoznawania_i_leczenia_przewleklych_zespolow_wiencowych">https://ptkardio.pl/wytyczne/35wytyczne_esc_dotyczace_rozpoznawania_i_leczenia_przewleklych_zespolow_wiencowych</a> Dostęp: 24.10.2022.		
<b>Przykład 4.</b>			
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.12.C.4. KWESTIONARIUSZEM BÓLU WG. LAITINENA</b>		
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	<i>Laitinen Pain Scale, LPS</i>		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Laitinen J.		

<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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.</p> <p>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 .</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Walewicz K.; Taradaj, J.; Dobrzyński, M.; Sopol 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. <a href="https://doi.org/10.3390/jcm9020568">https://doi.org/10.3390/jcm9020568</a></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Leśniewicz J, Pieszyński I, Zboralski K, Florkowski A. Wpływ wybranych zabiegów fizykalnych na sprawność ruchowa 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.</p> <p>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.</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<p>Laitinen J. Acupuncture and transcutaneous electrostimulation in the treatment of chronic sacrolumbalgia and ischialgia. <i>Am. J. Chinese Med.</i> 1979; 4: 2</p>
<p>Źródło on-line</p>	<p></p>

## 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 Ciepni 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	<b>II.13.A.1. Wskaźnik słabowitości Tilburg</b>	
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: <a href="https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00406-X/fulltext">https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00406-X/fulltext</a>
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 obniżyć 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], kinezjofobia wśród pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu [9], niska aderenza 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 $\alpha$ -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	$\geq 60$ 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	<p>Część B Składowe słabowitości:</p> <p>Pytanie 11: tak = 0, nie = 1</p> <p>Pytanie 12 – 18: nie = 0, tak = 1</p> <p>Pytanie 19: nie lub czasami = 0, tak = 1</p> <p>Pytanie 20 oraz 21: nie = 0, tak lub czasami = 1</p> <p>Pytanie 22: tak = 0, nie = 1</p> <p>Pytanie 23: nie = 0, tak = 1</p> <p>Pytanie 24: nie = 0, tak lub czasami = 1</p> <p>Pytanie 25: tak = 0, nie = 1</p> <p>Punkt odcięcia: 5 (świadczy o zespole kruchości)</p>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020306587">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020306587</a> Dostęp: 22.09.2022</li> <li>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: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494318300116">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494318300116</a>. Dostęp: 22.09.2022</li> <li>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: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494314001010">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494314001010</a>. Dostęp: 22.09.2022</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://doi.org/10.1080/13685538.2016.1241761">https://doi.org/10.1080/13685538.2016.1241761</a>. Dostęp: 23.09.2022</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>

## Rehabilitacja

Grupa skal	REHABILITACJA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.A.2. Indeks niepełnosprawności Oswestry (ODI) wersja 2.1a</b>	
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 niemedyycznych [17-19] lub w ocenie dolegliwości bólowych kręgosłupa pacjentów w różnym stanie fizjologicznym (np. kobiet w ciąży) [20]. Narzędzie miało także swoje zastosowanie

		<p>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 <math>\alpha</math>-Cronbacha dla opisywanego narzędzia był kilkakrotnie oceniany przez różnych autorów, a jego wartość zawierała się w przedziale od 0,71 do 8,87 [27].</p>
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	<p>Zastosowanie narzędzia jest bezpłatne, ale wymaga zgody właściciela praw autorskich wersji oryginalnej reprezentowanego przez Mapi Research Trust</p> <p><a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/oswestry-disability-index">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/oswestry-disability-index</a></p>	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Badany odpowiadając na pytania umieszczone w kwestionariuszu wskazuje stwierdzenie odpowiadające aktualnym objawom</p> <p>Każdemu stwierdzeniu umieszczonemu w kolejności przypisywana jest ranga od 0 do 5 (5- to najgorszy stan funkcjonalny osoby badanej)</p> <p>Podwojenie sumy wyników</p> <p>Jeśli osoba badana odpowiedziała na wszystkie pytania, otrzymany wynik jest wynikiem stopnia niepełnosprawności (w %)</p> <p>Jeśli osoba badana nie odpowiedziała na wszystkie pytania, sumę otrzymanych wyników koryguje się według tabeli poniżej:</p>	



