

I. SKALE I KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE O CHARAKTERZE UNIWERSALNYM

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

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

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

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

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

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

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

I.1. Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Głowacka Mariola^{1,2}, Frydrysiak – Brzozowska Adrianna¹

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

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

I.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

I.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Według autorów kwestionariusz może okazać się pomocny w procesie planowania działań budujących dialog międzypokoleniowy.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież i osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Narzędzie może być wykorzystywane podczas badań diagnostycznych lub naukowych związanych z postrzeganiem osób starszych.
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Narzędzie może być wykorzystywane przez psychologów, socjologów, pedagogów oraz przedstawicieli nauk medycznych i nauk o zdrowiu (pielęgniarki, położne, lekarze).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>W skali wyodrębniono trzy podskale:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Szacunek i Wsparcie: „Wysoki wynik opisuje osoby, które odnoszą się do starszych z dużym szacunkiem i atencją. Osoby starsze wywołują w nich pozytywne emocje i budzą chęć otaczania ich należyłą opieką. Źródłem takiej postawy jest przekonanie, iż osoby starsze charakteryzuje duża życiowa mądrość i doświadczenie, którymi chętnie dzielą się z innymi. Dla takich osób seniorzy, poprzez swoje życie, osobowość i wiedzę, stanowią ogromną wartość dla rodziny, całego społeczeństwa, a zwłaszcza młodego pokolenia.” [1] – Odtrącenie i Niezrozumienie: „Wysoki wynik charakteryzuje negatywną postawę wobec osób starszych. Źródłem takiej postawy jest dostrzeganie u seniorów pejoratywnych cech osobowości (drażliwość, niezadowolenie z życia, życiowa nuda, brak pomysłu na dalsze życie) oraz nieprzychylnych zachowań wobec innych osób, zwłaszcza młodego pokolenia. Konsekwencją takich zachowań ma być postrzegana samotność osób starszych oraz ich izolacja od osób najbliższych (i ogólnie, społeczeństwa), pogłębiające różnorodne problemy i niezadowolenie na zasadzie sprzężenia zwrotnego.” [1] – Dystans Społeczny: „Wysoki wynik oznacza postawę dystansu wobec osób starszych a zarazem podkreśla świadomość ich dobrej kondycji ekonomicznej i społecznej. Jednak nadmierne przywiązywanie uwagi u osób starszych do podnoszenia komfortu życia (zwłaszcza przez gromadzenie dóbr materialnych), bez uwzględnienia potrzeb innych, stanowi zarazem źródło negatywnych odniesień i emocjonalnego dystansu wobec osób starszych.” [1] <p>Aby pozyskać wynik należy obliczyć średnią ważoną dla każdej podskali poprzez podzielenie uzyskanego wyniku przez liczbę pozycji danego czynnika, tj. skala 1–30; skala 2–19; skala 3–11. [1]</p> <p>Im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie wymiaru składającego się na postawy wobec seniorów. [1]</p> <p>W zależności od celu badawczego i potrzeb praktycznych można średnią ważoną przekształcić w wyniki znormalizowane wyrażone na skali stenowej. [1]</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS) [1]

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

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

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

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

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Łukasiewicz J., Kowalski W., Skala Postaw Wobec Seniorów (SPWS). Prezentacja narzędzia., Przegląd psychologiczny, 2021, 64, 3, 81-101. 2. Łukasiewicz J., Kowalski W., Postawy społeczne wobec osób starszych – teoria i badania, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe, Lublin 2021, 98-105. 3. Łukasiewicz J., Kowalski W., Obraz samego siebie a postawy wobec seniorów u młodzieży wkraczającej w dorosłość, [w]: Gaś Z.B., Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce, Seria wydawnicza: Monografie Wydziału Nauk o Człowieku WSEI, Lublin 2019, 145-156. 4. Reder M., Sikorska I., Lipp N., Postawy młodzieży wobec starości: sztuka łączy pokolenia!, [w]: Kielar-Turska M., Szanse rozwoju w starości: starość: jak ją widzi psychologia, Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, Kraków 2020, 229-244.
--------------	---

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

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

	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Wyniki oblicza się dla każdej skali osobno. Za każde twierdzenie można uzyskać od 1 do 5 punktów, zatem zakres punktów możliwych do uzyskania w każdej ze skal wynosi od 12 do 60. Im wyższy wynik uzyskany w danej skali, tym większe nasilenie danego aspektu przełomu.[1]</p> <p>Numery pytań przynależące do skal: Pozytywny bilans życia: 1, 2, 7*, 10, 12, 14, 17*, 18, 20*, 22*, 26, 28*</p> <p>Nasilenie kryzysu: 3, 5, 13,15, 21, 23, 27, 29*, 30, 31, 33, 34 Przewartościowania: 4, 6, 8,9,11, 16, 19, 24, 25, 32, 35, 36 * odwrócona punktacja. [1]</p> <p>Autorzy skali interpretację wyników dzielą na dwa aspekty: profilowy i funkcjonalny</p> <p>W pierwszym przypadku zakładają możliwość wnioskowania na podstawie konfiguracji wyników w trzech podskalach. Autorzy przytaczają kilka przykładów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „Skala przewartościowania może mieć odmienną interpretację w zależności od układu pozostałych skal, zwłaszcza wyniku na skali pozytywny bilans życia. Wysokie wyniki w skali przewartościowania w przypadku pozytywnego bilansu życia (wysokie wyniki) mogą oznaczać pragnienie rozwoju, otwieranie się na nowy etap w życiu, chęć doświadczania i przeżywania nowych rzeczy. W takim przypadku osoba pozytywnie ocenia swoje przeszłe i obecne życie, a jednocześnie ma poczucie, że dojrzeła i chce dokonać pewnych istotnych zmian w swoich priorytetach i wartościach. [1] – „Wysokie wyniki w skali przewartościowania połączone z negatywnym bilansem życia (niskie wyniki w tej skali) będą oznaczały chęć zerwania z dotychczasowym stylem życia. To wyraz gotowości dokonania trudnych i odważnych zmian, wpływających na strukturę życia, zmian w wartościach i priorytetach na rzecz bardziej adaptacyjnego i dojrzałego funkcjonowania. Osoby o takiej konfiguracji wyników mogą potrzebować wsparcia w planowaniu nowego etapu życia i konstruktywnym przechodzeniu przełomu.” [1] <p>Interpretując wyniki w aspekcie funkcjonalnym celem jest określenie nasilenia przemian związanych z przełomem połowy życia i opis możliwości adaptacyjnych jednostki. Według autorów:</p> <p>„Wysokie wyniki w skalach nasilenie kryzysu i przewartościowania przy niskich w skali pozytywny bilans życia wskazują na silne doświadczanie trudności związanych z wchodzeniem w wiek średni. Sugerują potrzebę dokonania oceny, czy osoba uzyskująca taki wynik ma możliwości poradzenia sobie z przeżywanym kryzysem, gdyż nieporadzenie sobie z nasileniem symptomów przełomu/kryzysem może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych i mieć wpływ na ważne sfery życia człowieka”. [1]</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

KWESTIONARIUSZ KPPŻ WERSJA DLA MĘŻCZYŹN I KOBIEŃ [1]

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

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Skala ocen:

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

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

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kluska E., Łabuz P., Mrugalska A., Oleś P., Kwestionariusz przełomu połowy życia (KPPŻ) – konstrukcja i charakterystyka psychometryczna, <i>Psychologia Społeczna</i>, 2016, 11, 2, 37, 196-210. 2. Skrzypińska K., Drzeżdżon T., Inteligencja duchowa i jej buforowa rola w przebiegu kryzysów egzystencjalnych na przykładzie kryzysu wieku średniego, 117-141. 3. Kozera – Mikuła P., Sens życia – analiza pojęcia w świetle nauk humanistycznych, <i>Psychologia Rozwojowa</i> 2020, 25, 2, 9-28.
--------------	--

Grupa skal	OGÓLNE	
Nazwa skali w języku polskim	I.1.A.3. Skala Doświadczeń Maltretowanych Kobiet	
Nazwa skali w języku angielskim	Women's Experience With Battering Scale	
Skrót	WEB	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Smith Paige Hall, Earp Jo Anne., De Vellis Robert
	Rok publikacji	1995
	Źródło	Smith PH., Earp J.A., De Vellis R., Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale, <i>Womens Health</i> , 1995, 1, 4, 273-288.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Karakuła-Juchnowicz Hanna, Łukasik Paulina
	Rok publikacji	2013
	Źródło	Karakuła-Juchnowicz H., Łukasik P. Polska adaptacja i walidacja Skali Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (Women's Experience With Battering Scale - WEB Scale), <i>Current Problems of Psychiatry</i> , 2013, 14, 4, 201-205.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala służy do przesiewowej oceny występowania przemocy ze strony partnera, tj.: <ul style="list-style-type: none"> - przemoc psychiczna, - przemoc fizyczna, - poczucie zagrożenia przemocą, - poczucie utraty kontroli i władzy w związku, - poczucie upokorzenia, - poczucie izolacji, - poczucie bezsilności.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	W badaniu mogą brać udział kobiety będące w związkach.

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

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

Skala Doświadczeń Maltretowanych Kobiet [1]

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

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

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Karakuła-Juchnowicz H., Łukasik P. Polska adaptacja i walidacja Skali Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (Women's Experience With Battering Scale - WEB Scale), Current Problems of Psychiatry, 2013, 14, 4, 201-205. Łukasik P., Karakuła-Juchnowicz H., Moryłowska-Topolska J., Who are those guys? Portret sprawcy przemocy domowej biorąc pod uwagę sytuację zawodową, ekonomiczną i zdrowotną, Current Problems of Psychiatry, 2014, 15, 4, 184-190. Smith P.H., Earp J.A., De Vellis R., Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale, Womens Health, 1995, 1, 4, 273-288. Smith P.H., Tessaro I., Earp J.A., Women's Experiences with Battering: A Conceptualization from Qualitative Research, Womens Health, 1995, 5, 4, 173-182. Houry D., Rhodes K., Kemball R.S., Click L., Cerulli C., McNutt L.A., Kaslow N.J., Differences in Female and Male Victims and Perpetrators of Partner Violence With Respect to WEB Scores, Journal of Interpersonal Violence, 23, 8, 1041-1055. Coker A.L., Pope, B.O., Smith, P.H., Hussey, J.R., Assessment of Clinical Partner Violence Screening Tools, Journal of the American Medical Women's Association, 2001, 56, 1, 19-23. Bonomi A.E., Anderson M.L., Reid R., Carrell D., Fishman P.A., Rivara F.P., Thompson R.S., Intimate Partner Violence in Older Women, The Gerontologist, 2007, 47, 1, 34-41. Mason S.M., Wright S.J., Hibert E.N., Spiegelman D., Forman J.P., Rich-Edwards J.W., Intimate partner violence and incidence of hypertension in women, Annals of Epidemiology, 2012, 22, 8, 562-567. Smith P.H., Smith J.B., Earp J.A., Beyond the Measurement Trap: A Reconstructed Conceptualization and Measurement of Woman Battering, Psychology of Women Quarterly, 2016, 23, 1, 177-193.
--------------	---

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

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

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

Aneks. Skala Pogodnego Starzenia się

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Knapik A., Michałek K., Marcisz Cz., Rottermund J., Skrzypek M., Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się, Hygeia Public Health, 2016, 51, 4, 368 - 374. 2. Knapik A., Assessing the Quality of Aging - Presentation of Research Tool, Physiotherapy and Health Activity, 2014, 22, 1. 3. Zadworna M., Developmental tasks' attainment in late adulthood – the construction of a new psychometric tool, Gerontologia Polska, 2017, 25, 156-162.
--------------	--

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

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

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

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

Skala Powodów do Życia [1]

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

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

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

2 – Całkiem nieważne

3 – Do pewnego stopnia nieważne

4 – Do pewnego stopnia ważne

5 – Całkiem ważne

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

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

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

1. W ogóle nieważne

4. Do pewnego stopnia ważne

2. Całkiem nieważne

5. Całkiem ważne

3. Do pewnego stopnia nieważne

6. Bardzo ważne

1. Mam zobowiązania wobec mojej rodziny.

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

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

4. Mam chęć do życia.

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

6. Boję się śmierci.

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

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

9. Moja rodzina polega na mnie i potrzebuje mnie.

10. Nie chcę umrzeć.

11. Chcę zobaczyć, jak dorastają moje dzieci.

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

13. Mam plany na przyszłość, które zamierzam zrealizować.

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

15. Boję się nieznanego.

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

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

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

19. Wystarczająco troszczę się o siebie, żeby żyć.

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

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

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

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none">1. Siewierska J., Chodkiewicz J., Polska adaptacja Skali Powodów do Życia (RFL-48) M.M. Linehan i współpracowników, <i>Psychiatria Polska</i>, 56, 3, 603-621.2. Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A., Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory, <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 1983, 51, 2, 276-286.3. Pirani S., Kulhanek C., Wainwright K., Osman A., The Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA-II), <i>Assessment</i>, 2021, 28, 3, 942-954.4. Osman A., Downs W.R., Kopper B.A., Barrios F.X., Baker M.T., Osman J.R., Besett T.M., Linehan M.M., The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): development and psychometric properties, <i>Journal of Clinical Psychology</i>, 1998, 54, 8, 1063-1078.5. Salvé-Rainha Madeira A.R., Janeiro L.B., Guerreiro Carmo C.I., Brás M.S.V., Reasons for Living Inventory for Young Adults: Psychometric Properties Among Portuguese Sample, <i>Omega (Westport)</i>, 2022, 85, 4, 887-903.6. Development and psychometric evaluation of the reasons for living-older adults scale: a suicide risk assessment inventory, <i>Gerontologist</i>, 2009, 49, 6, 736-745.
--------------	--

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

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

Ateńska skala bezsenności [1]

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

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornal-Pawłowska M., Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności, <i>Psychiatria Polska</i>, 2011, XLV, 2, 211-221. 2. Dudek A., Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek, <i>Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu</i>, 2021, 6, 3, 38-58. 3. Pasierb N., Filipczyk K., Kunert Ł., Piegza M., Pudło R., Bezsenność u pracowników zmianowych huty cynku, <i>Medycyna Pracy</i>, 2019, 70, 5, 611-616. 4. Nowak G., Żelazko A., Nowak D., Waliczek M., Pawlas K., Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego, <i>Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne</i>, 2015, 5, 3, 231-238. 5. Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J., Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria, <i>The Journal of Psychosomatic Research</i>, 2000, 48, 6, 555-560. 6. Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J., The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale.. <i>The Journal of Psychosomatic Research</i>, 2003, 55, 3, 263-267. 7. Nowak G., Żelazko A., Nowak D., Waliczek M., Pawlas K., Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego, <i>Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne</i>, 2015, 5, 3, 231-238.
---------------------	---

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

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

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

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

Kwestionariusz oczekiwanych efektów używania alkoholu [2]

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

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

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

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

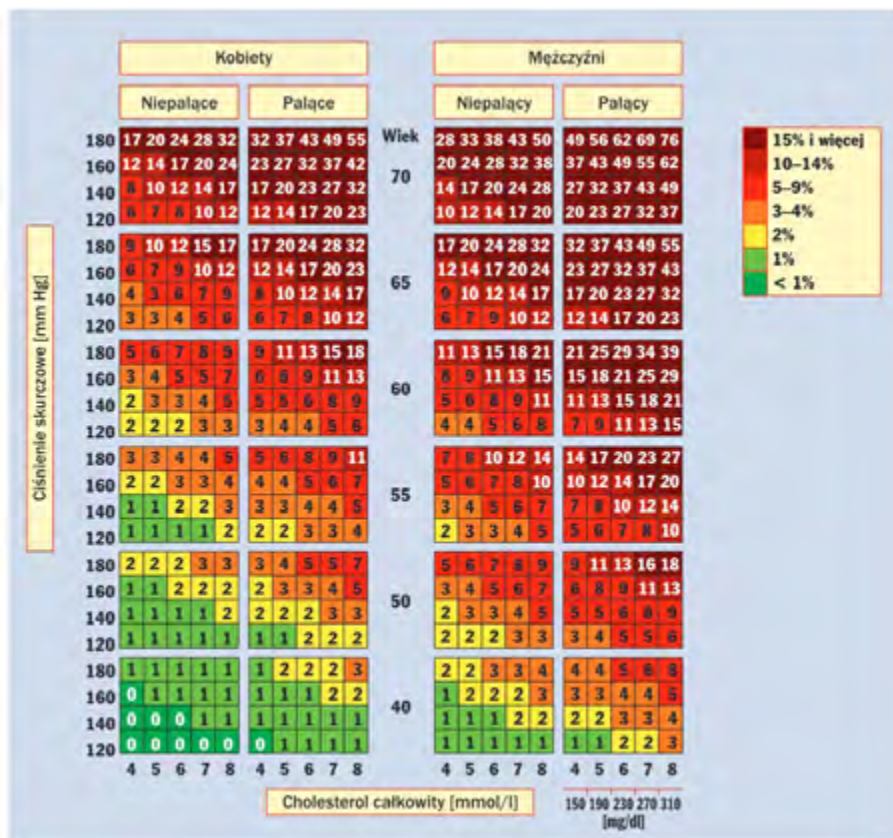
16. Poczułbym się spokojny	1	2	3	4	V
17. Byłbym dzielny i śmiały	1	2	3	4	I
18. Nie czułbym strachu	1	2	3	4	I
19. Czułbym się twórczy (kreatywny)	1	2	3	4	I
20. Byłbym odważny	1	2	3	4	I
21. Następnego dnia byłbym drżący i roztrzęsiony	1	2	3	4	IV
22. Czułbym się pełen energii	1	2	3	4	I
23. Zachowywałbym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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fromme K., Stroot E., Kaplan, D. Comprehensive effects of alcohol: Development and Psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. <i>Psychological Assessment</i>, 1993, 5, 19-26. 2. Poprawa R., Kwestionariusz Oczekiwanych Efektów Używania Alkoholu. Zmodyfikowana polska adaptacja. <i>Polish Journal of Applied Psychology</i>, 2018, 16, 1, 7-26.
--------------	--

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

Narzędzia standaryzowane o charakterze ogólnym

Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	40 – 70 lat
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Skala przeznaczona do stosowania w prewencji pierwotnej, u chorych bez incydentów sercowo-naczyniowych w wywiadzie. Tablic SCORE nie należy też używać w celu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u osób z cukrzycą typu 2 lub przewlekłą chorobą nerek (GFR < 60 ml/1,73 m ²).
	Sytuacje	Skale powinno się używać podczas edukacji pacjentów dla oceny ich aktualnego ryzyka sercowo-naczyniowego, potencjalnych możliwości zmniejszenia ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz poprawy kontroli czynników ryzyka.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Brak.
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Skala określa, jakie jest 10-letnie ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych.</p> <p>Ryzyko według skali wynoszące $\geq 5\%$ uznawane jest za duże.</p> <p>Ryzyko całkowite zależy również od obecności czynników ryzyka, które nie są uwzględnione przez system SCORE. Dlatego podczas oceny należy zwrócić uwagę na występowanie innych czynników zwiększających ryzyko tj.</p> <ul style="list-style-type: none"> - otyłość centralna, - siedzący tryb życia, - choroby i stany związane ze zwiększeniem ryzyka, w tym: niskie stężenie cholesterolu frakcji HDL, podwyższone stężenie triglicerydów, wybrane choroby autoimmunizacyjne (łuszczycyca, reumatoidalne zapalenie stawów), cukrzyca typu 1 bez powikłań narządowych, obturacyjny bezdech senny, zaburzenia wzrodu u mężczyzn, stany zapalne przyzębia, występowania przedwczesnej choroby sercowo-naczyniowej w wywiadzie rodzinnym, - czynniki psychospołeczne, w tym: niska pozycja społeczno-ekonomiczna, stres w pracy i w życiu rodzinnym, izolacja i małe wsparcie społeczne, występowanie takich stanów i cech, jak: lęk, wrogość, gniew, typ zachowania D, depresja (przewlekłe obniżenie nastroju). [1] 	
Formularz skali/ kwestionariusz		



Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Zdrojewski T., Jankowski P., Bandosz P., Bartuś S., Chwojnicki K., Drygas W., Gaciong Z., Hoffman P., Kalarus Z., Kaźmierczak J., Kopec G., Mamcarz A., Opolski G., Pająk A., Piotrowicz R., Podolec P., Rutkowski M., Rynkiewicz A., Siwińska A., Stępińska J., Windak A., Wojtyniak B., Nowa wersja systemu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego i tablic SCORE dla populacji Polski, <i>Kardiologia Polska</i>, 2015, 73, 10, 958-961. Ryś A., Senczuk K., Krzowski B., Płatek A.E., Szymański F.M., Wpływ nieklasycznych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego na wybór terapii hipolipemizującej i hipotensyjnej, <i>Folia Cardiologica</i>, 2017, 12, 5-8. Rzepka-Cholasinska A., Kasprzak M., Michalski P., Pietrzykowski Ł., Grzelakowska K., Kubica A., Cardiovascular risk assessment based on SCORE and SCORE2, <i>Medical Research Journal</i>, 2022, 7, 2, 164-169. Wysocka K., Których pacjentów należy zaliczyć do grupy ryzyka ekstremalnego, <i>Kurier Medyczny</i>, 2021, 1, 10-11. Dybowski F., Lelonek M., Nowoczesne leczenie pacjenta z nadciśnieniem tętniczym i bardzo wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych, <i>Folia Cardiologica</i>, 2019, 14, 1, 112-119. Barylski M., Pośrednie dawki statyn w codziennej praktyce klinicznej — rewolucja nadal trwa, <i>Choroby Serca i Naczyń</i>, 2015, 12, 6, 333-340. Grabowski M., Zastosowanie metod nieinwazyjnych w stratyfikacji ryzyka po zawale serca, <i>Choroby Serca i Naczyń</i>, 2017, 14, 4. Szeligowska J., Welnicki M., Mamcarz A., Najczęstsze błędy w leczeniu dyslipidemii – jak ich uniknąć?, <i>Kardiologia po dyplomie</i>, 2016, 65-73.
--------------	--

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

Godlewska Renata Anna

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

I.2.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

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

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

I.2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

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

I.2.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Juczyński Z, Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 Warmuz-Stangierska I, Stangierski A, Ziemnicka K, Gołąb M, Zdanowska J, Lodyga M, Komarowska H, Głowacka MD, Ruchała M. Emotional functions in transsexuals after the first step in physical transformation. <i>Endokrynologia Polska</i> 2015; 66(1): 47-52. Li L, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, Zhang J, Zhu X. Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. <i>BMC Women's Health</i> [serial online]. 2015; 15:91. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4620014/ Dostęp: 20.08.2022. Skiba M, Duda S, Nowak D, Kulik A, Waliczek M, Bałasz M, Nowak P. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. <i>Hygeia Public Health</i> 2018; 53(4): 363-370. Cieślak K, Golusiński W. Coping with loss of ability vs. emotional control and self-esteem in women after mastectomy. <i>Reports of Practical Oncology and Radiotherapy</i> [serial online]. 2018; 23: 168-174. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5948419/ Dostęp: 20.08.2022. Lewicka M, Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Sulima M, Wiktor H. Ocena poziomu kontroli emocji u kobiet leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych. <i>Psychiatr. Psychol. Klin.</i> 2012; 12(2): 102-114. Lewicka M, Makara-Studzińska M, Sulima M, Wiktor H. Intensification of anxiety and depression, and personal resources among women during the peri-operative period. <i>Annals of Agricultural and Environmental Medicine</i> [serial online]. 2014; 21(1): 91-97. Dostępny w Internecie: https://www.aem.pl/Intensification-of-anxiety-and-depression-and-personal-resources-among-women-during_72065,0,2.html Dostęp: 20.08.2022. Dziki Ł, Szymczak D, Glińska J, Dziki A. Poziom satysfakcji życiowej u osób ze stonią jelitową a kontrola emocji. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i> 2016; 24 (1): 8-13. Wilczak M, Samulak D, Mojs E, Michalska MM, Ziarko M. Zaburzenia snu oraz emocji u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą. <i>Przegląd Menopauzalny</i> 2011; 2: 147-152. Malinowska-Lipień I, Suder M, Wadas T, Gabrys T, Kózka M, Gniadek A, Brzostek T. The Correlation between Nurses' COVID-19 Infections and Their Emotional State and Work Conditions during the SARS-CoV-2 Pandemic. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2021; 18, 12715. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8657256/ Dostęp: 20.08.2022.
--------------	--

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Jabłońska A. Trafność teoretyczna Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS ze szczególnym uwzględnieniem trafności teoretycznej skali stylu skoncentrowanego na unikaniu. Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach 2015; 1: 31-51. CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Dostępny w Internecie: https://www.practest.com.pl/ciss-kwestionariusz-radzenia-sobie-w-sytuacjach-stresowych Dostęp: 20.08.2022. Bryl N, Czarnecka-Iwańczuk M, Romanowska M, Stanisic MG, Michalak M, Posadzy-Małaczyńska A. Picie alkoholu jako sposób radzenia sobie ze stresem u studentów kierunków medycznych. Psychiatr. Pol. [Serial online]. 2020; 54(2): 265-277. Dostępny w Internecie: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2020/265Bryl_PsychiatrPol2020v54i2.pdf Dostęp: 20.08.2022. Russo A, Santangelo G, Tessitore A, Silvestro M, Trojsi F, De Mase A, Garramone F, Trojano L, Tedeschi G. Coping Strategies in Migraine without Aura: A Cross-Sectional Study. Hindawi Behavioural Neurology [serial online]. 2019; 5808610: 1-7. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6525848/ Dostęp: 20.08.2022. Perković Kovacević M, Pozgain I, Filaković P, Grujić I. Relationship between coping strategies and emotional intelligence among patients with schizophrenia Psychiatria Danubina [serial online]. 2018; 30(3): 299-304. Dostępny w Internecie: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_no3/dnb_vol30_no3_299.pdf Dostęp: 20.08.2022. Bujnowska AM, Rodríguez C, García T, Areces D, Marsh NV. Coping with stress in parents of children with developmental disabilities. International Journal of Clinical and Health Psychology [serial online]. 2021; 21: 100254. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327347/ Dostęp: 20.08.2022.
--------------	---

7. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T, Mroczek B. Preferowane style radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów chorych przewlekle. *Family Medicine & Primary Care Review* [serial online]. 2012; 14(3): 393–395. Dostępny w Internecie: <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-bc7c95a9-39e2-4aa2-8056-c39c081446bb> Dostęp: 20.08.2022.

8. Wiatrowska A. Radzenie sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* [serial online]. 2017; 30(1): 161-170. Dostępny w Internecie: http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_17951_j_2017_30_1_161 Dostęp: 20.08.2022.

9. Rogowska AM, Kuśnierz C, Ochnik D. Changes in Stress, Coping Styles, and Life Satisfaction between the First and Second Waves of the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Cross-Lagged Study in a Sample of University Students. *J. Clin. Med.* [serial online]. 2021; 10: 4025. Dostępny w Internecie: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8432555/> Dostęp: 20.08.2022.

10. Zeng R, Myers L, Lancman M. Post-traumatic stress and relationships to coping and alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* [serial online]. 2018; 57: 70-75. Dostępny w Internecie: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1059-1311\(17\)30794-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1059-1311(17)30794-X) Dostęp: 20.08.2022.

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stressem. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 [1] Moryś J, Majkovicz M, Ogińska-Bulik N, Rynkiewicz A. Właściwości psychometryczne kwestionariusza do diagnozy osobowości typu D (DS14) szacowane na podstawie badania pacjentów z przebyłym zawałem serca. <i>Psychiatria</i> 2006; 3(2): 62-69. Matsuishi Y, Shimojo N, Unoki T, Sakuramoto H, Tokunaga C, Yoshino Y, Hoshino H, Ouchi A, Kawano S, Sakamoto H, Hiramatsu Y, Inoue Y. Type D personality is a predictor of prolonged acute brain dysfunction (delirium/coma) after cardiovascular surgery. <i>BMC Psychology</i> [serial online]. 2019; 7:27. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6498670/ Dostęp: 20.08.2022. Lee SJ, Koh S, Kim BO, Kim B, Kim C. Effect of Type D Personality on Short-Term Cardiac Rehabilitation in Patients With Coronary Artery Disease. <i>Ann Rehabil Med</i> [serial online]. 2018; 42(5): 748-757. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6246854/ Dostęp: 20.08.2022. Denollet J, Conraads VM. Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. <i>Cleveland Clinic Journal of Medicine</i> 2011; 78(1): 13-19. Kaleta A, Zejda J. Ocena rzetelności kwestionariusza osobowości typu D (DS.-14) w badaniu chorych z rakiem jelita grubego <i>Hygeia Public Health</i> 2019; 54(1): 41-47.
--------------	--

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

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012 Religioni U, Czerw A, Deptała A. Patient mental adjustment to selected types of cancer. Psychiatr. Pol. [serial online]. 2018; 52(1): 129–141. Dostępny w Internecie: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2018/129Religioni_PsychiatrPol2018v52i1.pdf Dostęp: 20.08.2022. Czerw A, Religioni U, Szymański F, Nieradko-Helusko A, Mękal D, Hering D, Kowalczyk A, Merks P, Borowska M, Bogdan M. Normalization of the Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer) Questionnaire among Cancer Patients. Int. J. Environ. Res. Public Health [serial online]. 2021; 18: 12603. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8656664/ Dostęp: 20.08.2022. Ośmiałowska E, Misiąg W, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. J. Clin. Med. [serial online]. 2021; 10: 4469. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8509228/ Dostęp: 20.08.2022. Humeniuk E, Wolańska K, Tarkowski Z. Czynniki wpływające na przystosowanie psychiczne do choroby pacjentów po laryngektomii. Otorinolaryngologia 2016; 15(3): 2-8. Krawczyk A. Kontrola bólu u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych przyczynowo i objawowo. Psychoonkologia 2015; 1: 12–18. Rogala D, Mazur A, Maślińska M, Koper K, Wysocka J. Poczucie własnej skuteczności i strategie przystosowania do choroby u pacjentek z nowotworem narządu rodowego. Curr Gynecol Oncol [serial online]. 2015; 13(3): 154-164. Dostępny w Internecie: http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/article.php?id=212 Dostęp: 20.08.2022.
--------------	--

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

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Wrześniowski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenc D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Podręcznik Wydanie czwarte rozszerzone. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2011 Wdowiak A, Makara-Studzińska M, Raczkiewicz D, Cyranka K. Problemy prokreacyjne a nasilenie lęku i depresji u kobiet leczonych z powodu niepłodności. <i>Psychiatr. Pol.</i> [serial online]. 2022; 56(1): 153–170. Dostępny w Internecie: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2022/153Wdowiak_PsychiatrPol2022v56i1.pdf Dostęp: 20.08.2022. Robaszkiewicz-Bouakaz R, Smektała E, Branecka-Woźniak D, Wieder-Huszla S, Owsianowska J, Jurczak A. Poziom nasilenia lęku u pacjentów leczonych chirurgicznie. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> 2019; 73(3) Dostępny w Internecie: http://www.wydawnictwo.um.p.edu.pl/ojs/index.php/pp/article/view/544 Dostęp: 20.08.2022.
--------------	---

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

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 Marczyńska P, Kowalkowska K, Kuczyńska R, Czerwionka-Szaflarska M, Krogulska A. Ocena ekspresji gniewu, funkcjonowania szkolnego i poziomu lęku u dzieci i młodzieży z czynnościowymi bólami brzucha. <i>Developmental Period Medicine</i> 2016; 20(4): 306-314.
--------------	--

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

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Wolańska P, Junik R. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. Enokrynologia Polska 2018; 59(1): 23-28. Łatka J, Majda A, Pyrz B. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(1): 21-28.
--------------	--

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

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plopa M, Makarowski R. Kwestionariusz Poczucia Stresu. Warszawa: Wyd. VIZJA PRESS & IT; 2010 2. Mróz J. Prężność i poczucie stresu a typy zachowań i przeżyć związanych z pracą wśród pielęgniarek. Hygeia Public Health 2014; 49(4): 857-863. 3. Schneider-Matyka D, Róż DA, Szkup M, Jurczak A, Wieder-Huszla S, Grochans E. Analiza wpływu stresu na wypalenie zawodowe pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25(4): 245-251/ 4. Cielecka A, Sielska-Badurek E, Niemczyk K. Poczucie stresu i niepełnosprawności głosu u pacjentów z dysfonią. Otolaryngologia 2017; 16(1): 26-32. 5. Kowalczyk J. Stres psychologiczny w paradygmacie biopsychospołeczny z uwzględnieniem choroby nadciśnieniowej. Colloquium Pedagogika – Nauki o Polityce i Administracji 2021; 1(41): 67-84. 6. Basińska MA, Sołtyś M, Peplińska S, Kawiecka-Dziembowska B, Kwiatkowska J, Borzyszkowska A. Zasoby osobiste – prężność i nadzieja – a elastyczność w radzeniu sobie: moderująca rola poczucia stresu. Psychoonkologia 2017; 21(3): 100-112.
--------------	--

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

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

Narzędzia/ skale psychologiczne mające zastosowanie w świadczeniach zdrowotnych

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021 Mojs E, Kleka P, Głowacka MD, Żarowski M, Gajewska E. Kompetencje życiowe a palenie tytoniu u nauczycieli. <i>Przegląd Lekarski</i> 2007; 64(10): 845-847. Mach A. Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością umysłową w stopniu lekkim. <i>Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej.</i> 2017; 25:202-219. Książdz-Gołębiowska N, Oleś M. Poczucie własnej skuteczności i subiektywna jakość życia u chłopców z ADHD w wieku wczesnoszkolnym. <i>Polskie Forum Psychologiczne</i> 2019; 24(2): 225-240. Grad I, Kiliś-Pstrusińska K. Postrzeganie zdrowia jako wartości osobistej przez młodzież szkół licealnych. <i>Famili Medicine & Primary Care Review</i> 2015; 17(1): 19-23. Talik E, Król K. Lęk szkolny a strategie radzenia sobie ze stresem u dzieci. <i>Moderująca rola uogólnionego poczucia własnej skuteczności.</i> <i>Psychologia Rozwojowa</i> [serial online]. 2014; 19(33): 85-99. Dostępny w Internecie: https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-2084-3879-year-2014-volume-19-issue-3-article-5466 Dostęp: 08.10.2022. Kowalczyk-Romanek M. Poczucie własnej skuteczności a stanowienie o sobie uczniów z dysleksją. <i>Lubelski Rocznik Pedagogiczny</i> 2018; 37(4): 67-78. Janowska M, Tomaszewski R, Woś H. Poczucie własnej skuteczności oraz poziom neurotyzmu u dzieci leczonych z powodu skoliozy za pomocą gorsetu ortopedycznego. <i>Pediatrics Polska</i> [serial online]. 2012; 87(1): 54-57. Dostępny w Internecie: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031393912705942 Dostęp: 08.10.2022. Mizerska-Wasiak M, Adamczuk D, Cichoń-Kawa D, Miklaszewska M, Szymanik-Grzelak H, Pietrzyk JA, Pukajło-Marczyk A, Zwolińska D, Rybi-Szumińska A, Wasilewska A, Bieniaś B, Sikora P, Firszt-Adamczyk A, Stankiewicz R, Szczepańska M, Pańczyk-Tomaszewska M. Health-related quality of life in children with immunoglobulin A nephropathy – results of a multicentre national study. <i>Arch. Med. Sci.</i> [serial online]. 2018; 17(1): 84-91. Dostępny w Internecie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7811315/ Dostęp: 08.10.2022.
--------------	--

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

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

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

Grupa skal	NARZĘDZIA/SKALE PSYCHOLOGICZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE W ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
Nazwa skali w języku polskim	I.2.B.3. Skala Gniewu Klinicznego (CAS)
Nazwa skali w języku angielskim	Clinical Anger Scale (CAS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Snell Jr. William E.
Państwo	USA
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz składa się z 21 stwierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali. Skal służy do pomiaru syndromu gniewu klinicznego. Narzędzie może być stosowane do badań nad rolą gniewu w chorobie niedokrwiennej serca, nadciśnieniu tętniczym, czy badań agresywności związanej z płcią.
Źródło bibliograficzne	Snell Jr. WE, Gum S, Shuck RL, Mosley JA, Kite TL. The clinical anger scale: Preliminary reliability and validity. <i>Journal of Clinical Psychology</i> [serial online]. 1995; 51(2): 215-226. Dostępny w Internecie: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679(199503)51:2%3C215::AID-JCLP2270510211%3E3.0.CO;2-Z Dostęp: 07.10.2022.
Źródło on-line	

I.2.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

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

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

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

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

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

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

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

⁴ *Karpacka Państwowa Uczelnia w Krośnie*

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

⁶ *Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski*

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

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

I. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- I. 3. A. 1. Satysfakcja i Pewność Siebie Studenta w Procesie Uczenia się (SSCL)
- I. 3. A. 2. Kwestionariusz Oceny Technik Edukacyjnych (EPQ)
- I. 3. A. 3. Skala Oceny Scenariusza Symulacyjnego (SDS)

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

- 1. 3. B. 1. Oxford Non Technical Skills Scale (NOTECHS)
- 1. 3. B. 2. Lasater Clinical Judgement Rubric (LCJR)
- 1. 3. B. 3. Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI)
- 1. 3. B. 4. Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)
- 1. 3. B. 5. Simulation Effectiveness Tool - Modified (SET-M)

I. 3. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- I. 3. C. 1. Crisis Recourse Management Global Rating Scale
- I. 3. C. 2. Objective Structured Assessment of Technical Skills – OSATS

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

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

I.3.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

Narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu

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

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

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

Zaznacz:

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. <i>National League for Nursing</i>, 2006:1–17. Dostęp: 1.09.2022. 2. Fitria, D., Puspasari, J., Lestari, P. H. The Effect of Thinking Like a Nurse Simulation as an Online Clinical Learning Method on Nursing Students' Satisfaction and Confidence during the Covid-19 Pandemic. <i>Jurnal Ners</i>, 2021;16(2): 111. https://doi.org/10.20473/jn.v16i2.25701. Dostęp: 1.09.2022. 3. Reis, S. N., Neves, C. C., Alves, D. A., et al. Knowledge, satisfaction, and self-confidence in health professionals: Simulation with manikin versus simulated patient. <i>Revista de Enfermagem Referencia</i>, 2020(3), 1–8. https://doi.org/10.12707/RV20034. Dostęp: 1.09.2022. 4. Saied, H. The Impact of Simulation on Pediatric Nursing Students' Knowledge, Self-Efficacy, Satisfaction, and Confidence. <i>Journal of Education and Practice</i>, 2017;8(11): 95–102. 5. http://ezproxy.lib.uconn.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ1139780&site=ehost-live. Dostęp: 1.09.2022. 6. Al-Hajri, A. The Impact of Simulation-Based Learning on Undergraduate Nursing Students' Satisfaction and Self-Confidence at the Sultan Qaboos University in Oman. <i>Journal of Education and Practice</i>, 2021;12(9): 105–109. https://doi.org/10.7176/jep/12-9-11. Dostęp: 1.09.2022. 7. Zhu, F.-F., Wu, L.-R. The effectiveness of a high-fidelity teaching simulation based on an NLN/Jeffries simulation in the nursing education theoretical framework and its influencing factors. <i>Chinese Nursing Research</i>, 2016;3(3): 129–132. https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.06.016. Dostęp: 1.09.2022. 8. Pence, P. L. Student satisfaction and self-confidence in learning with virtual simulations. <i>Teaching and Learning in Nursing</i>, 2022;17(1): 31–35. https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.07.008. Dostęp: 1.09.2022. 9. Olaussen, C., Heggdal, K., Tvedt, C. R. Elements in scenario-based simulation associated with nursing students' self-confidence and satisfaction: A cross-sectional study. <i>Nursing Open</i>, 2020;7(1): 170–179. https://doi.org/10.1002/nop.2.375. Dostęp: 3.09.2022. 10. Bates TA, Moore LC, Greene D, Cranford JS. Comparing outcomes of active student and observer roles in nursing simulation. <i>Nurse Educ</i>. 2018; DOI: 10.1097/NNE.0000000000000603. Dostęp: 1.09.2022. 11. Gill BK. Translation and validation of the traditional Chinese NLN educational practices questionnaire, simulation design scale and student satisfaction and self-confidence in learning. <i>Journal of Nursing Education and Practice</i>, 2020; 10(8): 47-57. Dostęp: 3.09.2022. 12. Chan, J. C. K., Fong, D. Y. T., Tang, J. J., et al. The chinese student satisfaction and self-confidence scale is reliable and valid. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2015;11(5): 278–283. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.003. Dostęp: 3.09.2022. 13. Unver V, Basakb T, Wattsc P, et al. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. <i>Contemporary Nurse</i> 2017;53(1): 60–74, http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2017.1282319. Dostęp: 3.09.2022. 14. Reiersen IA, Sandvik L, Solli H et al. Psychometric testing of the Norwegian version of the Simulation Design Scale, the Educational Practices Questionnaire and the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale in nursing education, <i>International Journal of Nursing Studies Advances</i>, 2020; 2: 100012, ISSN 2666-142X, https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100012. Dostęp: 3.09.2022. 15. Franklin, A. E., Burns, P., Lee, C. S. Psychometric testing on the NLN Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses. <i>Nurse education today</i>, 2014;34(10): 1298–1304. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.011. Dostęp: 3.09.2022.