## 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875020326140?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875020326140?via%3Dihub</a> Dostęp: 23.09.2022</li> <li>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: <a href="https://www.aaem.pl/Back-pain-occurrence-and-its-impact-on-the-quality-of-life-of-healthcare-workers,115180,0,2.html">https://www.aaem.pl/Back-pain-occurrence-and-its-impact-on-the-quality-of-life-of-healthcare-workers,115180,0,2.html</a> Dostęp: 22.09.2022</li> </ol>

## Rehabilitacja

4.	Tomczyszyn D PA, Solecki L. Ograniczenia w codziennych czynnościach spowodowane bólami krzyża rolników indywidualnych z północnej Lubelszczyzny. <i>Rozprawy Społeczne</i> 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. <i>Medycyna Pracy</i> 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. <i>World Neurosurgery</i> 2022;161:e730-e9. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875022002376?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875022002376?via%3Dihub</a> 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. <i>J Pers Med</i> 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. <i>Ortop Traumatol Rehabil</i> 2011;13(4):353-60. Dostępny w Internecie: <a href="https://ortopedia.com.pl/resources/html/article/details?id=22129">https://ortopedia.com.pl/resources/html/article/details?id=22129</a> 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]. <i>Wiad Lek</i> 2014;67(4):453-9.
10.	Mekhail N, Levy RM, Deer TR, Kapural L, Li S, Amirdefan 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 <i>JAMA Neurol.</i> 2022;79(3):251-60.
11.	Nowakowski A, Kubaszewski L, Nawrot P. [Early results utilizing a new minimally invasive technique--VuePass, in spine surgery]. <i>Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol</i> 2005;70(4):269-73.
12.	Austevoll IM, Hermansen E, Fagerland MW, Storheim K, Brox JI, Solberg T, et al. Decompression with or without Fusion in Degenerative Lumbar Spondylolisthesis. <i>N Engl J Med</i> 2021;385(6):526-38. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2100990?">https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2100990?</a> 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. <i>Eur J Pain</i> 2020;24(2):346-53. Dostępny w Internecie: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.1490">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.1490</a> Dostęp: 23.09.2022
14.	Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. <i>Spine (Phila Pa 1976)</i> 2000;25(22):2940-52;

Grupa skal	REHABILITACJA
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.A.3. Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności kończyn górnych</b>
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

		<p>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 kości 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 <math>\alpha</math>-Cronbacha w brytyjskiej adaptacji wynosił 0,94–0,98, natomiast rzetelność oceniona tzw. test-retest wynosiła 0,74–0,95) [38].</p>
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	<p>Wersja właściwa kwestionariusza DASH: Wskaźnik ograniczeń i objawów DASH =</p> $\left[ \left( \frac{\text{suma n odpowiedzi}}{n} \right) - 1 \right] \times 25$ <p>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 jakiegokolwiek pytanie zostało pozostawione bez odpowiedzi, obliczenie wyniku modułu dodatkowego nie jest możliwe.</p>	
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure [18.09.2022]. Available from: <a href="https://dash.iwh.on.ca/">https://dash.iwh.on.ca/</a>.</li> <li>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</li> <li>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: <a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012479.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012479.pub2/full</a> Dostęp: 20.08.2022</li> <li>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: <a href="https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(18)30128-7/fulltext">https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(18)30128-7/fulltext</a> Dostęp: 20.08.2022</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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: <a href="https://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2018/05000/Comparison_of_Patient_Reported_Outcome.24.aspx">https://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2018/05000/Comparison_of_Patient_Reported_Outcome.24.aspx</a> Dostęp: 20.08.2022</li> <li>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).</li> <li>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).</li> <li>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: <a href="https://bmcmsculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-018-2032-8">https://bmcmsculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-018-2032-8</a> Dostęp: 20.08.2022</li> </ol>