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

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

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

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

KWESTIONARIUSZ OCENY TECHNIK EDUKACYJNYCH (EDUCATIONAL PRACTICES QUESTIONNAIRE, EPQ)

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

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

Narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17. Dostęp: 1.09.2022. 2. Adamson, K., A.; Jeffries P., i Rogers K., J. Evaluation: A Critical Step in Simulation Practice and Research. W: Jeffries, P. (red.), Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to Evaluation. Second Edition (p:131:161). National League of Nursing, 2012 3. Hallmark, B. F., Thomas, C. M., Gantt, L. The educational practices construct of the NLN/Jeffries Simulation Framework: State of the science. Clinical Simulation in Nursing, 2014;10(7): 345–352. https://doi.org/10.1016/j.cens.2013.04.006. Dostęp: 10.09.2022. 4. Al Khasawneh E, Arulappan J, Natarajan JR et al. Efficacy of Simulation Using NLN/ Jeffries Nursing Education Simulation Framework on Satisfaction and Self-Confidence of Undergraduate Nursing Students in a Middle Eastern Country. SAGE Open Nursing. January 2021. doi:10.1177/23779608211011316. Dostęp: 10.09.2022.

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

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

Narzędzia standaryzowane w symulacji w naukach medycznych i naukach o zdrowiu

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

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

SKALA OCENY SCENARIUSZA SYMULACYJNEGO

(SIMULATION DESIGN SCALE, SDS)

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

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jeffries, P. R., Rizzolo, M. A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site, multi-method study. National League for Nursing, 2006:1–17. Dostęp: 1.09.2022. 2. Adamson, K., A.; Jeffries P., i Rogers K., J. (2012). Evaluation: A Critical Step in Simulation Practice and Research. W: Jeffries, P. (red.), Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to Evaluation. Second Edition (s:131:161). National League of Nursing 3. Zhu, F.-F., Wu, L.-R. The effectiveness of a high-fidelity teaching simulation based on an NLN/Jeffries simulation in the nursing education theoretical framework and its influencing factors. Chinese Nursing Research, 2016;3(3), 129–132. https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.06.016. Dostęp: 20.09.2022. 4. Olaussen, C., Heggdal, K., Tvedt, C. R. Elements in scenario-based simulation associated with nursing students' self-confidence and satisfaction: A cross-sectional study. Nursing Open, 2020;7(1): 170–179. https://doi.org/10.1002/nop2.375. Dostęp: 20.09.2022. 5. Albagawi, B. S., Grande, R. A. N., Berdida, D. J. E., et al. Correlations and predictors of nursing simulation among Saudi students. Nursing Forum, May, 2021:1–9. https://doi.org/10.1111/nuf.12591. Dostęp: 20.09.2022. 6. D'Souza MS, Venkatesaperumal R, Chavez FS, Parahoo K, Jacob D Effectiveness of Simulation among Undergraduate Students in the Critical Care Nursing. Int Arch Nurs Health Care 2017: 3:084. doi.org/10.23937/2469-5823/1510084. Dostęp: 20.09.2022.

<ol style="list-style-type: none"> 7. Pinar, G. The Effects of High Fidelity Simulation on Nursing Students' Perceptions and Self-Efficacy of Obstetric Skills. <i>International Archives of Nursing and Health Care</i>, 2015;1(1). https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510008. Dostęp: 20.09.2022. 8. Roh, Y. S., Jang, K. I., & Issenberg, S. B. Nursing students' perceptions of simulation design features and learning outcomes: The mediating effect of psychological safety. <i>Collegian</i>, 2021;28(2): 184–189. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.06.007. Dostęp: 20.09.2022. 9. Uslu, Y., Kocatepe, V., Ünver, V., Karabacak, Ü. Effectiveness Of Simulation-Based Cooperative Learning Method Electrocardiography Education. <i>Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi</i>, 2021;12(3): 662–669. https://doi.org/10.31067/acusaglik.849615. Dostęp: 20.09.2022. 10. Unver V, Basakb T, Wattsc P, et al. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. <i>Contemporary Nurse</i> 2017;53(1): 60–74, http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2017.1282319. Dostęp: 20.09.2022. 11. Gill BK. Translation and validation of the traditional Chinese NLN educational practices questionnaire, simulation design scale and student satisfaction and self-confidence in learning. <i>Journal of Nursing Education and Practice</i>, 2020; 10(8): 47-57. Dostęp: 20.09.2022. 12. Franklin, A. E., Burns, P., Lee, C. S. Psychometric testing on the NLN Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses. <i>Nurse education today</i>, 2014;34(10): 1298–1304. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.011. Dostęp: 20.09.2022. 13. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA et al. Validation for the Portuguese language of the Simulation Design Scale. <i>Texto Contexto Enferm, Florianópolis</i>, 2015; 24(4): 934-40. Dostęp: 20.09.2022. 14. Reieron IA, Sandvik L, Solli H et al. Psychometric testing of the Norwegian version of the Simulation Design Scale, the Educational Practices Questionnaire and the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale in nursing education, <i>International Journal of Nursing Studies Advances</i>, 2020; 2: 100012, ISSN 2666-142 X, https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100012. Dostęp: 20.09.2022. 15. Grande RA, Berdida DJ, Madkhali N, et al. Psychometric validity of the Arabic versions of the Simulation Design Scale, Educational Practices Questionnaire, and the Students Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale among Saudi nursing students. <i>Teaching and Learning in Nursing</i>. 2022;17(2):210-219 DOI: 10.1016/j.teln.2022.01.010. Dostęp: 20.09.2022. 16. Dziennik Ustaw 2019, poz. 1573; Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dostęp: 20.09.2022.

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

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

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

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

Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanner Ch. Rthinking like a nurse: a Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. <i>Journal of Nursing Education</i> 2006; 45(6); 204-211 2. Miraglia R. Asselin M. The Lasater Clinical Judgment Rubric as a Framework to Enhance Clinical Judgment in Novice and Experienced. <i>Nurses Journal for Nurses in Professional Development</i> 2015; 31(5); 284-291 3. Adamson K. Gubrud P. Sideras S. Lasater K. Assessing the Reliability, Validity, and Use of the Lasater Clinical Judgment Rubric: Three Approaches. <i>Journal of Nursing Education</i> 2011; 51(2) 4. Ashcraft A, Opton L, Bridges R, et al.. Simulation Evaluation Using a Modified Lasater Clinical Judgment Rubric. <i>Teaching with technology / simulation evaluation</i> 201; 34(2); 122-126
Źródło on-line	https://doi.org/10.3928/01484834-20071101-04 Dostęp 03.09.2022

Grupa skal	NARZĘDZIA STANDARYZOWANE W SYMULACJI W NAUKACH MEDYCZNYCH I NAUKACH O ZDROWIU
Nazwa skali w języku polskim	I.3.B.3. Narzędzie oceny kompetencji Creighton (CCEI) (Brak oryginalnego tłumaczenia na język polski)
Nazwa skali w języku angielskim	The Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Martha Todd, Kimberly Hawkins, Maribeth Hercinger, Julie Manz, Mary Tracy, Lindsey Iverson
Państwo	Creighton University, California, Stany Zjednoczone
Krótką charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>CCEI został opracowany w 2014 roku w Stanach Zjednoczonych podczas projektu badawczego (<i>National Council of States Boards of Nursing National Simulation Study</i> -NCSBN NSS) jako narzędzie oceny zarówno symulacji, jak i tradycyjnych ćwiczeń klinicznych w programach kształcenia przeddyplomowego [1]. Gdzie indziej instrument został użyty w badaniach nad wpływem stylu prebriefingu [2,3], techniki oceny i strategii debriefingu [4], podczas „symulacji końca życia” w opiece paliatywnej [5] oraz porównano wpływ zajęć symulacyjnych wysokiej wierności z tradycyjnym szkoleniem klinicznym [6] na ocenę kliniczną, postrzeganie i wiedzę wśród studentów pielęgniarstwa. Ponadto w analizie wrażliwości na zmęczenie i wydajności opieki nad pacjentem wśród pielęgniarek pracujących na 12-godzinnej zmianie dziennej lub nocnej potwierdzono skuteczność C-CEI jako narzędzia ewaluacji [7,8]. Także Sabre i in. (2017) przeprowadzili interdyscyplinarną symulację pracowników ochrony zdrowia w scenariuszu wypadków masowych z wykorzystaniem tej oceny umiejętności [9]. C-CEI zostało także zasugerowane jako jedno z narzędzi przydatnych w egzaminowaniu OSCE [10].</p> <p>Protokół ocenia 22 umiejętności podzielone na cztery kategorie: Ocena stanu pacjenta, Komunikacja, Diagnoza kliniczna i Bezpieczeństwo pacjenta. Mechanizm oceny kompetencji zorientowany jest na osiągnięcie „minimalnego oczekiwanego zachowania” określone dla każdej pozycji narzędzia w postaci punktacji: 1 = Kompetentny, 2 = Niekompetyentny [11]. To bezpłatne, dostępne do pobrania, dwustronicowe narzędzie jest używane, według autorów, przez ponad 190 organizacji, w tym Krajową Radę Stanowych Izb Pielęgniarskich i Narodową Ligę Pielęgniarską [12].</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hayden, J., Keegan, M., Kardong-Edgren, S., Smiley, R. A. Reliability and validity testing of the Creighton Competency Evaluation Instrument for use in the NCSBN National Simulation Study. <i>Nursing Education Perspectives</i>, 2014;35(4):244-252. doi: 10.5480/13-1130.1

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Page-Cuttrara, K., Turk, M. . Impact of prebriefing on competency performance, clinical judgment and experience in simulation: An experimental study. <i>Nurse Education Today</i>, 2017;48: 78-83. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.012 3. Brennan, B. A. The impact of self-efficacy based prebriefing on nursing student clinical competency and self-efficacy in simulation: An experimental study. <i>Nurse Education Today</i>, 2022, 109, 105260. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105260 4. Cockerham, M. E. Effect of faculty training on improving the consistency of student assessment and debriefing in clinical simulation. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2015;11(1): 64-71. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2014.10.011 5. Kirkpatrick, A. J., Cantrell, M. A., Smeltzer, S. C. Relationships among nursing student palliative care knowledge, experience, self-awareness, and performance: An end-of-life simulation study. <i>Nurse education today</i>, 2019;73: 23-30. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.003 6. Raman, S., Labrague, L. J., Arulappan, J., et al. Traditional clinical training combined with high-fidelity simulation-based activities improves clinical competency and knowledge among nursing students on a maternity nursing course. In <i>Nursing Forum</i>. 2019;54(3): 434-440 https://doi.org/10.1111/nuf.12351 7. Wilson, M., Elkins-Brown, N., James, L., et al. Psychometric Evaluation of the Creighton Competency Evaluation Instrument in a Population of Working Nurses. <i>Journal of Nursing Measurement</i>. 2021 DOI: 10.1891/JNM-D-20-0008 8. Elder, L. Simulation: A tool to assist nursing professional development practitioners to help nurses to better recognize early signs of clinical deterioration of patients. <i>Journal for Nurses in Professional Development</i>, 2017;33(3):127-130. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000342. 9. Saber D., Strout K., Caruso L., et al. An interprofessional approach to continuing education with mass casualty simulation: Planning and execution. <i>Journal of Continuing Education in Nursing</i>, 2017;48(10): 447-453. https://doi.org/10.3928/00220124-20170918-05 10. Adamson, K. A., Kardong-Edgren, S., & Willhaus, J. An updated review of published simulation evaluation instruments. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2013;9(9): e393-e400. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2012.09.004 11. Manz, J. A., Tracy, M., Hercinger, M., et al. Assessing Competency: An Integrative Review of The Creighton Simulation Evaluation Instrument (C-SEI) and Creighton Competency Evaluation Instrument (C-CEI). <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2022;66: 66-75. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.02.003 12. https://www.creighton.edu/nursing/academics/competency-evaluation-instrument_Data dostępu 30.09.2022
Źródło on-line	https://www.creighton.edu/nursing/academics/competency-evaluation-instrument

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

<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>Narzędzie DASH zostało stworzone przez Centrum Symulacji Medycznej przy Harvard Medical School. Ocenia ono techniki wykorzystywane do przeprowadzania debriefingu poprzez badanie konkretnych zachowań. Składa się z sześciu komponentów, z których każdy jest oceniany na 7-punktowej skali Likerta. Główne elementy to: tworzenie angażującego środowiska uczenia się, utrzymywanie uwagi, zorganizowany sposób prowadzenia debriefingu, prowokowanie angażującej dyskusji, identyfikowanie i badanie luk w postępowaniu oraz pomaganie uczestnikom w osiągnięciu lub utrzymywaniu dobrych wyników w przyszłości [1].</p> <p>DASH© to narzędzie pomagające w rozwijaniu i ocenianiu umiejętności podsumowujących [2]. Choć istnieje kilka narzędzi do ewaluacji debriefingu w poszczególnych specjalizacjach to Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare jest uniwersalny dla różnych dziedzin opieki zdrowotnej [3]. Został użyty w ocenie sesji podsumowującej podczas szkolenia z resuscytacji noworodków [4], w nauczaniu interdyscyplinarnym [5], czy w sesjach Escape Room [6]. W badaniach w Uniwersytecie Stanforda i dwóch centrach symulacji w Australii wykazano, że wykorzystanie pomiarów danych ilościowych poprzez DASH do budowania informacji zwrotnych poprawia wydajność klinicystów, ale ich użyteczność jest ograniczona subiektywnością i złożonością [7]. Jednakże różnica w perspektywie odbioru podsumowania przez instruktora i studenta okazała się stosunkowo niewielka nawet podczas wirtualnego debriefingu [8]. Także w badaniach Adamsa i wsp. (2018) udowodniono w oparciu o protokół DASH, że zarówno rezydenci jak i wykładowcy zapewniają podobną jakość nauczania symulacyjnego [9]. Dobrą praktyką może być wskazany w badaniach Tanoubi i wsp. (2019) kurs stosowania DASH, który pozwolił początkującym instruktorom symulacji poprawić swoje ogólne umiejętności w zakresie przeprowadzania debriefingu, w tym: utrzymywanie zaangażowania uczestników, podsumowanie w zorganizowany sposób, prowokowanie angażującej dyskusji, identyfikowanie i badanie luk w wydajności [10]. Wyniki uzyskane w tym narzędziu były znacząco wyższe w połączonej grupie debriefingowej w stosunku do debriefingu prowadzonego przez instruktora oraz w porównaniu z podsumowaniem uczestników [11].</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rojas, D. E., Parker, C. G., Schams, K. A., McNeill, J. A.. Implementation of best practices in simulation debriefing. <i>Nursing Education Perspectives</i>, 2017;38(3), 154-156. doi: 10.1097/01.NEP.000000000000111 2. Couto, T. B., Matos, F. M., de Toledo Rodovalho, P. D., et al. Translation of the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare in Portuguese and cross-cultural adaptation for Portugal and Brazil. <i>Advances in Simulation</i>, 2021;6(1): 1-7. https://doi.org/10.1186/s41077-021-00175-z 3. Brett-Fleegler, M., Rudolph, J., Eppich, W., et al. Debriefing assessment for simulation in healthcare: development and psychometric properties. <i>Simulation in Healthcare</i>, 20127(5): 288-294. DOI:10.1097/SIH.0b013e3182620228 4. Durand, C., Secheresse, T., & Leconte, M. The use of the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) in a simulation-based team learning program for newborn resuscitation in the delivery room. <i>Archives de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie</i>, 2017;24(12): 1197-1204. 5. Brown, D. K., Wong, A. H., Ahmed, R. A. Evaluation of simulation debriefing methods with interprofessional learning. <i>Journal of Interprofessional Care</i>, 2018;32(6): 779-781. https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1500451 6. Carroll, J. A., Morse, K. J. Engaging Learners in Productive Struggle: Escape Rooms as a Teaching Tool. <i>Journal of Nursing Education</i>, 2022:1-4. https://doi.org/10.3928/01484834-20220413-01 7. Coggins, A., Hong, S. S., Baliga, K., Halamek, L. P. Immediate faculty feedback using debriefing timing data and conversational diagrams. <i>Advances in Simulation</i>, 2022;7(1): 1-10. DOI: 10.1016/j.arcped.2017.09.017

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

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

	Ponadto w badaniach podczas kształcenia przeddyplomowego, dzięki wynikom powyższego kwestionariusza, określono wirtualny program dla pielęgniarstwa jako skuteczne zastępujący praktykę kliniczną. Interesujący jest fakt wynikający z przetestowania tego narzędzia, iż debriefing pozostaje istotnym elementem każdego typu symulacji [5]. Także w badaniu Palmer i wsp. (2019) większość uczestników zdecydowanie zgodziła się co do skuteczności i pozytywnego wpływu prebriefingu, a zwłaszcza debriefingu, na ich pewność siebie, wiedzę i praktykę za pomocą narzędzia SET-M [6]. Z kolei ocena symulacji in situ poprzez ten instrument okazała się skuteczna w przygotowaniu medyków na wyzwania związane z COVID-19 [7].
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cordi, V. L. E., Leighton, K., Ryan-Wenger, N., et al. History and development of the simulation effectiveness tool (SET). <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2012;8(6): e199-e210. doi:10.1016/j.ecns.2011.12.001. 2. Leighton K, Ravert P, Mudra V, Macintosh Updating the Simulation Effectiveness Tool: Item Modifications and reevaluation of Psychometric Properties. <i>Nurs Educ Perspect</i>. 2015;36(5):317–323. doi: 10.5480/15-1671. 3. Decker, S., Alinier, G., Crawford, S. B., et al. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ The Debriefing Process. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2021;58: 27-32. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011. Data dostępu 30.09.2022 4. https://sites.google.com/view/evaluatinghealthcaresimulation/set-m Data dostępu 30.09.2022 5. Sharoff, L. Student's Perception of vSim for Nursing® using the Simulation Effectiveness Tool—Modified. <i>Clinical Simulation in Nursing</i>, 2022; 68: 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.04.006 Data dostępu 30.09.2022 6. Palmer, E., Labant, A. L., Edwards, T. F., Boothby, J. A collaborative partnership for improving newborn safety: Using simulation for neonatal resuscitation training. <i>The Journal of Continuing Education: Thorofare</i>, 2019;50(7): 319-324. Doi: 10.3928/00220124-20190612-07. 7. Sharara-Chami, R., Sabouneh, R., Zeineddine, R., et al. In situ simulation: an essential tool for safe preparedness for the COVID-19 pandemic. <i>Simulation in Healthcare</i>, 2020;15(5): 303-309. doi: 10.1097/SIH.0000000000000504.
Źródło on-line	https://www.caehealthcare.com/media/files/Simulation-Effectiveness-Tool.pdf

I.3.C. Przykłady skal powszechnie stosowanych

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

	<p>(ang. <i>situational awareness skills</i>), umiejętności wykorzystania zasobów (ang. <i>resource utilizations skills</i>), umiejętności komunikacyjne (ang. <i>communication skills</i>) [2]. Do oceny wyżej wymienionych obszarów użyto 7 - punktowej skali Likert'a, gdzie „1” oznacza nowicjusza (wszystkie umiejętności wymagają poprawy), „3” oznacza nowicjusza z pewnym doświadczeniem (wiele umiejętności wymaga poprawy), „5” z kolei określa uczestnika kompetentnego (większość umiejętności wymaga drobnej poprawy) a „7” definiuje osobę w pełni kompetentną (niewiele bądź żadne umiejętności nie wymagają poprawy) [3].</p> <p>Skala ottawska jest powszechnie stosowana, gdyż istnieją liczne badania dotyczące oceny satysfakcji i współpracy: w zespołach urazowych [4], zespołach intensywnej terapii [5], wśród studentów kierunku lekarskiego [6], anestezjologów [7], czy pielęgniarek dyplomowanych [8].</p> <p>Gillman i in. wykorzystali niniejszą skalę w badaniu dotyczącym oceny satysfakcji i współpracy w zespołach urazowych, gdzie jak przedstawiają wyniki nastąpiła poprawa umiejętności zarządzania zasobami kryzysowymi podczas kursu symulacji wysokiej wierności [4]. Również Lucas i in. wykorzystali omawiane narzędzie podczas zajęć symulacyjnych wysokiej wierności oceniając zdolność pielęgniarek dyplomowanych do zarządzania w sytuacjach kryzysowych [8]. Badanie perspektywne obserwacyjne z użyciem Ottawskiej skali zarządzania kryzysowego przeprowadzili Ellington oraz Farrukh, na grupie 46 studentów. Badani brali udział w scenariuszach symulujących pole bitwy, gdzie jak dowodzą wyniki umiejętności przywódcze są istotnymi umiejętnościami poza klinicznymi w pracy lekarza [6].</p> <p>Interesujące badanie z użyciem przedstawionego narzędzia zostało przeprowadzone przez zespół norweskich badaczy, którzy w warunkach symulowanych podjęli się próby określenia wydajności pracy zespołu intensywnej terapii, z udziałem 53 pielęgniarek. Wyniki niniejszego badania dowodzą, iż korzystanie z ocen pielęgniarek dyplomowanych jest istotne z punktu widzenia podnoszenia świadomości związanej z pracą zespołu. Przekłada się to bowiem na jakość świadczonej opieki, a tym samym na bezpieczeństwo pacjenta [5].</p> <p>Jirativanont i wsp. (2017) porównując ze skalą ANTS dowiedli, iż Ottawa GRS była bardziej praktyczna, miała wyższą wiarygodność, zaś oceniający zgłosili większą łatwość użycia [7].</p> <p>Ponadto, skala z powodzeniem została zaadaptowana i zwalidowana na język hiszpański [9] i włoski [10] osiągając bardzo dobre wartości psychometryczne. Podsumowując, wszystkie badania związane z adaptacją kulturową oraz walidacją psychometryczną skali dowodzą jej rzetelności i trafności na bardzo wysokim poziomie. Tym samym może być z powodzeniem używana do oceny zarządzania zespołem w sytuacjach kryzysowych w warunkach symulowanych.</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kim J, Neilipovitz D, Cardinal P, Chiu M, Clinch J. A pilot study using high-fidelity simulation to formally evaluate performance in the resuscitation of critically ill patients: The University of Ottawa Critical Care Medicine, High-Fidelity Simulation, and Crisis Resource Management I Study. <i>Crit Care Med.</i> 2006; 34: 2167–74. Dostęp: 28.09.2022 r. 2. Clarke, S., Horeczko, T., Carlisle, M., et al. Emergency medicine resident crisis resource management ability: a simulation-based longitudinal study. <i>Medical education online</i>, 2014;19(1): 25771. Dostęp: 28.09.2022 r. 3. Kim J, Neilipovitz D, Cardinal P, Chiu M. A comparison of global rating scale and checklist scores in the validation of an evaluation tool to assess performance in the resuscitation of critically ill patients during simulated emergencies (abbreviated as ‘CRM simulator study IB’). <i>Simul Healthc.</i> 2009; 4: 6–16. Dostęp: 28.09.2022 r.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Gillman, L. M., Brindley, P., Paton-Gayet al. Simulated Trauma and Resuscitation Team Training course—evolution of a multidisciplinary trauma crisis resource management simulation course. <i>The American Journal of Surgery</i>, 2016;212(1): 188-193. Dostęp: 28.09.2022 r. 5. Ballangrud, R., Persenius, M., Hedelin, B., et al. Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, - expert raters' assessments versus self-assessments: An explorative study. <i>BMC Nursing</i>. 2014;13: 47. 10.1186/s12912-014-0047-5. Dostęp: 27.09.2022 r. 6. Ellington, M., Farrukh, S. Are battlefield and prehospital trauma scenarios an effective educational tool to teach leadership and crisis resource management skills to undergraduate medical students?. <i>BMJ Mil Health</i>, 2020;166(E): e34-e37. Dostęp: 28.09.2022 r. 7. Jirativanont T, Raksamani K, Aroonpruksakul N, Apidechakul P, Suraseranivongse S. Dowód ważności narzędzi oceny umiejętności nietechnicznych w zarządzaniu kryzysowym symulowanym znieczuleniem. <i>Znieczulenie i intensywne terapia</i> . 2017;45(4):469-475. doi: 10.1177/0310057X1704500410. Dostęp: 30.09.2022 r. 8. Lucas, A., Edwards, M., Harder, N., et al. Teaching Crisis Resource Management Skills to Nurses Using Simulation. <i>The Journal of Continuing Education in Nursing</i>, 2020;51(6): 257-266. Dostęp: 28.09.2022 r. 9. Ballang Sánchez-Marco, M., Escribano, S., Cabañero-Martínez, M. J., et al. Cross-cultural adaptation and validation of two crisis resource management scales. <i>International Emergency Nursing</i>, 2021;57: 101016. DOI: 10.1016/j.ienj.2021.101016. Dostęp: 28.09.2022 r. 10. Franc JM, Verde M, Ripoll Gallardo A, et al. An Italian version of the Ottawa Crisis Resource Management Global Rating Scale: a reliable and valid tool for assessment of simulation performance. <i>Intern Emerg Med</i> 2017;12:651–6. https://doi.org/10.1007/s11739-016-1486-7. Dostęp: 28.09.2022 r.
Źródło on-line	https://simulationcanada.ca/scenario/ottawa-crisis-resource-management-global-rating-scale-ottawa-grs/

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

	<p>Skala została również przetłumaczona i zaadaptowana przez badaczy brazylijskich na język portugalski [3]. Badania wykazały trafność i wiarygodność narzędzia OSATS.</p> <p>W innym badaniu oceniano przydatność skali OSATS do oceny umiejętności technicznych chirurgów [4]. W piśmiennictwie zidentyfikowano sześć obiektywnych narzędzi służących do oceny umiejętności technicznych chirurga. Wykazano, że jedynie skala OSATS była w stanie rozróżnić chirurgów o różnym poziomie umiejętności i wykazała związek między poziomem umiejętności a wynikami pooperacyjnymi. W innym badaniu wykorzystano skalę OSATS do porównania skuteczności dwóch metod nauczania umiejętności technicznych w grupie 137 studentów medycyny [5], wykazując rzetelność i trafność tego narzędzia.</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Martin JA, Regehr G, Reznick R, et al. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. <i>Br J Surg.</i> 1997 Feb;84(2):273-8. doi: 10.1046/j.1365-2168.1997.02502.x. PMID: 9052454. 2. Hatala, R., Cook, D.A., Brydges, R. et al. Constructing a validity argument for the Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS): a systematic review of validity evidence. <i>Adv in Health Sci Educ</i> 2015;20: 1149–1175. https://doi.org/10.1007/s10459-015-9593-1 3. Campos, M. E. C., de Oliveira, M. M. R., de Assis, L. B., et al. Validation of the objective structured assessment of technical skill in Brasil. <i>Revista da Associação Medica Brasileira</i>, 2020;66(3):328–333. https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.3.328 4. Frazer A, Tanzer M. Hanging up the surgical cap: Assessing the competence of aging surgeons. <i>World J Orthop.</i> 2021 Apr 18;12(4):234-245. doi: 10.5312/wjo.v12.i4.234. PMID: 33959487; PMCID: PMC8082508. Dostępny w Internecie https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8082508/ (Dostęp 27.09.2022) 5. Hilal Z, Kumpernatz AK, Rezniczek GA, et al. A randomized comparison of video demonstration versus hands-on training of medical students for vacuum delivery using Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS). <i>Medicine (Baltimore).</i> 2017;96(11):e6355. doi: 10.1097/MD.0000000000006355. PMID: 28296771; PMCID: PMC5369926. Dostępny w Internecie https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369926/ (Dostęp 27.09.2022)
Źródło on-line	<p>http://cirugiainimamenteinvasiva.es/SurgTTT-eLearning/index.php/en/mod8-2/assess-the-resident-progression/26-page-6-objective-structured-assessment-of-technical-skills-osats Dostęp 27.09.2022</p>

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

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

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

	<p>Skuteczność tego narzędzia została potwierdzona w licznych publikacjach dotyczących oceny umiejętności w warunkach bloku operacyjnego [5], czy ewaluacji komunikacji interdyscyplinarnej oraz komunikacji z pacjentem [6]. Kolejnym analizowanym w piśmiennictwie zjawiskiem stosowania ANTS jest korzystny wpływ ćwiczeń w warunkach symulacyjnych na rozwój umiejętności pozatechnicznych [7] i utrzymywanie się ich kilka miesięcy po zakończeniu szkolenia [8].</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wróblewski, Ł., Janiszewska, A. Umiejętności pozatechniczne w anestezjologii. <i>Anesthesiology & Rescue Medicine/Anestezjologia i Ratownictwo</i>, 2019; 13: 365-374 2. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, et al. Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. <i>Br J Anaesth</i>. 2003; 90:580-8. https://doi.org/10.1093/bja/aeg112. 3. Flin, R., Patey, R., Glavin, R., et al. Anaesthetists' non-technical skills. <i>British journal of anaesthesia</i>, 2010;105(1): 38-44. https://doi.org/10.1093/bja/aeq134. 4. Flin, R., Patey, R. Improving patient safety through training in non-technical skills. <i>BMJ</i>, 2009;339. https://doi.org/10.1136/bmj.b3595. 5. Boet, S., Larrigan, S., Martin, L., et al. Measuring non-technical skills of anaesthesiologists in the operating room: a systematic review of assessment tools and their measurement properties. <i>British Journal of Anaesthesia</i>, 2018;121(6): 1218-1226. https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.07.028. 6. Smith, A. F., Mishra, K. Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. <i>British Journal of Anaesthesia</i>, 2010;105(1): 60-68. https://doi.org/10.1093/bja/aeq132. 7. Müller, M. P., Hänsel, M., Fichtner, A., et al. Excellence in performance and stress reduction during two different full scale simulator training courses: a pilot study. <i>Resuscitation</i>, 2009;80(8): 919-924. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.04.027. 8. Naik, V., Savoldelli, G., Joo, H., et al. Durability of non-technical skills after simulation training. <i>Canadian Journal of Anaesthesia</i>, 2007;54(1): 40561-40561. https://doi.org/10.1007/BF03019886.
<p>Źródło on-line</p>	<p>https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)37551-7/fulltext Polska wersja: https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2020/03/AiR_4_2019_09.pdf</p>

I.4. Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

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

¹ *Katolicki Uniwersytet Lubelski*

² *Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie*

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

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

I. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

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

Skrócony Test Sprawności Umysłowej

Imię i Nazwisko PESEL:

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

Źródło: Romanik W., Łazarewicz M.: Wersja polska Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) – problemy metodologiczne / The Polish version of the Abbreviated Mental Test Score (AMTS) – methodology issues *PSYCHIATR PSYCHOL KLIN* 2017, 17 (3), p. 203–207 DOI: 10.15557/PiPK.2017.0024 <https://nursing.com.pl/artukul/kompleksowa-ocena-geriatryczna-kog-przeglad-testow-i-skalf3e9cd299dc40003dcdelfa>

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Hodkinson HM. Ocena wyniku testu psychicznego do oceny upośledzenia umysłowego osób starszych . <i>Wiek Starzenie się</i> . 1972; 1 (4) : 233–238. [PubMed] [Google Scholar] Kocemba J, Grodzicki T. Geriatryczne Skale Oceny. Zarys Gerontologii Klinicznej. Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000. s. 142–151. Romanik W, Łazarewicz M. Polska wersja Skróconego Testu Psychicznego (AMTS) – zagadnienia metodologiczne. <i>Psychiatria I Psychologia Kliniczna</i>. 2017; 17 :203–207. doi: 10.15557/PiPK.2017.0024. [CrossRef] [Google Scholar] Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Via Medica, Gdańsk 2006: 68–75. Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej opracowane w ramach projektu systemowego Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Praca zbiorowa pod redakcją Barbary Bień i Katarzyny Broczek. Warszawa 2012 https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorow_programow.pdf
--------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Bień B, Błądowski P, Broczek K et al.: Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. <i>Gerontol Pol</i> 2013; 21: 33–47. 7. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. <i>Age Ageing</i>. 1991 Sep;20(5):332-6. doi: 10.1093/ageing/20.5.332. PMID: 1755388. 8. Piotrowicz K, Romanik W, Skalska A, Gryglewska B, Szczerbińska K, Derejczyk J, Krzyżewski RM, Grodzicki T, Gąsowski J. The comparison of the 1972 Hodkinson's Abbreviated Mental Test Score (AMTS) and its variants in screening for cognitive impairment. <i>Aging Clin Exp Res</i>. 2019 Apr;31(4):561-566. doi: 10.1007/s40520-018-1009-7. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30062669; PMCID: PMC6439164. 9. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. <i>Psychogeriatrics</i>. 2017 Nov;17(6):460-465. doi: 10.1111/psyg.12276. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28589659. 10. Rashedi V, Rezaei M, Foroughan M, Delbari A. Validity and reliability of the depression in old age scale (DIA-S) in Iranian older adults. <i>Arch Gerontol Geriatr</i>. 2016 Sep-Oct;66:193-7. doi: 10.1016/j.archger.2016.06.009. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27351463. 11. Wiles MD, Moran CG, Sahota O, Moppett IK. Nottingham Hip Fracture Score jako predyktor rocznej śmiertelności u pacjentów poddawanych chirurgicznej naprawie złamania szyjki kości udowej. <i>Br J Anaesth</i>. 2011;106(4):501–504. – PubMed 12. Maxwell MJ, Moran CG, Moppett IK. Opracowanie i walidacja przedoperacyjnego systemu punktacji do przewidywania 30-dniowej śmiertelności u pacjentów poddawanych operacji złamania szyjki kości udowej. <i>Br J Anaesth</i>. 2008;101(4):511–517. – PubMed 13. Doroszkiewicz H, Sierakowska M, Lewko J et al.: Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznaczniem zakresu opieki pielęgniariskiej. <i>Probl Pielęg</i> 2014; 22: 258–264. 14. Dziechciaż M, Guty E, Wojtowicz A et al.: Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. <i>Nowiny Lek</i> 2012; 81: 26–30 15. Ślusarska B, Nowicki GJ, Bartoszek A et al.: Health problems of the elderly aged 65–75 years supervised by a community nurse. <i>Gerontol Pol</i> 2016; 24: 17–25 16. Peters KA, Howe TJ, Rossiter D, Hutchinson KJ, Rosell PA. The Abbreviated Mental Test Score; Is There a Need for a Contemporaneous Update? <i>Geriatr Orthop Surg Rehabil</i>. 2021 Mar 11;12:21514593211001047. doi: 10.1177/21514593211001047. PMID: 34868721; PMCID: PMC8634377. 17. Emery A, Wells J, Klaus SP, Mather M, Pessoa A, Pendlebury ST. Underestimation of Cognitive Impairment in Older Inpatients by the Abbreviated Mental Test Score versus the Montreal Cognitive Assessment: Cross-Sectional Observational Study. <i>Dement Geriatr Cogn Dis Extra</i>. 2020 Dec 15;10(3):205-215. doi: 10.1159/000509357. PMID: 33569076; PMCID: PMC7841750. 18. Kuliński W, Figura-Bock M. SELECTED PROBLEMS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS IN A NURSING AND CARE INSTITUTION. <i>Wiad Lek</i>. 2022;75(7):1613-1621. doi: 10.36740/WLek202207101. PMID: 35962669. 19. Kańtoch A, Wójkowska-Mach J, Wizner B, Heczko P, Grodzicki T, Gryglewska B. What factors influence the long-term survival of nursing home residents with severe disabilities? <i>Folia Med Cracov</i>. 2021;61(1):67-79. PMID: 34185769.
Załącznik nr 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evered LA, Chan MTV, Han R, Chu MHM, Cheng BP, Scott DA, Pryor KO, Sessler DI, Veselis R, Frampton C, Sumner M, Ayeni A, Myles PS, Campbell D, Leslie K, Short TG. Anaesthetic depth and delirium after major surgery: a randomised clinical trial. <i>Br J Anaesth</i>. 2021 Nov;127(5):704-712. doi: 10.1016/j.bja.2021.07.021. Epub 2021 Aug 28. PMID: 34465469; PMCID: PMC8579421.

<ol style="list-style-type: none"> 2. Piotrowicz K, Romanik W, Skalska A, Gryglewska B, Szczerbińska K, Derejczyk J, Krzyżewski RM, Grodzicki T, Gąsowski J. The comparison of the 1972 Hodkinson's Abbreviated Mental Test Score (AMTS) and its variants in screening for cognitive impairment. <i>Aging Clin Exp Res</i>. 2019 Apr;31(4):561-566. doi: 10.1007/s40520-018-1009-7. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30062669; PMCID: PMC6439164. 3. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. <i>Psychogeriatrics</i>. 2017 Nov;17(6):460-465. doi: 10.1111/psyg.12276. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28589659. 4. Peters KA, Howe TJ, Rossiter D, Hutchinson KJ, Rosell PA. The Abbreviated Mental Test Score; Is There a Need for a Contemporaneous Update? <i>Geriatr Orthop Surg Rehabil</i>. 2021 Mar 11;12:21514593211001047. doi: 10.1177/21514593211001047. PMID: 34868721; PMCID: PMC8634377. 5. Tafiadis D, Ziavra N, Prentza A, Siafaka V, Zarokanellou V, Voniati L, Konitsiotis S. Validation of the Greek version of the Abbreviated Mental Test Score: Preliminary findings for cognitively impaired patients of different etiology. <i>Appl Neuropsychol Adult</i>. 2022 Sep-Oct;29(5):1003-1014. doi: 10.1080/23279095.2020.1835915. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33119404. 6. Emery A, Wells J, Klaus SP, Mather M, Pessoa A, Pendlebury ST. Underestimation of Cognitive Impairment in Older Inpatients by the Abbreviated Mental Test Score versus the Montreal Cognitive Assessment: Cross-Sectional Observational Study. <i>Dement Geriatr Cogn Dis Extra</i>. 2020 Dec 15;10(3):205-215. doi: 10.1159/000509357. PMID: 33569076; PMCID: PMC7841750. 7. Hodkinson HM. Ocena wyniku testu psychicznego do oceny upośledzenia umysłowego osób starszych. <i>Wiek Starzenie się</i>. 1972; 1 (4) : 233–238. [PubMed] [Google Scholar] 8. Kocemba J, Grodzicki T. Geriatryczne Skale Oceny. <i>Zarys Gerontologii Klinicznej</i>. Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000. s. 142–151. 9. Romanik W, Łazarewicz M. Polska wersja Skróconego Testu Psychicznego (AMTS) – zagadnienia metodologiczne. <i>Psychiatria I Psychologia Kliniczna</i>. 2017; 17 :203–207. doi: 10.15557/PiPK.2017.0024. [CrossRef] [Google Scholar] 10. Skalska A: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.): <i>Geriatryczna z elementami gerontologii ogólnej</i>. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Via Medica, Gdańsk 2006: 68–75. 11. Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej opracowane w ramach projektu systemowego Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Praca zbiorowa pod redakcją Barbary Bień i Katarzyny Broczek. Warszawa 2012 https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorow_programow.pdf 12. Bień B, Błędowski P, Broczek K et al.: Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. <i>Gerontol Pol</i> 2013; 21: 33–47. 13. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. <i>Age Ageing</i>. 1991 Sep;20(5):332-6. doi: 10.1093/ageing/20.5.332. PMID: 1755388. 14. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. <i>Psychogeriatrics</i>. 2017 Nov;17(6):460-465. doi: 10.1111/psyg.12276. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28589659. 15. Wiles MD, Moran CG, Sahota O, Moppett IK. Nottingham Hip Fracture Score jako predyktor rocznej śmiertelności u pacjentów poddawanych chirurgicznej naprawie złamania szyjki kości udowej. <i>Br J Anaesth</i>. 2011;106(4):501–504. – PubMed

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

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

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

57. Ślusarska B, Bartoszek A, Kocka K, Deluga A, Chrzan-Rodak A, Nowicki G. Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit - an example of home care in Poland. *Clin Interv Aging*. 2019 May 17;14:889-903. doi: 10.2147/CIA.S191984. PMID: 31190775; PMCID: PMC6529176.