## Rehabilitacja

	<p>11. Waszczykowski M, Dziankowska-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. <i>Sci Rep.</i> 2021;11(1):15174.  Dostępny w Internecie: <a href="https://www.nature.com/articles/s41598-021-94549-y">https://www.nature.com/articles/s41598-021-94549-y</a>  Dostęp: 20.08.2022</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupa skal	REHABILITACJA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.A.4. Wskaźnik Nieprawności Szyjnej</b>	
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. <i>J Manipulative Physiol Ther.</i> 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. <i>Disabil Rehabil.</i> 2013;35(25):2132-7.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	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 $\alpha$ -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 <a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neck-disability-index">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neck-disability-index</a>	
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jones C, Sterling M. Clinimetrics: Neck Disability Index. <i>Journal of Physiotherapy</i>. 2021;67(2):144. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955320300965?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955320300965?via%3Dihub</a>. Dostęp: 28.08.2022</li> <li>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]. <i>Pol Merkur Lekarski</i>. 2015;39(229):23-30</li> <li>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. <i>J Pak Med Assoc</i>. 2020;70(10):1688-92.</li> <li>4. Miao Q, Qiang JH, Jin YL. Effectiveness of percutaneous neuromuscular electrical stimulation for neck pain relief in patients with cervical spondylosis. <i>Medicine (Baltimore)</i>. 2018;97(26):e11080</li> <li>5. Akkan H, Gelecek N. The effect of stabilization exercise training on pain and functional status in patients with cervical radiculopathy. <i>J Back Musculoskelet Rehabil</i>. 2018;31(2):247-52</li> <li>6. Taso M, Sommeres 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. <i>BMC musculoskeletal disorders</i>. 2020;21(1):171. Dostępny w Internecie: <a href="https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-020-3188-6">https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-020-3188-6</a>. Dostęp: 27.08.2022</li> <li>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? <i>Eur Spine J</i>. 2018;27(6):1262-5. Dostępny w Internecie: <a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-017-5260-y">https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-017-5260-y</a>. Dostęp: 28.08.2022</li> <li>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. <i>Oral Maxillofac Surg</i>. 2021;25(4):471-6. Dostępny w Internecie: <a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s10006-021-00943-1">https://link.springer.com/article/10.1007/s10006-021-00943-1</a>. Dostęp: 26.08.2022</li> <li>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. <i>Physiotherapy Review</i>. 2020;24:17-30. Dostępny w Internecie: <a href="http://physiotherapy.review/WPLYW-PANDEMII-KORONAWIRUSA-NA-CZESTOSC-WYSTEPOWANIA-I-NASILENIE-DOLEGLIWOSCI-CZESCI-SZYJNEJ-KREGOSLUPA-WGRUPIE-PRACOWNIKOW-BIUROWYCH-PRZENIESIONYCH-DO-PRACY-ZDALNEJ,161,42995,1,0.html">http://physiotherapy.review/WPLYW-PANDEMII-KORONAWIRUSA-NA-CZESTOSC-WYSTEPOWANIA-I-NASILENIE-DOLEGLIWOSCI-CZESCI-SZYJNEJ-KREGOSLUPA-WGRUPIE-PRACOWNIKOW-BIUROWYCH-PRZENIESIONYCH-DO-PRACY-ZDALNEJ,161,42995,1,0.html</a>. Dostęp: 15.08.2022</li> <li>10. Mujawar JC, Sagar JH. Prevalence of Upper Cross Syndrome in Laundry Workers. <i>Indian J Occup Environ Med</i>. 2019;23(1):54-6.</li> <li>11. Jung JW, Kim YK. Scapular Dyskinesis in Elite Boxers with Neck Disability and Shoulder Malfunction. <i>Medicina (Kaunas)</i>. 2021;57(12).</li> <li>12. Głowinski S, Bryndał A, Grochulska A. Prevalence and risk of spinal pain among physiotherapists in Poland. <i>PeerJ</i>. 2021;9:e11715.</li> <li>13. Guzy G, Vernon H, Polczyk R, Szpitalak M. Psychometric validation of the authorized Polish version of the Neck Disability Index. <i>Disabil Rehabil</i>. 2013;35(25):2132-7.</li> </ol>

## II.13.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

<b>Przykład 1.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.1. Kwestionariusz Rehabilitacji Zawodowej</b>
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 wewnątrz pomiaru oceniona za pomocą współczynnika $\alpha$ -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	<a href="https://www.myworq.org/questionnaire_en.php#">https://www.myworq.org/questionnaire_en.php#</a>
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.2. Wskaźnik Choroby Zwyródnieniowej Stawów Uniwersytetów Zachodniego Ontario i McMaster</b>
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

## Rehabilitacja

	<p>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 natężenie 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.</p>
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	<a href="https://www.womac.com/index.php">https://www.womac.com/index.php</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.3. Wskaźnik Mobilności de Mortona</b>
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	<p>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.</p> <p>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”).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
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	<a href="https://www.demmi.org.au/">https://www.demmi.org.au/</a>
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.4. Skala Równowagi Berg</b>
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

	<p>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.</p>
Źródło bibliograficzne	<p>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.</p>
Źródło on-line	<p><a href="https://neuropt.org/docs/default-source/cpgs/core-outcome-measures/core-measure-berg-balance-scale-(bbs)_final-2019.pdf?sfvrsn=6e845043_0">https://neuropt.org/docs/default-source/cpgs/core-outcome-measures/core-measure-berg-balance-scale-(bbs)_final-2019.pdf?sfvrsn=6e845043_0</a></p>
<b>Przykład 5.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.5. Zmodyfikowany Kwestionariusz Dotyczący Wpływu Przemęczenia</b>
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	<p>Zmodyfikowany Kwestionariusz Dotyczący Wpływu Przemęczenia jest zmienioną 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 niefarmakologicznych 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.</p>
Źródło bibliograficzne	<p>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</p> <p>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</p>

	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	<a href="https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/modified-fatigue-impact-scale">https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/modified-fatigue-impact-scale</a>
<b>Przykład 6.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.6. Skala Barrier w Rehabilitacji Kardiologicznej</b>
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 charakterystykę 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	-
<b>Przykład 7</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.7. Skala Ogólnej Adherencji do Rehabilitacji</b>
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 charakterystykę 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.



## Rehabilitacja

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	-
<b>Przykład 8</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.B.8. Skala Aktywności dla Dzieci</b>
Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	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 badania skalą/ 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	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0895435699001134">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0895435699001134</a>

### II.13.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

<b>Przykład 1.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	II.13.C.1. System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej
Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy)	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

<p>Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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 napotykanymi 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 podparcia 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</p>
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. <i>Dev Med Child Neurol.</i> 1997 Apr;39(4):214-23. doi: 10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x. PMID: 9183258.
Źródło on-line	<a href="https://cerebralpalsy.org.au/our-research/about-cerebral-palsy/what-is-cerebral-palsy/severity-of-cerebral-palsy/gross-motor-function-classification-system/">https://cerebralpalsy.org.au/our-research/about-cerebral-palsy/what-is-cerebral-palsy/severity-of-cerebral-palsy/gross-motor-function-classification-system/</a>
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.C.2. II Skala Ashworth'a/ Zmodyfikowana Skala Ashworth'a</b>
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.