58. Foroughan M, Delbari A, Said SE, AkbariKamrani AA, Rashedi V, Zandi T. Risk factors and clinical aspects of delirium in elderly hospitalized patients in Iran. *Aging Clin Exp Res*. 2016 Apr;28(2):313-9. doi: 10.1007/s40520-015-0400-x. Epub 2015 Jul 21. PMID: 26194422.

59. Hey J, Hosker C, Ward J, Kite S, Speechley H. Delirium in palliative care: Detection, documentation and management in three settings. *Palliat Support Care*. 2015 Dec;13(6):1541-5. doi: 10.1017/S1478951513000813. Epub 2013 Oct 21. PMID: 24139058.

60. Zafar M, Mccallum V, Nash A, Kumar H, Waqar M, Mohammed Y, Skowronski C, Malik DA, Kiani A, Kumar S, Mucci E. An Unusual Case of Acute Confusion in an Elderly Man: Pituitary Apoplexy With Lateral Rectus Palsy. *Cureus*. 2022 Nov 3;14(11):e31064. doi: 10.7759/cureus.31064. PMID: 36382316; PMCID: PMC9637439.

61. Puto G, Sowińska I, Ścisło L, Walewska E, Kamińska A, Muszalik M. Sociodemographic Factors Affecting Older People's Care Dependency in Their Daily Living Environment According to Care Dependency Scale (CDS). *Healthcare (Basel)*. 2021 Jan 21;9(2):114. doi: 10.3390/healthcare9020114. PMID: 33494359; PMCID: PMC7910922.

62. Ali TF, Warkentin LM, Gazala S, Wagg AS, Padwal RS, Khadaroo RG; Acute Care and Emergency Surgery (ACES) Group; Acute Care and Emergency Surgery ACES Group. Self-Reported Outcomes in Individuals Aged 65 and Older Admitted for Treatment to an Acute Care Surgical Service: A 6-Month Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Nov;63(11):2388-94. doi: 10.1111/jgs.13783. Epub 2015 Oct 28. PMID: 26509461.

63. Middleton M, Wan B, da Assunção R. Improving hip fracture outcomes with integrated orthogeriatric care: a comparison between two accepted orthogeriatric models. *Age Ageing*. 2017 May 1;46(3):465-470. doi: 10.1093/ageing/afw232. PMID: 27974304.

64. Ansari AS, Dennis BB, Shah D, Baah W. An unusual case of infective pneumocephalus: case report of pneumocephalus exacerbated by continuous positive airway pressure. *BMC Emerg Med*. 2018 Jan 18;18(1):2. doi: 10.1186/s12873-018-0154-9. PMID: 29347913; PMCID: PMC5774152.

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

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

Polska wersja językowa skali Behavioral Pain Scale

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

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

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

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

Tłumaczenie: dr n. med. Katarzyna Kotfis

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. <i>Crit Care Med</i>. 2001 Dec;29(12):2258-63. doi: 10.1097/00003246-200112000-00004. PMID: 11801819. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11801819/ 2. Severgnini P, Pelosi P, Contino E, Serafinelli E, Novario R, Chiaranda M. Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. <i>J Intensive Care</i>. 2016 Nov 7;4:68. doi: 10.1186/s40560-016-0192-x. PMID: 27833752; PMCID: PMC5100216. 3. Al Darwish ZQ, Hamdi R, Fallatah S. Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. <i>AACN Adv Crit Care</i>. 2016 Apr-Jun;27(2):162-72. doi: 10.4037/aacnacc2016287. PMID: 27153305.
--------------	--

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

	<ol style="list-style-type: none"> 16. Luz M, Brandão Barreto B, de Castro REV, Salluh J, Dal-Pizzol F, Araujo C, De Jong A, Chanques G, Myatra SN, Tobar E, Gimenez-Esparza Vich C, Carini F, Ely EW, Stollings JL, Drumright K, Kress J, Povoa P, Shehabi Y, Mphandi W, Gusmao-Flores D. Practices in sedation, analgesia, mobilization, delirium, and sleep deprivation in adult intensive care units (SAMDS-ICU): an international survey before and during the COVID-19 pandemic. <i>Ann Intensive Care</i>. 2022 Feb 4;12(1):9. doi: 10.1186/s13613-022-00985-y. PMID: 35122204; PMCID: PMC8815719. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35122204/ 17. Nazari R, Froelicher ES, Nia HS, Hajhosseini F, Mousazadeh N. Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2022 Summer;26(4):472-476. . doi: 10.5005/jp-journals-10071-24154. PMID: 35656052; PMCID: PMC9067504 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9067504/ 18. Sulla F, La Chimia M, Barbieri L, Gigantiello A, Iraci C, Virgili G, Artioli G, Sarli L. A first contribution to the validation of the Italian version of the Behavioral Pain Scale in sedated, intubated, and mechanically ventilated paediatric patients. <i>Acta Biomed</i>. 2018 Dec 7;89(7-S):19-24. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7945. PMID: 30539934; PMCID: PMC6502142. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30539934/ 19. Mauritz MD, Uhlenberg F, Dreier LA, Giordano V, Deindl P. Discriminant properties of the Behavioral Pain Scale for assessment of procedural pain-related distress in ventilated children. <i>Scand J Pain</i>. 2022 Apr 25;22(3):464-472. doi: 10.1515/sjpa-in-2021-0193. PMID: 35451587.
Załącznik 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pande RK. Behavioral Pain Assessment Tool: Yet Another Attempt to Measure Pain in Sedated and Ventilated Patients! <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2020 Aug;24(8):617-618. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23536. PMID: 33024362; PMCID: PMC7519611. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33024362/ 2. Kotfis K, Strzelbicka M, Zegan-Barańska M, Safranow K, Brykczyński M, Żukowski M, Ely EW; POL-BPS Study Group. Validation of the behavioral pain scale to assess pain intensity in adult, intubated postcardiac surgery patients: A cohort observational study - POL-BPS. <i>Medicine (Baltimore)</i>. 2018 Sep;97(38):e12443. doi: 10.1097/MD.00000000000012443. PMID: 30235728; PMCID: PMC6160138. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30235728/ 3. Hylén M, Akerman E, Alm-Roijer C, Idvall E. Behavioral Pain Scale - translation, reliability, and validity in a Swedish context. <i>Acta Anaesthesiol Scand</i>. 2016 Jul;60(6):821-8. doi: 10.1111/aas.12688. Epub 2016 Feb 1. PMID: 27251598. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27251598/ 4. Nazari R, Froelicher ES, Nia HS, Hajhosseini F, Mousazadeh N. Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2022 Summer;26(4):472-476. . doi: 10.5005/jp-journals-10071-24154. PMID: 35656052; PMCID: PMC9067504 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9067504/ 5. Gomarverdi S, Sedighie L, Seifrabiei MA, Nikooseresht M. Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. <i>Iran J Nurs Midwifery Res</i>. 2019 Mar-Apr;24(2):151-155. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18. PMID: 30820228; PMCID: PMC6390431. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30820228/ 6. Rijkenberg S, Stilma W, Bosman RJ, van der Meer NJ, van der Voort PHJ. Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). <i>J Cardiothorac Vasc Anesth</i>. 2017 Aug;31(4):1227-1234. doi: 10.1053/j.jvca.2017.03.013. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28800982. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28800982/

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

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

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

40. Severgnini P, Pelosi P, Contino E, Serafinelli E, Novario R, Chiaranda M. Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. *J Intensive Care*. 2016 Nov 7;4:68. doi: 10.1186/s40560-016-0192-x. PMID: 27833752; PMCID: PMC5100216.

41. Al Darwish ZQ, Hamdi R, Fallatah S. Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *AACN Adv Crit Care*. 2016 Apr-Jun;27(2):162-72. doi: 10.4037/aacnacc2016287. PMID: 27153305.

42. Herzer G, Mirth C, Illievich UM, Voelckel WG, Trimmel H. Analgosedation of adult patients with elevated intracranial pressure: Survey of current clinical practice in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2018 Jan;130(1-2):45-53. doi: 10.1007/s00508-017-1228-5. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28733841.

43. Kanji S, MacPhee H, Singh A, Johanson C, Fairbairn J, Lloyd T, MacLean R, Rosenberg E. Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in Critically Ill Patients With Delirium: A Prospective Cohort Study. *Crit Care Med*. 2016 May;44(5):943-7. doi: 10.1097/CCM.0000000000001522. PMID: 26783859.

44. Joffe AM, McNulty B, Boitor M, Marsh R, Gélinas C. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. *J Crit Care*. 2016 Dec;36:76-80. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.05.011. Epub 2016 May 25. PMID: 27546751.

45. Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg*. 2005 Nov;101(5):1470-1476. doi: 10.1213/01.ANE.0000182331.68722.FF. PMID: 16244013.

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

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

Polska wersja językowa Critical Care Observation Tool

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

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

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

Wersja oryginalna: Gélinas C, Fillon L, Puntillo KA, et al. Validation of the critical care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006; 15(4): 420-427, indexed in Pubmed: [16823021](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823021/)

Tłumaczenie: dr n. med. Katarzyna Kotfis

Tłumaczenie zwrócone dr n. med. Łukasz Szydłowski

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Gélinas C, Fillon L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. <i>Am J Crit Care</i>. 2006 Jul;15(4):420-7. PMID: 16823021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823021/ Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). <i>Anestezjologia Intensywna Terapia</i>. 2017;70-76. Sulla F, De Souza Ramos N, Terzi N, Trenta T, Uneddu M, Zaldivar Cruces MA, Sarli L. Validation of the Italian version of the Critical Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. <i>Acta Biomed</i>. 2017 Nov 30;88(5S):48-54. doi: 10.23750/abm.v88i5-S.6858. PMID: 29189705; PMCID: PMC6357580. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29189705/ Echegaray-Benites C, Kapoustina O, Gélinas C. Validation of the use of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neuro-surgical intensive care unit. <i>Intensive Crit Care Nurs</i>. 2014 Oct;30(5):257-65. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.002. Epub 2014 May 14. PMID: 24836539. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24836539/ DAS-Taskforce 2015; Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, Dall P, Demirakca S, Eckardt R, Eggers V, Eichler I, Fietze I, Freys S, Fründ A, Garten L, Gohrbandt B, Harth I, Hartl W, Heppner HJ, Horter J, Huth R, Janssens U, Jungk C, Kaeuper KM, Kessler P, Kleinschmidt S, Kochanek M, Kumpf M, Meiser A, Mueller A, Orth M, Putensen C, Roth B, Schaefer M, Schaefer R, Schellongowski P, Schindler M, Schmitt R, Scholz J, Schroeder S, Schwarzmann G, Spies C, Stinglele R, Tonner P, Trieschmann U, Tryba M, Wappler F, Waydhas C, Weiss B, Weisshaar G. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version. <i>Ger Med Sci</i>. 2015 Nov 12;13:Doc19. doi: 10.3205/000223. PMID: 26609286; PMCID: PMC4645746. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26609286/
--------------	---

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Li Q, Wan X, Gu C, Yu Y, Huang W, Li S, Zhang Y. Pain assessment using the critical-care pain observation tool in Chinese critically ill ventilated adults. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2014 Nov;48(5):975-82. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.01.014. Epub 2014 Apr 30. PMID: 24793506. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24793506/ 7. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA, Gélinas C. Translation into Spanish and Cultural Adaptation of the Critical-Care Pain Observation Tool. <i>Am J Crit Care.</i> 2020 May 1;29(3):226-232. doi: 10.4037/ajcc2020763. PMID: 32355973; PMCID: PMC7307381. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355973/ 8. Gélinas C, Bérubé M, Puntillo KA, Boitor M, Richard-Lalonde M, Bernard F, Williams V, Joffe AM, Steiner C, Marsh R, Rose L, Dale CM, Tsoller DM, Choimière M, Streiner DL. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro in brain-injured adults in the intensive care unit: a prospective cohort study. <i>Crit Care.</i> 2021 Apr 13;25(1):142. doi: 10.1186/s13054-021-03561-1. PMID: 33849619; PMCID: PMC8042624. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33849619 9. Zhai Y, Cai S, Zhang Y. The Diagnostic Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) in ICU Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2020 Oct;60(4):847-856.e13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.006. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32544649. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544649/ 10. Suligoi B, Luzzi AM, Salfa MC, Esposito G. Le competenze professionali dell'infermiere impegnato nell'area delle infezioni sessualmente trasmesse [The professional skills of the nurse involved in the care of individuals with sexually transmitted infections]. <i>Prof Inferm.</i> 2021 Oct-Dec;74(4):241-247. Italian. doi: 10.7429/pi.2021.744241. PMID: 35363960. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35363960/ 11. Wojnar-Gruszka K, Sega A, Płaszewska-Żywko L, Wojtan S, Potocka M, Kózka M. Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2022 Sep 1;19(17):10894. doi: 10.3390/ijerph191710894. PMID: 36078609; PMCID: PMC9517797. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36078609/ 12. Margosio V, Damico V, Murano L. Gli effetti della scala Critical-Care Pain Observation Tool nella valutazione e gestione del dolore nei pazienti con lesioni cerebrali ricoverati in terapia intensiva [The effects of the Critical-Care Pain Observation Tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with brain-injured critically ill patients]. <i>Prof Inferm.</i> 2021 Jul-Sep;74(3):173-179. Italian. doi: 10.7429/pi.2021.74173. PMID: 35084161. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35084161/
Załącznik 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. <i>Am J Crit Care.</i> 2006 Jul;15(4):420-7. PMID: 16823021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823021/ 2. Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). <i>Anestezjologia Intensywna Terapia.</i> 2017:70-76. 3. Sulla F, De Souza Ramos N, Terzi N, Trenta T, Uneddu M, Zaldivar Cruces MA, Sarli L. Validation of the Italian version of the Critical Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. <i>Acta Biomed.</i> 2017 Nov 30;88(5S):48-54. doi: 10.23750/abm.v88i5-S.6858. PMID: 29189705; PMCID: PMC6357580. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29189705/ 4. Echegaray-Benites C, Kapoustina O, Gélinas C. Validation of the use of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neurosurgical intensive care unit. <i>Intensive Crit Care Nurs.</i> 2014 Oct;30(5):257-65. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.002. Epub 2014 May 14. PMID: 24836539. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24836539/

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

15. Severgnini P, Pelosi P, Contino E, Serafinelli E, Novario R, Chiaranda M. Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. *J Intensive Care*. 2016 Nov 7;4:68. doi: 10.1186/s40560-016-0192-x. PMID: 27833752; PMCID: PMC5100216.

16. Kanji S, MacPhee H, Singh A, Johanson C, Fairbairn J, Lloyd T, MacLean R, Rosenberg E. Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in Critically Ill Patients With Delirium: A Prospective Cohort Study. *Crit Care Med*. 2016 May;44(5):943-7. doi: 10.1097/CCM.0000000000001522. PMID: 26783859.

17. Joffe AM, McNulty B, Boitor M, Marsh R, Gélina C. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. *J Crit Care*. 2016 Dec;36:76

18. Elli S, Dagostini G, Bambi S, Rezoagli E, Cannizzo L, Pasquali S, Colnaghi G, Lucchini A. Utilizzo della Behavioral Pain Scale e della Critical Care Pain Observation Tool per la rilevazione del dolore in una terapia intensiva polivalente [Utilization of Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in Intensive Care Unit]. *Prof Inferm*. 2015 Oct-Dec;68(4):228-35. Italian. doi: 10.7429/pi.2015.684228. PMID: 26752314. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752314/>

19. Fröhlich MR, Meyer G, Spirig R, Bachmann LM. Comparison of the Zurich Observation Pain Assessment with the Behavioural Pain Scale and the Critical Care Pain Observation Tool in nonverbal patients in the intensive care unit: A prospective observational study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020 Oct;60:102874. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102874. Epub 2020 May 7. PMID: 32389396. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389396/>

20. Nazari R, Froelicher ES, Nia HS, Hajhosseini F, Mousazadeh N. Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. *Indian J Crit Care Med*. 2022 Summer;26(4):472-476. . doi: 10.5005/jp-journals-10071-24154. PMID: 35656052; PMCID: PMC9067504 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9067504/>

21. Gomarverdi S, Sedighie L, Seifrabiei MA, Nikooseresht M. Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019 Mar-Apr;24(2):151-155. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18. PMID: 30820228; PMCID: PMC6390431. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30820228/>

22. Rijkenberg S, Stilma W, Endeman H, Bosman RJ, Oudemans-van Straaten HM. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *J Crit Care*. 2015 Feb;30(1):167-72. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.09.007. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25446372. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25446372/>

23. Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Mayzner-Zawadzka E, Dyk D, Majewski M, Doboszyńska A. Psychometric Assessment of Physiologic and Behavioral Pain Indicators in Polish Versions of the Pain Assessment Scales. *Pain Manag Nurs*. 2019 Jun;20(3):292-301. doi: 10.1016/j.pmn.2018.07.006. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30269914. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30269914/>

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

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

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

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



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

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> De Rond M, De Wit R, Van Dam F. The implementation of a pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice; results of a follow up study in five hospitals. <i>J Advanc Nurs</i> 2001;29:590-8. Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. <i>Pediatrics</i>. 2010 Nov;126(5):e1168-98. doi: 10.1542/peds.2010-1609. Epub 2010 Oct 4. PMID: 20921070.. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20921070/ Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kiezka-Radzikowiak K., Liniarski M.: Kliniczna ocena bólu (Clinical assessment pain) <i>Journal of Clinical Healthcare</i> 2/2018,9-14 https://core.ac.uk/download/pdf/286334001.pdf Kilian P.: Subiektywna ocena natężenia bólu- skala VAS i skala Laitinena https://www.bardomed.pl/blog/porady-eksperta/subiektywna-ocena-natezenia-bolu-skala-vas-i-skala-laitinena/ Dobre praktyki leczenia bólu u dzieci w ZRM_P.pdf https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu?fbclid=IwAR2T-QRhOtuqUBWGmHgXaqqZINQj6K03ly2F5QHy8EeUaAwf-bJs5kzX64U
--------------	---

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. <i>Pediatr Nurs</i>. 1988 Jan-Feb;14(1):9-17. PMID: 3344163. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3344163/ 7. von Baeyer CL, Chambers CT, Forsyth SJ, Eisen S, Parker JA. Developmental data supporting simplification of self-report pain scales for preschool-age children. <i>J Pain</i>. 2013 Oct;14(10):1116-21. doi: 10.1016/j.jpain.2013.04.008. Epub 2013 Jun 15. PMID: 23773343. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23773343/ 8. von Baeyer CL, Jaaniste T, Vo HLT, Brunson G, Lao HC, Champion GD. Systematic Review of Self-Report Measures of Pain Intensity in 3- and 4-Year-Old Children: Bridging a Period of Rapid Cognitive Development. <i>J Pain</i>. 2017 Sep;18(9):1017-1026. doi: 10.1016/j.jpain.2017.03.005. Epub 2017 Mar 25. PMID: 28347796. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347796/ 9. Birnie KA, Hundert AS, Lalloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. <i>Pain</i>. 2019 Jan;160(1):5-18. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001377. PMID: 30180088. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180088/ 10. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. <i>Pain</i>. 2001 Aug;93(2):173-183. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00314-1. PMID: 11427329. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11427329/ 11. Le May S, Ballard A, Khadra C, Gouin S, Plint AC, Villeneuve E, Mâsse B, Tsze DS, Neto G, Drendel AL, Auclair MC, McGrath PJ, Ali S. Comparison of the psychometric properties of 3 pain scales used in the pediatric emergency department: Visual Analogue Scale, Faces Pain Scale-Revised, and Colour Analogue Scale. <i>Pain</i>. 2018 Aug;159(8):1508-1517. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001236. PMID: 29608509. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608509/
Załącznik 4'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Govas P, Ketchum A, Kazi R, Gordon BR, Carroll BT. Pain Intensity Assessment Scales for Dermatologic Surgery Patients: A Systematic Review. <i>Dermatol Surg</i>. 2022 Feb 1;48(2):232-238. doi: 10.1097/DSS.0000000000003353. PMID: 34923536. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34923536/ 2. Euasobhon P, Atisook R, Bumrunghatudom K, Zinboonyahoon N, Saisavoyey N, Jensen MP. Reliability and responsivity of pain intensity scales in individuals with chronic pain. <i>Pain</i>. 2022 Dec 1;163(12):e1184-e1191. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002692. Epub 2022 May 18. PMID: 35584261. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584261/ 3. De Rond M, De Wit R, Van Dam F. The implementation of a pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice; results of a follow up study in five hospitals. <i>J Advanc Nurs</i> 2001;29:590-8. 4. Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. <i>Pediatrics</i>. 2010 Nov;126(5):e1168-98. doi: 10.1542/peds.2010-1609. Epub 2010 Oct 4. PMID: 20921070. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20921070/ 5. Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kiezka-Radzikowiak K., Liniarski M.: Kliniczna ocena bólu (Clinical assessment pain) <i>Journal of Clinical Healthcare</i> 2/2018,9-14 https://core.ac.uk/download/pdf/286334001.pdf 6. Dobre praktyki leczenia bólu u dzieci w_ZRM_P.pdf https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu?fbclid=IwAR2T-QRhOtuqUBWGmHgXaaqZINQj6Ko3ly2F5QHy8EeUaAwf-bJs5kzX64U 7. Kilian P.: Subiektywna ocena natężenia bólu- skala VAS i skala Laitinena https://www.bardomed.pl/blog/porady-eksperta/subiektywna-ocena-natezenia-bolu-skala-vas-i-skala-laitinena/