## Rehabilitacja

<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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 odpuśczeniem 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.</p> <p>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 przezskórna stymulacja rdzenia kręgowego oraz metod rehabilitacji, w tym również z zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości.</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<p>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.</p>
<p>Źródło on-line</p>	<p>-</p>
<p><b>Przykład 3.</b></p>	
<p>Nazwa skali w języku polskim</p>	<p><b>II.13.C.3. Bostoński Kwestionariusz Zespołu Cieśni Nadgarstka</b></p>
<p>Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)</p>	<p>Boston Carpal Tunnel Questionnaire</p>
<p>Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię</p>	<p>D W Levine, Barry P. Simmons</p>
<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<p>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.</p>
<p>Źródło on-line</p>	<p>-</p>

<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.13.C.4. Zmodyfikowana Skala Rankina</b>
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 niedokrwiennego 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 Checklist(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	<b>II.14.A.1. Skala Rozwoju Motorycznego</b>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>Wójtowicz – Szeffler M, Diagnostowanie rozwoju małego dziecka, Wyd. Difin, 2020</li> <li>Putyński L, Skala Rozwoju Motorycznego Oziereckiego: (historia i współczesne zastosowania) Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica 2, 145-149 1998,</li> <li>J Tecklin, Fizjoterapia pediatryczna, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1992;</li> <li>Hornowska E, Brzezińska A I, Apelt K, Czeremska – Kaliszewska K Rola środowiska w rozwoju małego dziecka. Metody badania, Wydawnictwo naukowe Scholar 2014,</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rozwoju+motorycznego">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rozwoju+motorycznego</a>
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.2. Skala Rozwoju Dziecka</b>
Nazwa skali w języku angielskim	(Alberta Infant Motor Scale AIMS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Marthe C. Piper i Johanne Darrah

Krótką charakterystyka 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	<a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rozwoju+dziecka">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rozwoju+dziecka</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.3. Pediatryczna skala Glasgow CCS</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Glasgow Coma Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Brian Jennet i Graham Teasdale
Państwo	Szkocja
Krótką charakterystyka 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	<a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+Glasgow">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+Glasgow</a>
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.4. Skala Rozwoju Bayley</b>
Nazwa skali w języku angielskim	( <i>Bayley Motor Scale BSID –I</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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bieleninik Ł, Koss M, Bidzan M, Rozwój psychoruchowy jedyneków i bliźniąt przesdwczesnie urodzonych, Polskie Forum Pediatryczne, 2016, tom 21, numer 2, s. 272-289</li> <li>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,</li> <li>3. Mrożek – 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,</li> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>8. Hacettepe University, Ocena neurorozwojowa canon z mukowiscydozą, Wyniki oceny neurorozwojowej niemowląt z mukowiscydozą, Hacettepe University, 2021</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rozwoju+motorycznego">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rozwoju+motorycznego</a>
<b>Przykład nr 5</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.5. Narzędzie Badania Przesiewowego Rozwoju</b>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gruba J, Testy do diagnozy wybranych aspektów rozwoju dziecka, Gliwice 2018,</li> <li>2. Larionow, Paweł Wybrane problemy badań w medycynie psychosomatycznej i sposoby na ich rozwiązania: przestrzeń dla nowych osiągnięć, 2022,</li> <li>3. Squires J, Ph.D., Diane Bricker D, Ph.D., Elizabeth Twombly, M.S., Ages &amp; 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,</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.helpmegrow.org/ASQ">https://www.helpmegrow.org/ASQ</a>
<b>Przykład nr 6</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.6. Lista kontrolna bólu kooperacyjnego dzieci niekomunikujących się – (NCCPC-R)</b>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>3. Kobylarz K, Szlachta-Jeziuro I, Stobiński W, Uśmierzenie bólu pooperacyjnego u dzieci, Oddział Anestezjologii Pediatricznej Katedry Anestezjologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Przegląd Lekarski 2000 /57/4,</li> <li>4. Szkutnik-Fiedler D, Szalek E, Grześkowiak E, Zasady leczenia bólu pooperacyjnego, medycyna praktyczna dla lekarzy, 2010,</li> <li>5. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii/Rynek Zdrowia Uśmierzenie bólu ostrego u dzieci. Nowe wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 21 lipca 2022,</li> <li>6. Zielińska M, Leczenie bólu pooperacyjnego u dzieci medycyna praktyczna dla lekarzy, X Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu – Medycyna Bólu 2019,</li> <li>7. NIK, Dostępność terapii przeciwbólowej, 2017.  <a href="https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201501_AiR_009.pdf">https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201501_AiR_009.pdf</a>  <a href="http://www.community-networks.ca/wp-content/uploads/2015/07/PainChklist_BreauNCCPC-R2004.pdf">http://www.community-networks.ca/wp-content/uploads/2015/07/PainChklist_BreauNCCPC-R2004.pdf</a> </li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+b%C3%B3lu+pooperacyjnego+dzieci+niekomunikuj%C4%85cych+si%C4%99+">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+b%C3%B3lu+pooperacyjnego+dzieci+niekomunikuj%C4%85cych+si%C4%99+</a>
<b>Przykład 7.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.7. ASQ:SE-2 (0-6 lat)</b>
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
Krótka 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	<a href="https://agesandstages.com/products-pricing/asqse-2/">https://agesandstages.com/products-pricing/asqse-2/</a>
<b>Przykład 8.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.8. Skala Brigance</b>
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	<a href="https://www.curriculumassociates.com/programs/brigance/early-childhood">https://www.curriculumassociates.com/programs/brigance/early-childhood</a>
<b>Przykład 9.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.9. Skala Denver</b>
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	<a href="http://www.wbc.poznan.pl/Content/424449/index.pdf">http://www.wbc.poznan.pl/Content/424449/index.pdf</a>
<b>Przykład 10.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.A.10. Skala Rozwoju Dziecka</b>
Nazwa skali w języku angielskim	CDI (Child Development Inventory)

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Harold Ireton
Państwo	Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyka 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	<a href="https://eric.ed.gov/?id=ED356599">https://eric.ed.gov/?id=ED356599</a>

## II.14.B. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.B.1. Skala pediatryczna, pozwalająca określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Skala Lansky'ego S
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lansky'ego S
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala pediatryczna, pozwalająca określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Santa Marcelina, Badanie II fazy dotyczące ewerolimusu u dzieci i młodzieży z opornym na leczenie lub nawrotowym mięśniakomięśniakiem prądkowano jądrowe emitujące promieniowanie 2013,</li> <li>2. Eduardo D. Bruera, Russell K. Portenoy: Cancer Pain: Assessment and Management. Cambridge University Press, 2009, s. 400. ISBN 978-1-139-48337-7.</li> <li>3. Michael J. Fisch, Eduardo Bruera: Handbook of Advanced Cancer Care. Cambridge University Press, 2003, s. 17. ISBN 978-0-521-01043-6.</li> <li>4. Roland T. Skeeel: Handbook of Cancer Chemotherapy. Lippincott Williams &amp; Wilkins, 2007, s. 34. ISBN 978-0-7817-6531-2.</li> <li>5. Rafał Stec, Aleksandra Semeniuk-Wojtaś: Onkologia. Leksykon pojęć medycznych.AsteriaMed, 2016. ISBN 978-83-65515-01-8. 2017-10-31.</li> <li>6. Paul Glare, Nicholas A. Christakis: Prognosis in Advanced Cancer. OUP Oxford, 2008, s. 27. ISBN 978-0-19-853022-0.</li> <li>7. Maciej Krzakowski, Piotr Potemski, Krzysztof Warzocha, Pior Wysocki: Onkologia kliniczna. T. I. Via Medica, 2015, s. 450. ISBN 978-83-7599-796-5.</li> <li>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.</li> </ol>