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

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

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

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

		grupach ryzyka zdrowotnego, jak i w populacjach ogólnych. Narzędzie było skuteczne nie tylko w badaniach wśród populacji osób dorosłych ale również wśród młodzieży.																																				
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	osoby dorosłe; młodzież																																				
	Miejsce badanych	Test przeznaczony dla podstawowej opieki zdrowotnej; możliwość stosowania w różnych miejscach opieki zdrowotnej																																				
	Stan badanych	Ocena ryzyka lub podejrzenie uzależnienia od alkoholu																																				
	Sytuacje	Skriningowe																																				
	Inne	Brak																																				
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pracownicy ochrony zdrowia: lekarze, pielęgniarki, psychoterapeuci, psychologowie oraz pracownicy służb społecznych, w tym pracownicy socjalni Osoby nieprofesjonalne: wszyscy konsumenci alkoholu i ich osoby bliskie																																					
Dodatkowe kryteria zastosowania skali																																						
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Jak interpretować wyniki?																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Wzorce spożywania alkoholu</th> <th rowspan="2">Liczba punktów w teście AUDIT</th> <th rowspan="2">Rozkład odpowiedzi w teście AUDIT (występowanie podwyższonej ilości punktów w pytaniach)</th> <th colspan="2">Ilość czystego alkoholu (w ilości czystego alkoholu (w spożywanym gramach) spożywanym dziennie)</th> </tr> <tr> <th>kobiety</th> <th>mężczyźni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Picie o niskim poziomie ryzyka</td> <td>0-7</td> <td>pytania 1-3</td> <td>do 20</td> <td>do 40</td> </tr> <tr> <td>Ryzykowne spożywanie alkoholu</td> <td>8-15</td> <td>pytania 1-3</td> <td>20-40</td> <td>40-60</td> </tr> <tr> <td>Szkodliwe picie alkoholu</td> <td>16-19</td> <td>pytania 1-4 i 7-10</td> <td>ponad 40</td> <td>ponad 60</td> </tr> <tr> <td>Podejrzenie uzależnienia od alkoholu</td> <td>20 i więcej</td> <td>pytania 1-3, 7-10 i 4-6</td> <td>ponad 40</td> <td>ponad 60</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>210 i więcej</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>350 i więcej</td> </tr> </tbody> </table>		Wzorce spożywania alkoholu	Liczba punktów w teście AUDIT	Rozkład odpowiedzi w teście AUDIT (występowanie podwyższonej ilości punktów w pytaniach)	Ilość czystego alkoholu (w ilości czystego alkoholu (w spożywanym gramach) spożywanym dziennie)		kobiety	mężczyźni	Picie o niskim poziomie ryzyka	0-7	pytania 1-3	do 20	do 40	Ryzykowne spożywanie alkoholu	8-15	pytania 1-3	20-40	40-60	Szkodliwe picie alkoholu	16-19	pytania 1-4 i 7-10	ponad 40	ponad 60	Podejrzenie uzależnienia od alkoholu	20 i więcej	pytania 1-3, 7-10 i 4-6	ponad 40	ponad 60					210 i więcej				
Wzorce spożywania alkoholu	Liczba punktów w teście AUDIT	Rozkład odpowiedzi w teście AUDIT (występowanie podwyższonej ilości punktów w pytaniach)				Ilość czystego alkoholu (w ilości czystego alkoholu (w spożywanym gramach) spożywanym dziennie)																																
			kobiety	mężczyźni																																		
Picie o niskim poziomie ryzyka	0-7	pytania 1-3	do 20	do 40																																		
Ryzykowne spożywanie alkoholu	8-15	pytania 1-3	20-40	40-60																																		
Szkodliwe picie alkoholu	16-19	pytania 1-4 i 7-10	ponad 40	ponad 60																																		
Podejrzenie uzależnienia od alkoholu	20 i więcej	pytania 1-3, 7-10 i 4-6	ponad 40	ponad 60																																		
				210 i więcej																																		
				350 i więcej																																		
	<ul style="list-style-type: none"> – osoby, które uzyskały 8 lub więcej punktów wymagają dodatkowych badań diagnostycznych – osoby, które mają podwyższone wyniki w trzech pierwszych skalach, przy niepodwyższonych wynikach w pozostałych uznaje się za osoby pijące w sposób ryzykowny – podwyższone wyniki w skalach 4-6 pozwalają podejrzewać uzależnienie – podwyższone wyniki w pozostałych skalach przemawiają za pićem szkodliwym. <p>Źródło: http://www.parpa.pl/images/autodiagnoza_20_10_2020_1.pdf</p>																																					
Formularz skali/ kwestionariusz																																						

KWESTIONARIUSZ UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU wg AUDIT

Źródło: https://www.parpa.pl/images/Adaptacja_i_validacja_testu_AUDIT_do_warunk%C3%B3w_pol-skich.pdf

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

Część A: WYWIAD ALKOHOLOWY

1. Jak często pije Pan napoje zawierające alkohol?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Suma punktów

Część B: BADANIA KLINICZNE

Urazy fizyczne

1. Czy doznał Pan urazów głowy po 18 roku życia?

- (3) tak
- (0) nie

2. Czy doznał Pan jakiegokolwiek złamania kości po 18 roku życia?

- (3) tak
- (0) nie

Badanie fizykalne

3. Zaczerwienienie spojówek

- (0) nie stwierdza się
- (1) słabo nasilone
- (2) średnio nasilone
- (3) znacznie nasilone

4. Odbiegające od normy unaczynienie skóry

- (0) nie stwierdza się
- (1) słabo nasilone
- (2) średnio nasilone
- (3) znacznie nasilone

5. Drżenie rąk

- (0) nie stwierdza się
- (1) słabo nasilone
- (2) średnio nasilone
- (3) znacznie nasilone

6. Drżenie języka

- (0) nie stwierdza się
- (1) słabo nasilone
- (2) średnio nasilone
- (3) znacznie nasilone

7. Powiększenie wątroby

- (0) nie stwierdza się
- (1) słabo nasilone
- (2) średnio nasilone
- (3) znacznie nasilone

8. Wartości gamma-glutamylu-transferazy

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

Suma punktów

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. <i>Addiction</i>. 1993 Jun;88(6):791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x. PMID: 8329970. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8329970/ 2. Machado PMA, Campelo CL, Oliveira JVP, Batista RFL, Simões VMF, Santos AMD. Analysis of the AUDIT factor structure in adolescents between 18 and 19 years. <i>Rev Saude Publica</i>. 2021 May 24;55:27. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002777. PMID: 34037139; PMCID: PMC8139847. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34037139/ 3. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. <i>Alcohol Clin Exp Res</i>. 2005 Nov;29(11):2001-7. doi: 10.1097/01.alc.0000187034.58955.64. PMID: 16340457. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16340457/ 4. Rafiemanesh H, Yazdani K, Nedjat S, Noroozi A, Saunders JB, Mojtabei R, Rahimi-Movaghgar A. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of the Persian version in an Iranian population. <i>Alcohol</i>. 2020 Mar;83:127-133. doi: 10.1016/j.alcohol.2019.08.002. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31421225. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421225/ 5. Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Mach A, Abramowska M, Szczypiński J, Berent D, Skrzyszewski J, Witkowski G, Wojnar M. Psychometric properties of the Polish version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). <i>Drug Alcohol Depend</i>. 2021 Jan 1;218:108427. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108427. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33250385. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250385/ 6. Källmén H, Elgán TH, Wennberg P, Berman AH. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in relation to Alcohol Use Disorder (AUD) severity levels according to the brief DSM-5 AUD diagnostic assessment screener. <i>Nord J Psychiatry</i>. 2019 Oct;73(7):397-400. doi: 10.1080/08039488.2019.1642382. Epub 2019 Jul 26. PMID: 31347426. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31347426 7. Watterson J, Gabbe B, Dietze P, Bowring A, Rosenfeld JV. Comparing short versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a military cohort. <i>J R Army Med Corps</i>. 2019 Oct;165(5):312-316. doi: 10.1136/jramc-2018-001024. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30341169. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341169/ 8. Bowring AL, Gouillou M, Hellard M, Dietze P. Comparing short versions of the AUDIT in a community-based survey of young people. <i>BMC Public Health</i>. 2013 Apr 4;13:301. doi: 10.1186/1471-2458-13-301. PMID: 23556543; PMCID: PMC3691761. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23556543/ 9. Nayak MB, Bond JC, Greenfield TK. Evaluating Shortened Versions of the AUDIT as Screeners for Alcohol Use Problems in a General Population Study. <i>Subst Use Misuse</i>. 2015;50(12):1579-89. doi: 10.3109/10826084.2015.1023458. Epub 2015 Nov 7. PMID: 26549791; PMCID: PMC4666731. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26549791/
--------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> 10. Källmén H, Berman AH, Elgán TH, Wennberg P. Alcohol habits in Sweden during 1997-2018: a repeated cross-sectional study. <i>Nord J Psychiatry</i>. 2019 Nov;73(8):522-526. doi: 10.1080/08039488.2019.1660912. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31478780. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478780/ 11. Verheij C, Haagsma JA, Koch BCP, Segers AEM, Schuit SCE, Rood PPM. Screening for hazardous alcohol use in the Emergency Department: Comparison of phosphatidylethanol with the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Timeline Follow-back. <i>Alcohol Clin Exp Res</i>. 2022 Dec;46(12):2225-2235. doi: 10.1111/acer.14958. Epub 2022 Dec 15. PMID: 36520053; PMCID: PMC10107187. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36520053/ 12. Villarosa-Hurlocker MC, Schutts JW, Madson MB, Jordan HR, Whitley RB, Mohn RC. Screening for alcohol use disorders in college student drinkers with the AUDIT and the USAUDIT: a receiver operating characteristic curve analysis. <i>Am J Drug Alcohol Abuse</i>. 2020 Sep 2;46(5):531-545. doi: 10.1080/00952990.2020.1712410. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32175778; PMCID: PMC7492430. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32175778/ 13. Wysokińska M, Kołota A. Assessment of the Prevalence of Alcoholic Beverage Consumption and Knowledge of the Impact of Alcohol on Health in a Group of Polish Young Adults Aged 18-35: A Cross-Sectional Study. <i>Int J Environ Res Public Health</i>. 2022 Nov 22;19(23):15425. doi: 10.3390/ijerph192315425. PMID: 36497500; PMCID: PMC9737381. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36497500/ 14. Adiri CO, Asimadu EE, Nwafor MI, Nweze SO, Ukaegbe CI. Perception of safety and consumption of alcoholic beverages during pregnancy. <i>J Obstet Gynaecol</i>. 2022 Oct;42(7):3021-3025. doi: 10.1080/01443615.2022.2125795. Epub 2022 Sep 28. PMID: 36168942. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168942 15. Herrero-Montes M, Alonso-Blanco C, Paz-Zulueta M, Pellico-López A, Ruiz-Azcóna L, Sarabia-Cobo C, Boixadera-Planas E, Parás-Bravo P. Excessive alcohol consumption and binge drinking in college students. <i>PeerJ</i>. 2022 May 4;10:e13368. doi: 10.7717/peerj.13368. PMID: 35547188; PMCID: PMC9083527. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35547188/
Załącznik 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jung M. The relationship between alcohol abuse and suicide risk according to smoking status: A cross-sectional study. <i>J Affect Disord</i>. 2019 Feb 1;244:164-170. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.077. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30342376. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30342376/ 2. Jung M.J Zaburzenie afektu. 1 lutego 2019 r.;244:164-170. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.077. Epub 2018 22 września.PMID: 30342376 3. Watterson J, Gabbe B, Dietze P, Bowring A, Rosenfeld JV. Comparing short versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a military cohort. <i>J R Army Med Corps</i>. 2019 Oct;165(5):312-316. doi: 10.1136/jramc-2018-001024. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30341169. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341169/ 4. Bowring AL, Gouillou M, Hellard M, Dietze P. Comparing short versions of the AUDIT in a community-based survey of young people. <i>BMC Public Health</i>. 2013 Apr 4;13:301. doi: 10.1186/1471-2458-13-301. PMID: 23556543; PMCID: PMC3691761. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23556543/ 5. Nayak MB, Bond JC, Greenfield TK. Evaluating Shortened Versions of the AUDIT as Screeners for Alcohol Use Problems in a General Population Study. <i>Subst Use Misuse</i>. 2015;50(12):1579-89. doi: 10.3109/10826084.2015.1023458. Epub 2015 Nov 7. PMID: 26549791; PMCID: PMC4666731. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26549791/ 6. Källmén H, Berman AH, Elgán TH, Wennberg P. Alcohol habits in Sweden during 1997-2018: a repeated cross-sectional study. <i>Nord J Psychiatry</i>. 2019 Nov;73(8):522-526. doi: 10.1080/08039488.2019.1660912. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31478780. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478780/

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

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

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

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

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	GOHAI jest wskaźnikiem badającym jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej. Narzędzie to ocenia zgłaszane przez pacjenta problemy funkcjonalne związane z jamą ustną, wpływ psychospołeczny schorzeń jamy ustnej na życie codzienne oraz efektywność przeprowadzonego leczenia stomatologicznego / protetycznego pacjentów w wieku podeszłym [1,2,3,4] oraz młodszych dorosłych. Skala może identyfikować te grupy chorych, dla których pomoc stomatologiczna jest potrzebna (powinna być udzielona) [4,5].
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Skala składa się z 12 pytań, które odnoszą się do trzech wymiarów jakości życia chorego: <ul style="list-style-type: none"> – funkcjonowania fizycznego (spożywanie pokarmów, mowa i przelżykanie) (pozycje 1, 2, 3, 4); – funkcjonowania psychospołecznego (zaniepokojenie/ troska o zdrowie jamy ustnej, niezadowolenie z wyglądu, unikanie kontaktu z innymi ludźmi spowodowane problemami ze zdrowiem jamy ustnej) (pozycje 6, 7, 9, 10, 11) ; – ból i dyskomfort oraz stosowanie leków łagodzących ból (pozycje 5, 8, 12) [1,3,4].
	Orientacyjny czas badania	Nie określono. Zależność osobnicza
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz GOHAI został pierwotnie opracowany w USA do użytku z populacjami osób starszych z trzymiesięcznym okresem odniesienia. Wysoka rzetelność, trafność i responsywność narzędzia wpłynęły na szerokie stosowanie go w badaniach przekrojowych i podłużnych osób starszych. Aktualnie skalę stosuje się też w młodszych populacjach dorosłych.[1,2,4]. Nie tylko oryginalna wersja była wykorzystywana w wielu badaniach, ale też zostały przeprowadzone kulturowe adaptacje i walidacje skali. Wskaźnik ten został zaadaptowany na język polski, a jego bardzo dobre właściwości psychometryczne zostały potwierdzone w wielu badaniach [4].Tłumaczenie i ekwiwalencja międzykulturowa tego instrumentu została przeprowadzona na wiele języków, w tym na: niemiecki [6], chiński [7], niderlandzki [8],arabski [9], hiszpański [10], francuski [11], hindi [12], perski [13], malajski [14], szwedzki [15] i turecki [16], serbski[17], japoński [18]. GOHAI jest szeroko stosowane w badaniach klinicznych i epidemiologicznych. Narzędzie stało się jednym z najczęściej używanych kwestionariuszy OHQoL na całym świecie [1-32]. Chociaż nadal pozostaje aktualnym i użytecznym miernikiem jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, to równie skutecznie jest stosowany w innych miejscach sprawowania opieki zdrowotnej. GOHAI zastosowano do pomiaru OHQoL u pacjentów

		z protezami zębowymi [19,22], a nawet u pacjentów bezzębnych [23]. Skalę stosuje się w wielu sytuacjach klinicznych [24-30]. Rozpowszechnienie skali poprzez uwypuklenie najważniejszych problemów różnych osób, może wpłynąć w przyszłości na politykę prozdrowotną i planowane strategie zdrowotne[22]. Skala jest także stosowana w wersji skróconej [21].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe/ seniorzy
	Miejsce badanych	Miejsce pobytu pacjenta
	Stan badanych	Z protezami zębowymi, z ubytkami zębowymi lub bezzębni oraz innymi problemami zębów, jamy ustnej i przełykania
	Sytuacje	jw
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze dentyści, pielęgniarki, położne Osoby nieprofesjonalne: opiekunowie	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Każdemu pytaniu w skali GOHAI przypisane są odpowiedzi w pięciostopniowej skali Likerta (5=nigdy, 4=rzadko, 3=czasami, 2=często, 1=zawsze). Wynik skali jest otrzymywany poprzez sumę otrzymanych odpowiedzi. Pytania nr 3, 5 i 7 mają charakter pytań odwróconych, tak, że przed zliczaniem wyników należy je rekodować, czyli odwrócić skalę. Maksymalna liczba punktów jaką może uzyskać pacjent to 60, minimalna -12. Większa liczba punktów oznacza lepszą jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej.</p> <p>Interpretacja wyników testu jest następująca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 57 - 60 punktów jest uznawany za wysoki, oznacza bardzo dobrą jakość życia zależną od stanu zdrowia jamy ustnej - 51-56 – średni, oznacza umiarkowaną jakość życia - poniżej 50 punktów to wynik niski, oznacza słabe poczucie jakości życia. 	
Formularz skali/ kwestionariusz		

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 54 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 59% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. <i>J Dent Educ.</i> 1990 Nov;54(11):680-7. PMID: 2229624. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229624/ 2. Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. <i>J Public Health Dent.</i> 1998 Fall;58(4):301-8. doi: 10.1111/j.1752-7325.1998.tb03013.x. PMID: 10390713. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10390713/ 3. Gałczyńska-Rusin M.: Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu Praca na stopień doktora nauk medycznych. Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Poznań 2013 4. https://www.wbc.poznan.pl/Content/304343/PDF/index.pdf 5. Gałczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). <i>J Stoma</i> 2014; 67, 2: 152-165 6. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de la Fuente-Hernández J, Garcia-Peña C. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. <i>J Public Health Dent.</i> 2010 Fall;70(4):300-7. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x. PMID: 20663049 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20663049/ 7. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. <i>Community Dent Oral Epidemiol.</i> 2008 Feb;36(1):34-42. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00351.x. PMID: 18205638. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18205638/ 8. Wang J, Zhao J, Tian T, Jiang X, Li H, Pang M, Kong F. The effects of oral health and social support on health-related quality of life of migrant older with children in Weifang, China. <i>BMC Public Health.</i> 2022 Aug 6;22(1):1505. doi: 10.1186/s12889-022-13843-0. PMID: 35933414; PMCID: PMC9357308. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35933414/ 9. Niesten D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Validation of a Dutch version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-NL) in care-dependent and care-independent older people. <i>BMC Geriatr.</i> 2016 Feb 29;16:53. doi: 10.1186/s12877-016-0227-0. PMID: 26928080; PMCID: PMC4772292. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26928080/ 10. Atieh MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. <i>Gerodontology.</i> 2008 Mar;25(1):34-41. doi: 10.1111/j.1741-2358.2007.00195.x. Epub 2008 Jan 13. PMID: 18194334. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18194334/ 11. Aguirre-Bustamante J, Barón-López FJ, Carmona-González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. <i>BMC Oral Health.</i> 2020 Feb 19;20(1):61. doi: 10.1186/s12903-020-1047-3. PMID: 32075623; PMCID: PMC7031997. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031997/ 12. Gutiérrez Quiceno B, Calzada Gutiérrez MT, Fandiño-Losada A. Cultural adaptation and validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI - Colombian version. <i>Colomb Med (Calí).</i> 2019 Jun 30;50(2):102-114. doi: 10.25100/cm.v50i2.3999. PMID: 31607767; PMCID: PMC6774582. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31607767/ 13. González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. <i>BMC Oral Health.</i> 2020 Feb 19;20(1):61. doi: 10.1186/s12903-020-1047-3. PMID: 32075623; PMCID: PMC7031997. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031997/