	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	
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.B.2. Skala Apgar</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Scale Apgar
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Virginię Apgar
Krótką charakterystyka 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 Virginię 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finster M., Wood M. The Apgar score has survived the test of time.. Anesthesiology”. 4 (102), s. 855–7, kwiecień 2005. PMID: 15791116.</li> <li>2. Marita Przedpelska-Winiarczyk, Wojciech Kułak. Skala Apgar obecnie. „Problemy Higieny i Epidemiologii”. 92 (1), s. 25–29, 2011. Oficyna Wydawnicza MA. ISSN 1895–4316 (pol.).</li> <li>3. APGAR V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant.. „Current researches in anesthesia &amp; analgesia”. 4 (32), s. 260–7, 1953. PMID: 13083014.</li> <li>4. Is the Apgar score outmoded?. „Lancet”. 8638 (1), s. 591–92, marzec 1989. PMID: 2564115</li> <li>5. Reforma brytyjskiego NHS według skali Apgar, Menadżer Zdrowia, 2013,</li> <li>6. Przedpelska-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</li> <li>7. Policy Statement: The Apgar score. American Academy of Pediatrics 2006, 117: 1444-1447.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>10. Pearce JM. Virginia Apgar (1909-1974). Neurological evaluation of the newborn infant. Eur Neurol 2005, 54(3):132-134.</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+apgar">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+apgar</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.B.3. Skala Rossa</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Scale Rossa

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Delgado DH, Rao V, Ross
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala stosowana do oceny niewydolności krążenia u małych dzieci
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Janina Aleszewicz-Baranowska, Krystyna Kubicka, Wanda Kawalec: Kardiologia dziecięca. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003</li> <li>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,</li> <li>3. Siwińska A, Mroziński B, Surmacz R, Bobkowski W, Ostra niewydolność serca u dzieci, Forum Pediatrii Praktycznej, Nr 7 /2016,</li> <li>4. P.F. Kantor, J. Lougheed, 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,</li> <li>5. Skindzielewski J, Metody klinicznej oceny zaawansowania niewydolności serca u niemowląt z ubytkiem przegrody międzykomorowej, Nowa Pediatria 4/2013, s. 135-142</li> <li>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</li> <li>7. <a href="https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Rossa">https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Rossa</a>,</li> <li>8. <a href="http://www.nowapediatria.pl/wp-content/uploads/2014/10/np_2013_135-142.pdf">http://www.nowapediatria.pl/wp-content/uploads/2014/10/np_2013_135-142.pdf</a>,</li> <li>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,</li> </ol>
Źródło on-line	<a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rossa">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+rossa</a>
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>II.14.B.4. Skala Silvermana (in. skala Silvermana–Andersen)</b>
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

<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>Skala oceny wydolności układu oddechowego u noworodków. Duszność 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</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.).</li> <li>4. Maciej Kaczmarski: Badanie kliniczne dziecka. W: Wanda Kawalec, Ryszard Grenda, Helena Ziółkowska: Pediatrya. T. 2. 2013: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013, s. 86. ISBN 978-83-200-4630-4.</li> <li>5. <a href="https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Silvermana">https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Silvermana</a></li> <li>6. Gadzinowski J., Szymankiewicz M., Gulczyńska E., Podstawy neonatologii. Podręcznik dla studentów. Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Poznań 2014, str. 60–65.</li> <li>7. Gutkowski P., Badania czynnościowe układu oddechowego u dzieci. Postępy Nauk Med., 2008, 9: 559–564.</li> <li>8. <a href="https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/novorodek/71736,zespol-zaburzen-oddychania">https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/novorodek/71736,zespol-zaburzen-oddychania</a></li> <li>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.</li> <li>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,</li> </ol>
<p>Źródło on-line</p>	<p><a href="https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+silvermana">https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&amp;q=skala+silvermana</a></p>