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

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

<ol style="list-style-type: none"> 7. Gokturk O, Yarkac FU. Comparison of two measures to determine the oral health-related quality of life in elders with periodontal disease. <i>Community Dent Health.</i> 2019 May 30;36(2):143-149. doi: 10.1922/CDH_4387Gokturk07. PMID: 31070876. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31070876/ 8. Oliveira LFS, Wanderley RL, AraÚjo ECF, Medeiros MMD, Figueredo OMC, Pinheiro MA, Rodrigues Garcia RCM, Cavalcanti YW. Factors associated with oral health-related quality of life of institutionalized elders. <i>Braz Oral Res.</i> 2020 Dec 18;35:e015. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0015. PMID: 33331407. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33331407/ 9. Rodakowska E, Wilczyńska-Borawska M, Fryc J, Baginska J, Naumnik B. Oral health-related quality of life in patients undergoing chronic hemodialysis. <i>Patient Preference Adherence.</i> 2018 Jun 1;12:955-961. doi: 10.2147/PPA.S161638. PMID: 29910608; PMCID: PMC5987751. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29910608/ 10. Bannwart LC, de Moraes Melo Neto CL, Goiato MC, Dos Santos DM, da Silva Paiva CA, de Araújo Moreno NV, da Silva EVF, de Magalhães Bertoz AP. Oral Health-Related Quality of Life, Dry Mouth Sensation, and Level of Anxiety in Elderly Patients Rehabilitated with New Removable Dentures. <i>Eur J Dent.</i> 2022 May;16(2):351-359. doi: 10.1055/s-0041-1735796. Epub 2021 Nov 23. PMID: 34814220; PMCID: PMC9339923. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34814220/ 11. Kanehira Y, Arai K, Kanehira T, Nagahisa K, Baba S. Oral health-related quality of life in patients with implant treatment. <i>J Adv Prosthodont.</i> 2017 Dec;9(6):476-481. doi: 10.4047/jap.2017.9.6.476. Epub 2017 Dec 14. PMID: 29279768; PMCID: PMC5741452. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29279768/ 12. Chapuis J, Siu-Paredes F, Pavageau C, Amador G, Rude N, Denis F. Anticholinergic Drugs and Oral Health-related Quality of Life in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study. <i>Transl Neurosci.</i> 2020 Feb 11;11:10-16. doi: 10.1515/tnsci-2020-0003. PMID: 32104590; PMCID: PMC7029653. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32104590/ 13. Mihara Y, Matsuda KI, Hatta K, Gondo Y, Masui Y, Nakagawa T, Kamide K, Ishizaki T, Arai Y, Maeda Y, Ikebe K. Relationship between gerotranscendence and oral health-related quality of life. <i>J Oral Rehabil.</i> 2018 Oct;45(10):805-809. doi: 10.1111/joor.12691. Epub 2018 Aug 3. PMID: 30019445. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30019445/ 14. Campos JADB, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. General Oral Health Assessment Index: A new evaluation proposal. <i>Gerodontology.</i> 2017 Sep;34(3):334-342. doi: 10.1111/ger.12270. Epub 2017 May 10. PMID: 28488319. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28488319/ 15. Korenori A, Koji K, Yuki T, Murata T, Sachiko TM, Shunsuke B. Cost-effectiveness of molar single-implant versus fixed dental prosthesis. <i>BMC Oral Health.</i> 2018 Aug 20;18(1):141. doi: 10.1186/s12903-018-0604-5. PMID: 30126400; PMCID: PMC6102921. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30126400/ 16. Sekiguchi A, Kawashiri SY, Hayashida H, Nagaura Y, Nobusue K, Nonaka F, Yamanashi H, Kitamura M, Kawasaki K, Fukuda H, Iwasaki T, Saito T, Maeda T. Association between high psychological distress and poor oral health-related quality of life (OHQoL) in Japanese community-dwelling people: the Nagasaki Islands Study. <i>Environ Health Prev Med.</i> 2020 Dec 10;25(1):82. doi: 10.1186/s12199-020-00919-9. PMID: 33302863; PMCID: PMC7730733. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302863/ 17. Röhrig G, Pia S, Bussmann M, Kunter H, Noack MJ, Barbe AG. Do subjectively and objectively impaired oral health parameters influence geriatric assessment results in hospitalized geriatric patients? <i>Eur Geriatr Med.</i> 2020 Jun;11(3):465-474. doi: 10.1007/s41999-020-00306-1. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32297265. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32297265/ 18. Cárdenas-Bahena Á, Velázquez-Olmedo LB, Falcón-Flores JA, García-Zámano IE, Montes-Salmerón RE, Reza-Bravo GG, Sánchez-García S. Autopercepción de la salud oral en adultos mayores de la Ciudad de México [Self-perception of oral health in older adults from Mexico City]. <i>Rev Med Inst Mex Seguro Soc.</i> 2018;56(Suppl 1):S54-S63. Spanish. PMID: 29624968. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29624968/

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

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

44. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):284-90. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x. PMID: 9332805. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9332805/>
45. Vettore MV, Rebelo MAB, Rebelo Vieira JM, Cardoso EM, Birman D, Leão ATT. Psychometric Properties of the Brazilian Version of GOHAI among Community-Dwelling Elderly People. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Nov 9;19(22):14725. doi: 10.3390/ijerph192214725. PMID: 36429443; PMCID: PMC9690323. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9690323/>
46. Rodakowska E., Bagińska J., Jamiolkowski J., Cylwik-Rokicka D., Mierzyńska K., Fryc J.: Skala Oceny Ogólnego Zdrowia Jamy Ustnej (GOHAI) u pacjentów ucytkuj¹cych protezy ca³kowite GERONTOLOGIA POLSKA 2017; 25; 112-117
47. Gałczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). *J Stoma* 2014; 67, 2: 152-165
48. Riva F, Seoane M, Reichenheim ME, Tsakos G, Celeste RK. Adult oral health-related quality of life instruments: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022 Oct;50(5):333-338. doi: 10.1111/cdoe.12689. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34409626 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34409626/>
49. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiolkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health.* 2014 Aug 20;14:106. doi: 10.1186/1472-6831-14-106. PMID: 25141902; PMCID: PMC4145358. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145358/>
50. Leppink J, Pérez-Fuster P. We need more replication research - A case for test-retest reliability. *Perspect Med Educ.* 2017 Jun;6(3):158-164. doi: 10.1007/s40037-017-0347-z. PMID: 28390030; PMCID: PMC5466566. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28390030/>
51. Orczykowska M, Rój R, Pihut ME, Gala A, Wiśniewska G. Ocena jakości życia pacjentów bezzębnych stosujących protezy całkowite. *Protetyka.* 2020;70(3):254-264. <https://doi.org/10.5114/ps/127075>
52. Nakhae N, Navabi N, Rohani A. Assessment of oral health-related quality of life: Comparison of two measurement tools. *J Oral Health Oral Epidemiol* 2016; 5(3): 141-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36844860>
53. Nerobkova N, Park EC, Jang SI. Depression and oral health-related quality of life: A longitudinal study. *Front Public Health.* 2023 Feb 9;11:1072115. doi: 10.3389/fpubh.2023.1072115. PMID: 36844860; PMCID: PMC9947840. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36844860>
54. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2003 Sep 8;1:40. doi: 10.1186/1477-7525-1-40. PMID: 14514355; PMCID: PMC201012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC201012/>

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

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

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

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

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

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

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Stuberg W.A. et al.: The Milani-Comparetti Motor Development Screening Test. 3rd ed rev Meyer Children's Rehabilitation Institute, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, 1992 3. Brenneman S.K.: Testowanie rozwoju niemowlęcia i dziecka. W: Tecklin J. S.: Fizjoterapia pediatryczna. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1996: 42-69 4. Bazyk S, Jeziorowski J. Videotaped versus live instruction in demonstrating evaluation skills to occupational therapy students. <i>Am J Occup Ther.</i> 1989 Jul;43(7):465-8. doi: 10.5014/ajot.43.7.465. PMID: 2750862. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2750862/ 5. Yıldırım ZH, Aydınli N, Ekici B, Tatlı B, Calişkan M. Can Alberta infant motor scale and milani comparetti motor development screening test be rapid alternatives to bayley scales of infant development-II at high-risk infants. <i>Ann Indian Acad Neurol.</i> 2012 Jul;15(3):196-9. doi: 10.4103/0972-2327.99714. PMID: 22919192; PMCID: PMC3424797. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22919192/ 6. Benavides-González HM, Ibarra-Reyes MD, Jiménez-Pérez L, Aranda-Valdez RM, Bravo-Cabrera Z, Venta-Sobero JA, Pinzón-Godínez D, Fernández-Carrocera LA. La posición prona como indicador de un desarrollo motor desviado en el primer año de la vida [The prone position as an indicator of deviated motor development during the first year of life]. <i>Bol Med Hosp Infant Mex.</i> 1989 Sep;46(9):591-6. Spanish. PMID: 2481459. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2481459
Źródło on-line	

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

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

Narzędzia klinimetryczne w badaniu fizykalnym

Grupa skal	NARZĘDZIA KLINIMETRYCZNE W BADANIU FIZYKALNYM
Nazwa skali w języku polskim	I.4.B.4. Proste narzędzie do oceny ryzyka żywieniowego u dzieci
Nazwa skali w języku angielskim	Simple Pediatric Nutritional Risk Screening Tool (SPENS),
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Klanjšek P, Pajnikihar M, Marčun Varda N, Močnik M, Golob Jančič S, Povalej Bržan P.
Państwo	Słowenia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>Simple Pediatric Nutritional Risk Screening Tool (SPENS) jest narzędziem przesiewowym. Ta prosta skala jest odpowiednia do rutynowego stosowania w celu identyfikacji pacjentów zagrożonych niedożywieniem podczas hospitalizacji. Wdrożenie jej może zapobiec niedożywieniu szpitalnemu.</p> <p>SPENS składa się z czterech zmiennych i wykazuje niemal idealną zgodność z subiektywną oceną ryzyka niedożywienia ($\kappa = 0,837$) z wysoką czułością i specyficznością (odpowiednio 93,3% i 91,3%). W porównaniu z Subiektywną Globalną Oceną Odżywienia oraz oceną ASPEN i Academy of Nutrition and Dietetics, SPENS mia czułość 92,9% i 86,7%, swoistość 87,5% i 87,0% oraz ogólną zgodność odpowiednio 0,78 i 0,728. Dzięki szybkiemu, prostemu, łatwemu i praktycznemu wykonaniu badania przesiewowe SPENS mogą być wykonywane przez pielęgniarki, lekarzy i dietetyków, bez wcześniejszego przeszkolenia. Badanie nie jest obciążające, trwa jedynie 1-2 minuty. Można je zintegrować z programem komputerowym w klinice przeznaczonym do zarządzania leczeniem i interwencjami opiekuńczymi hospitalizowanych dzieci; co pozwoliłoby na szybkie obliczenia, łatwość użycia i oszczędność czasu na ostateczny wynik badania przesiewowego. Zaleca się by przesiewowe badanie żywieniowe za pomocą SPENS przeprowadzać bezpośrednio przy przyjęciu lub w ciągu pierwszych 24 godzin po przyjęciu dziecka i powtarzać je co tydzień podczas hospitalizacji dziecka [1,2].</p>
Źródło bibliograficzne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klanjšek P, Pajnikihar M, Marčun Varda N, Močnik M, Golob Jančič S, Povalej Bržan P. Development and Validation of a New Screening Tool with Non-Invasive Indicators for Assessment of Malnutrition Risk in Hospitalised Children. <i>Children (Basel)</i>. 2022 May 17;9(5):731. doi: 10.3390/children9050731. PMID: 35626908; PMCID: PMC9140013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35626908/ 2. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon AS, Colomb V, Brusset MC, Mosser F, Berrier F, Ricour C. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. <i>Am J Clin Nutr</i>. 2000 Jul;72(1):64-70. doi: 10.1093/ajcn/72.1.64. PMID: 10871562. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10871562/
Źródło on-line	

I.4.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

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

I.5. Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Anna Andruszkiewicz

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych UMK

I.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

I.5.B. Wykaz skal powszechnie stosowanych

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

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

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

I.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

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

		osób chorych przewlekle palących papierosy, grupach zawodowych jako wskaźnik zachowań anty-zdrowotnych oraz jako wskaźnik interwencji antynikotynowych.	
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe	
	Miejsce badanych	Brak	
	Stan badanych	Palące papierosy	
	Sytuacje	Brak wskazań	
	Inne		
Osoby, które mogą stosować skalę	Brak ograniczeń dotyczących osób, które mogą stosować test		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak dodatkowych kryteriów		
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kwestionariusz składa się z 6 wyskalowanych pytań wskaźnikowych (wartości od 0 do 1 lub od 0 do 3), z których największe znaczenie posiada pytanie o czas zapalenia pierwszego papierosa po przebudzeniu i ilość wypalanych papierosów.		
Formularz skali/ kwestionariusz			
Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma			
	Pytania	Odpowiedzi	Punkty
1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?		do 5 minut	3
		po 6–30 minutach	2
		po 31–60 minutach	1
		po 60 minutach	0
2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla Ciebie problemem?		tak	1
		nie	0
3. Z którego papierosa najtrudniej Ci zrezygnować?		z pierwszego rano	1
		z każdego innego	0
4. Ile papierosów wypalasz dziennie?		≤10	0
		11–20	1
		21–30	2
		≥31	3
5. Czy rano palisz więcej papierosów niż w ciągu dnia?		tak	1
		nie	0
6. Czy nie możesz się powstrzymać od palenia nawet podczas choroby, gdy musisz leżeć w łóżku?		tak	0
		nie	1
Stopień uzależnienia od nikotyny Liczba punktów: 0–3 słabe; 4–6 średnie; 7–10 silne			
Źródło: https://www.mp.pl/interna za: /British Journal of Addiction, 1991; 86: 1119–2117, zmodyfikowane			

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszego testu następujące pozycje.
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet Global health</i>. 2018;6(7):e769-e76. 2. Jassem J. Tobacco smoking after diagnosis of cancer: clinical aspects. <i>Translational lung cancer research</i>. 2019;8(Suppl 1):S50-S8. 3. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. 2017(12). 4. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. 2021(9). 5. KIELAN, Aleksandra Joanna, et al. Stosowanie substancji psychoaktywnych i poziom zasobów osobistych wśród mężczyzn z zaburzeniami depresyjnymi—badanie pilotażowe. <i>Psychiatria</i>, 2021, 18.2: 79-87. 6. Wiraszka, G. ; Obierzyńska B., A. Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia tytoniu wśród młodych dorosłych—studentów regionu świętokrzyskiego The level of nicotine addiction and motivation to stop smoking among young adults—students from the Świętokrzyskie region. <i>Pielęgniarstwo</i>, 2019, 15. 7. Pękaś, J.; Dembe, K.. Leczenie uzależnienia od tytoniu: zarys problematyki. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i>, 2021, 27.1. 8. Cierzniańska K., et al. Wykonywanie Badań Fizykalnych w zakresie kompetencji pielęgniarskich. <i>Leczenie Ran</i>, 2021, 18.1. 9. Rzyman W., et al. Wytyczne i zalecenia zespołu ekspertów dotyczące wykrywania wczesnego raka płuca w Polsce. <i>Advances in Respiratory Medicine</i>, 2018, 86.I: 50-72. 10. Jankowskich P. Zasady profilaktyki chorób układu krążenia w 2018 roku. <i>Kardiologia Inwazyjna</i>, 2017, 12.6: 42-48. 11. Walewska E., et al. Palenie tytoniu wśród pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i>, 2015, 9.3. 12. Puto G., et al. Rozpoznawanie uzależnień od alkoholu i tytoniu wśród osób starszych. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i>, 2015, 23.3. 13. Pękaś J., Dembe K., Katarzyna. Leczenie uzależnienia od tytoniu: zarys problematyki. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i>, 2021, 27.1. 14. Czyż R., Kowalczyk, B.; Górniak I., Uzależnienie od tytoniu a motywacja do zerwania z nałogiem—badanie sondażowe palących studentów z wrocławskich uczelni wyższych= Uzależnienie od tytoniu a motywacja do zerwania z nałogiem—badanie sondażowe palących studentów z wrocławskich uczelni wyższych. <i>Journal of Education, Health and Sport</i>, 2016, 6.11: 341-351. 15. Schembri E., et al. Is chronic low back pain and radicular neuropathic pain associated with smoking and a higher nicotine dependence? A cross-sectional study using the DN4 and the Fagerström test for nicotine dependence. 2021. 16. Ayran G., et al. The effect of anxiety on nicotine dependence among university students during the COVID-19 pandemic. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 2022, 58.1: 114-123. 17. Cummings J.R., et al. Maternal nicotine dependence is associated with longitudinal increases in child obesogenic eating behaviors. <i>Pediatric obesity</i>, 2019, 14.11: e12541. 18. Gu, F., et al. Effect of nicotine dependence on quality of life and sleep quality in patients with lung cancer who continue to smoke after diagnosis. <i>Journal of thoracic disease</i>, 2018, 10.5: 2583. 19. Giannoulis S. V, et al. Examining the role of mitochondrial genetic variation in nicotine dependence. <i>Psychiatry Research</i>, 2022, 310: 114452. 20. Komiyama M. et al. Sex differences in nicotine dependency and depressive tendency among smokers. <i>Psychiatry Research</i>, 2018, 267: 154-159.

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

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Zachowania zdrowotne
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Przed badaniem należy się upewnić, że osoba badana potrafi samodzielnie czytać (np. kiedy używa okularów) oraz rozumie treść stwierdzeń. Instrukcja jest zrozumiała i osoba badana wie jak wypełnić arkusz i poradzi sobie z zadaniem. W trakcie badania nie wskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w znaczeniu wyjaśnienia stwierdzeń, nie wolno sugerować osobie badanej odpowiedzi. Po zakończeniu badania należy sprawdzić czy są odpowiedzi na wszystkie pytania i tam gdzie ich brakuje poprosić badanego o ich uzupełnienie.
	Struktura skali	Inwentarz umożliwia ustalenie ogólnego nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: <ol style="list-style-type: none"> 1. prawidłowych nawyków żywieniowych uwzględniających rodzaj spożywanej żywności takiej jak pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce, 2. zachowań profilaktycznych dotyczących przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby z różnych źródeł, 3. praktyk zdrowotnych obejmujących codzienne nawyki dotyczące rekreacji, snu i aktywności fizycznej, 4. pozytywnego nastawienia psychicznego charakteryzujących się unikaniem zbyt silnych emocji, stresów i napięć lub sytuacji wpływających przynębiająco.
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Inwentarz zachowań zdrowotnych został wykorzystany do badania zarówno osób zdrowych jak i chorych dorosłych. Również do programowania interwencji edukacyjnych w stosunku do pacjentów z chorobami przewlekłymi.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak dodatkowych kryteriów	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Zawiera 24 stwierdzenia, po 6 na każdą kategorię. Każda z pozycji wymaga od respondenta udzielenia jednej z 5 odpowiedzi, a mianowicie: 1 - prawie nigdy, 2 - rzadko, 3 - od czasu do czasu, 4 - często i 5 - prawie zawsze. Test posiada normy polskie, a analiza statystyczna wykazała istotne różnice związane z płcią.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszego kwestionariusza
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M., E. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przez i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego-badanie wstępne. <i>Journal of Education, Health and Sport</i>, 2016, 6.5. 2. Bojar I., et al. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. <i>Probl Hig Epidemiol</i>, 2007, 88.1: 74-77. 3. Szadkowska I., et al. Zmienność zachowań zdrowotnych pacjentów z pierwszym zawałem serca leczonych metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej-observacja roczna. <i>Hygeia Public Health</i>, 2016, 51: 77-81. 4. Dębosz M., Humańska M., Styl życia osób chorych na cukrzycę a występowanie u nich zespołu stopy cukrzycowej. <i>Long-Term Care Nursing</i>, 2019, 2.3. 5. Bejda G., et al. Wpływ religii na wybrane zachowania zdrowotne. <i>Postępy Nauk Medycznych</i>, 2018. 6. Badura-Brzoza K., et al. Stres okresu pandemii wirusa SARS-CoV-2 a zachowania prozdrowotne wśród personelu medycznego-doniesienie wstępne. <i>Psychiatria Polska</i>, 2021, 238. 7. Chałdaś-Majdańska J., et al. Analiza oczekiwań rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym wobec szkolnej edukacji zdrowotnej i działań promujących zdrowie w środowisku nauczania i wychowania a zachowania zdrowotne w rodzinie ucznia. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i>, 2020, 26.2: 155-163. 8. Kruk W., et al. The sense of coherence and health behaviour among university students. A long-term prospective study. <i>Medycyna Rodzinna</i>, 2017. 9. Skiba M., et al. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. <i>Hygeia</i>, 2018, 53.4: 363-370. 10. Michalak A., Ocena stanu odżywienia i nawyków żywieniowych młodzieży szkoły podstawowej w aspekcie ryzyka wybranych chorób cywilizacyjnych. <i>Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu</i>, 2022, 7.1: 25-50. 11. Górniak, E., Fidecki, W., Wysokiński, M., Dziedzic, B., Sienkiewicz, Z., Kulina, D., ... & Kaczmarek, B. Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych pielęgniarek. <i>Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa</i>, 51. 12. Nowicki G., J., et al. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych a zachowania zdrowotne pracowników medycznych i niemedycznych. <i>Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine</i>, 2017, 20.1: 41-47. 13. Majda A., et al. Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób wyznających islam i judaizm w Polsce-badania wstępne. <i>Problemy Higieny i Epidemiologii</i>, 2018, 99.3.

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

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

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

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

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tugnoli S., et al. Health Related Quality of Life and Mental Health in ICU Survivors: Post-Intensive Care Syndrome Follow-Up and Correlations between the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) and the General Health Questionnaire (GHQ-28). <i>Health</i>, 2022, 14.5: 477-506. 2. Nasim M., et al. Quality of life and mental health status in patients with lichen planopilaris based on Dermatology Life Quality Index and General Health Questionnaire-28 questionnaires. <i>International Journal of Women's Dermatology</i>, 2020, 6.5: 399-403. 3. Basirat A., et al. The correlation between using social networks and the general health of multiple sclerosis patients. <i>Multiple sclerosis international</i>, 2020, 2020. 4. Ruisoto P., et al. Social support mediates the effect of burnout on health in health care professionals. <i>Frontiers in Psychology</i>, 2021, 11: 623587. 5. Theofilou, P., Iona, D., & Tsironi, M. (2022). General Health, Fatigue and Social Support among Health Professionals: The Contribution of Sociodemographic and Occupational Variables. <i>World Journal of Clinical Medicine Research</i>, 28–37. Retrieved from https://www.scipublications.com/journal/index.php/wjcmr/article/view/419 6. Alizadeh N., et al. General Health Status of Patients with Pemphigus Vulgaris. <i>Journal of Skin and Stem Cell</i>, 2021, 8.1. 7. Zakeri, Mohammad Ali, et al. Psychosocial status during the prevalence of COVID-19 disease: the comparison between healthcare workers and general population. <i>Current Psychology</i>, 2021, 40.12: 6324-6332. 8. Senyszyn A, et al. Mental health impact of SARS-COV-2 pandemic on long-term care facility personnel in Poland. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i>, 2020, 21.11: 1576. 9. Mirhosseini S., Rezaei M., Mirbagher A.,. The effect of Benson relaxation technique on general health of patients with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. <i>Journal of Research Development in Nursing and Midwifery</i>, 2021, 18.1: 17-20. 10. Charzan-Rodak A., et al. Relationship between social competences and the sense of general mental health and intensity of stress among nurses. <i>Pomeranian Journal of Life Sciences</i>, 2020, 66.1: 53-56. 11. Derakhshanpour F, et al. Relationship between Ineffective Attitudes and General Health in Patients with Chronic Renal Disease Undergoing Hemodialysis in a Hospital in Gorgan, Iran. <i>Journal of Clinical and Basic Research</i>, 2021, 5.1: 22-30. 12. Linden M., Rotter M., Unemployment and embitterment in contrast to general psychological distress. <i>Work</i>, 2019, 62.1: 133-138. 13. Dadipoor S., et al. Association between self-efficacy and general health: a cross-sectional study of the nursing population. <i>BMC nursing</i>, 2021, 20.1: 1-6. 14. Lewko J.; Misiak B.; Sierzantowicz, R. The relationship between mental health and the quality of life of Polish nurses with many years of experience in the profession: a cross-sectional study. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 2019, 16.10: 1798. 15. Mokros Ł., et al. Mental health indices may fully mediate the relationship between morningness-eveningness and disease control among adult asthma patients. <i>Journal of Asthma</i>, 2022, 59.10: 1923-1932. 16. MENAWI, Wafaa, et al. Self-rated health and psychological health among hypertensive patients in Palestine. <i>Health Psychology Open</i>, 2020, 7.2: 2055102920973258.

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

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

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

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych z czego wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali:
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baka Ł.; Grala K. Polska adaptacja Krótkiej skali samoskuteczności w pracy (SVO-SES). <i>Medycyna Pracy</i>, 2022, 73.4: 325-336. 2. Wojcieszek A., Kurowska A., Majda A., Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i>, 2019, 2. 3. Stychno E., Ksykiewicz-Dorota A., Kulczycka K. Zaangażowanie w pracy pielęgniarek-przegląd badań. <i>Zeszyty Naukowe UPH seria Administracja i Zarządzanie</i>, 2018, 43.116: 81-91. 4. Kulpa M., et al. Strategie radzenia sobie z chorobą i poczucie własnej skuteczności u pacjentów chorych onkologicznie. <i>Palliative Medicine/Medycyna Paliatywna</i>, 2019, 11.2. 5. Skiba M., et al. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. <i>Hygeia</i>, 2018, 53.4: 363-370. 6. Sega A., et al. Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych pacjentów z podwyższonym ryzykiem okołoperacyjnym niedokrwienia mięśnia sercowego. <i>Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne</i>, 2018, 8.2. 7. Rybka M., i in. Wybrane aspekty sprawności funkcjonalnej oraz poczucia własnej skuteczności u pacjentów w wieku podeszłym z cukrzycą typu- 2. <i>Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej</i>, 2018, 3. 8. Matejko B., et al. Korelacja krótko- i długoterminowych parametrów kontroli metabolicznej z cechami osobowości u dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 leczonych za pomocą osobistych pomp insulinowych. <i>Psychiatria Polska</i>, 2022. 9. Yao et al. General self-efficacy modifies the effect of stress on burnout in nurses with different personality types <i>BMC Health Services Research</i> (2018) 18:667 https://doi.org/10.1186/s12913-018-3478-y 10. CHEN, Hong-Lin; LIU, Kun; TY, Qing-Sheng; Self-efficacy, cancer-related fatigue, and quality of life in patients with resected lung cancer; <i>European Journal of Cancer Care</i>, 2018; 27.6: e12934., DOI: 10.1111/ecc.12934 11. MO, Yuanyuan i in ; Anxiety of Nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 Epidemic and its Correlation With Work Stress and Self-efficacy. <i>J Clin Nurs</i>; 30(3-4): 397-405, 2021 12. KILIÇ, Nurhayat; ŞİMŞEK, Nuray. The effects of psychological first aid training on disaster preparedness perception and self-efficacy. <i>Nurse education today</i>, 2019, 83: 104203.

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

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

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

KWESTIONARIUSZ ORIENTACJI ŻYCIOWEJ (SOC – 29)

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

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

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

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

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

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

najbliższych. Jak dobrze znasz większość z nich?

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

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

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

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

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

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

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

7. Życie jest:

1	2	3	4	5	6	7
bardzo ciekawa				zupełnie jednostajne		

8. Do tej pory w Twoim życiu:

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

9. Czy masz poczucie, że jesteś traktowany niesprawiedliwie?

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

10. W ciągu ostatnich dziesięciu lat Twoje życie było:

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

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

1	2	3	4	5	6	7
niezwykle fascynującą				śmiertelnie nudna		

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

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

13. Co najlepiej opisuje Twój sposób patrzenia na życie?

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

14. Kiedy myślisz o swoim życiu, bardzo często:

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

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

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

16. Wykonywanie codziennych zajęć jest dla Ciebie źródłem:

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

17. Twoje życie w przyszłości będzie prawdopodobnie:

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

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

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

19. Czy miewasz mieszane uczucia i myśli?

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

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

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

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

	Struktura skali	Narzędzie MHLC obejmuje trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia: <ol style="list-style-type: none"> 1. wewnętrzny W – kontrola nad własnym zdrowiem zależy od jednostki, 2. wpływ innych (zewnętrzny) I – stan zdrowia jednostki jest wynikiem oddziaływania innych ludzi, obdarzonych mocą, szczególnie personelu medycznego, 3. przypadek (zewnętrzny) P – stan zdrowia jednostki jest wynikiem działania przypadku, o zdrowiu decyduje los
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Umiejscowienie kontroli nad zdrowiem (HLOC) może wpływać na zachowanie ludzi w odniesieniu do ich zdrowia, jak również na ich chęć uczestniczenia w podejmowaniu decyzji medycznych. HLOC może wyjaśniać zachowania prozdrowotne i zapobiegawcze oraz wpływać na preferencje ludzi dotyczące podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Umiejscowienie kontroli jest powiązane z zachowaniami zdrowotnymi i zachowaniami w chorobie. Szczególnie wiąże się z: poszukiwaniem informacji, zażywaniem leków, regularnym chodzeniem do lekarza, przestrzeganiem diety czy zaprzestaniem palenia papierosów. Badania różnych grup chorych przewlekle pokazują częstsze zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, w innych osobach lub w przypadku, przy wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia utrzymanym na podobnym poziomie jak u zdrowych
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Brak wskazań
	Stan badanych	Osoby dorosłe zdrowe i chore
	Sytuacje	Brak wskazań
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala MHLC jest narzędziem z kategorii A przeznaczonym dla psychologów oraz innych specjalistów w tym pielęgniarek i położnych. Do ich stosowania nie jest wymagane ukończenie szkolenia. Studenci mogą korzystać ze skali jedynie pod kierunkiem wykładowcy lub promotora uprawnionego do ich stosowania (z racji wykształcenia).	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak dodatkowych kryteriów	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala MHLC składa się z 18 stwierdzeń, po 6 odpowiednio dla każdego wymiaru. Zadaniem badanego jest określić na skali sześciostopniowej (1-zdecydowanie nie zgadzam się, 2-w pewnym stopniu nie zgadzam się, 3-w małym stopniu nie zgadzam się, 4-w małym stopniu zgadzam się, 5-w pewnym stopniu zgadzam się, 6-zdecydowanie zgadzam się) w jakim stopniu zgadza się z przedstawionymi mu stwierdzeniami. Ważne jest, aby osoba badana odpowiadała zgodnie z własnymi przekonaniami, a nie z tym co powinno się sądzić. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej skali sumując uzyskane punkty i nie można ich przedstawić za pomocą jednego ogólnego wskaźnika. Zakres otrzymanych wyników dla każdej z trzech skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy jest wynik, tym silniejsze przekonanie jednostki o wpływie danego czynnika na jej stan zdrowia.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marton G., et al. Patients' health locus of control and preferences about the role that they want to play in the medical decision-making process. <i>Psychology, health & medicine</i>, 2021, 26.2: 260-266. 2. Ganjoo M., et al. Association between health locus of control and perceived stress in college student during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study in Iran. <i>BMC psychiatry</i>, 2021, 21.1: 1-9. 3. Mercer D., A., et al. Health locus of control is associated with physical activity and other health behaviors in cardiac patients. <i>Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention</i>, 2018, 38.6: 394-399. 4. West L. M.; Theuma R., Cordina M., Health locus of control: Its relationship with medication adherence and medication wastage. <i>Research in Social and Administrative Pharmacy</i>, 2018, 14.11: 1015-1019. 5. Nikolau I., et al. Health locus of control and quality of life in diabetes mellitus: A cross-sectional study. <i>International Journal of Midwifery and Nursing Practice</i>, 2019, 95-101. 6. Deluga A., et al. The health locus of control and health behaviours declared by students of health sciences. <i>Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century</i>, 2018, 17.1: 10-17. 7. Naz, Marzieh Saei Ghare, et al. Relationship of Health Locus of Control with Breast Cancer Screening Belief of Iranian Women. <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP</i>, 2019, 20.3: 699. 8. Olagoke A., Olagoke O., Hugnes A. M., Intention to vaccinate against the novel 2019 coronavirus disease: The role of health locus of control and religiosity. <i>Journal of religion and health</i>, 2021, 60.1: 65-80. 9. Miazgowski T., et al. The impact of health locus of control and anxiety on self-monitored blood glucose concentration in women with gestational diabetes mellitus. <i>Journal of Women's Health</i>, 2018, 27.2: 209-215. 10. Wilski M.; Broła W., Tomczak M. Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: Mediating effect of coping strategies. <i>Research in Nursing & Health</i>, 2019, 42.4: 296-305. 11. Puto G., i in. Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród osób starszych z zespołem słabości Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród osób starszych z zespołem kruchości. <i>Gerontologia Polska</i>, 2019, 2. 12. Tabaczyńska M., Poczucie kontroli zdrowia u pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. 2019. 13. Mendrycka M., et al. Umiejscowienie kontroli zdrowia a zachowania zdrowotne pielęgniarek. <i>Hygeia Public Health</i>, 2019, 54.1: 30-40.

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszego inwentarza
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Betke K., Basińska M.A., Andruszkiewicz A., Nurses' sense of coherence and stress management strategies against the types of health status. <i>Nursing Open</i>, 2021, 8.6: 3403-3410. 2. Lembas D., i in. Wpływ czynników demograficznych na wybierane przez osoby starsze strategie radzenia sobie ze stresem. <i>Przegląd Medycyny Rodzinnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej</i>, 2017, 1: 34-38. 3. Białek K., Sadowski M., Poziom stresu i strategie radzenia sobie ze stresem przez lekarzy pracujących w oddziałach intensywnej terapii. <i>Intensywna terapia anesteziologiczna</i>, 2019, 51.5: 361-369. 4. Rzeszutek M, Oniszenko W., Firląg-Burkacka E., Wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie ze stresem, odporność i rozwój potraumatyczny w polskiej próbie osób zakażonych wirusem HIV: wyniki rocznego badania podłużnego. <i>Journal of Behavioral Medicine</i>, 2017, 40.6: 942-954. 5. Rzeszutek M, Oniszenko W., Kwiatkowska B., Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients. <i>Psychology, health & medicine</i>, 2017, 22.9: 1082-1088. 6. Wojtas K., The level of negative emotions, coping with stress and social support for parents of children with epilepsy. <i>Folia Medica Cracoviensia</i>, 2014. 7. Bodys-Cupak I., et al. Psycho-social components determining the strategies of coping with stress in undergraduate Polish nursing students. <i>BMC nursing</i>, 2021, 20.1: 1-13. 8. MacIntyre PD, Gregersen T, Mercer S. Language teachers' coping strategies during the Covid-19 conversion to online teaching: Correlations with stress, wellbeing and negative emotions. <i>System</i>. 2020 Nov;94:102352. doi: 10.1016/j.system.2020.102352. Epub 2020 Aug 22. PMID: PMC7443158. 9. Huang, Long; XU, Fuming; LIU, Hairong. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. <i>MedRxiv</i>, 2020. 10. Puto G., et al. Stress and Coping Strategies of Nurses Working with Patients Infected with and Not Infected with SARS-CoV-2 Virus. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 2021, 19.1: 195. 11. Zapater-Fajari M., et al. Resilience and psychobiological response to stress in older people: the mediating role of coping strategies. <i>Frontiers in aging neuroscience</i>, 2021, 13: 632141. 12. Vannini P., et al. Stress, resilience, and coping strategies in a sample of community-dwelling older adults during COVID-19. <i>Journal of psychiatric research</i>, 2021, 138: 176-185. 13. Szatkowska K., Szkulmowski Z. Codzienne zmęczenie i strategie radzenia sobie ze stresem u opiekunów rodzinnych osób wentylowanych mechanicznie w domu. <i>Medycyna paliatywna w praktyce</i>, 2018, 12.2: 86-96. 14. Sikora K. et al. The Occurrence of Stress, Illness Acceptance and the Quality of Life of Patients after Pacemaker Implantation. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 2022, 19.21: 14133. 15. Vargas-Roman K., et al. Coping strategies in elderly colorectal cancer patients. <i>Cancers</i>, 2022, 14.3: 608.

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych z czego wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pałucka K. i in. Zadowolenie z życia kobiet po menopauzie. <i>Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio</i>, 2022, 3.51: 76-83. 2. Wysokiński M., i in. Satysfakcja z życia pacjentów neurogeriatrycznych. <i>Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne</i>, 2018, 7.4. 3. Górczewska B., Jakubowska-Pietkiewicz E. Czy akceptacja choroby oraz satysfakcja z życia kobiet z osteoporozą pomenopauzalną jest niezależny od BMI?. <i>Psychiatria Polska</i>, 2022, 56.3. 4. Gebuza G., et al. Wsparcie społeczne jako determinant zadowolenia z życia u kobiet w okresie ciąży i po cięciu cesarskim. <i>Psychiatr. Pol.</i>, 2018, 52.3: 585-598. 5. Glińska J., i in. Satysfakcja z życia pacjentów leczonych dietą drogą dojelitową i pozajelitową. <i>Pielęgniarstwo-Chirurgiczne i Angiologiczne</i>, 2018, 1. 6. Rafa G., Czyżowska D., Kontrola zdrowia a wsparcie społeczne i satysfakcja z życia w okresie późnej dorosłości. <i>Psychologia rozwojowa</i>, 2020, 25.2. 7. Kwiatkowska G. E., Satysfakcja z życia a poziom akceptacji choroby przez osoby starsze. <i>Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J–Paedagogia-Psychologia</i>, 2018, 31.3. 8. Lorenzo-Seva U., et al. Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. <i>Quality of Life Research</i>, 2019, 28.5: 1255-1264. 9. Yun Y. H., et al. The satisfaction with life scale and the subjective well-being inventory in the general Korean population: psychometric properties and normative data. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 2019, 16.9: 1538. 10. Jaworski M., i in. Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland. <i>Journal of Nursing Management</i>, 2020, 28.8: 1948-1959. 11. Oznur Tulunay Ateş ;Intermediary Role of Ways of Coping with Stress in the Relationship between Satisfaction with Life and Motivation 12. ;<i>Journal of Education and e-Learning Research</i> Vol. 6, No. 1, 1-9, 2019 DOI: 10.20448/journal.509.2019.61.1.9 13. Zadworna, M. i Kossakowska, K. (2021). Zachowania zdrowotne polskich seniorów przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych: efekt prężności zapośredniczony przez zadowolenie z życia. <i>Journal of Public Health</i>, 29, 725-733. 14. Szabo A, Böhm T, Köteles F. Relationship between aerobic fitness, blood pressure and life satisfaction. <i>Balt J Health Phys Act.</i> 2020;12(2):1-11. doi: 10.29359/BJH-PA.12.2.01 15. Di Castro, VC, Hernandes, JC, Mendonça, ME i in. Life satisfaction and positive and negative feelings of workers: a systematic review protocol. <i>Syst Rev</i> 7, 243 (2018). https://doi.org/10.1186/s13643-018-0903-6

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

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

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

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

SKALA:

1. WIEDZA – ocena subiektywna

Po każdym pytaniu zaznacz jedną odpowiedź, która wydaje się najwłaściwsza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. WIEDZA – ocena obiektywna

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

Zakreśl jedną właściwą odpowiedź

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

2.2. Zalecenia dotyczące diety pacjenta.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

2.3. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

2.4. Zalecenia dotyczące przyjmowania leków.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

2.5. Zalecenia dotyczące badań kontrolnych.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

2.6. Objawy, które powinny spowodować wezwanie pogotowia.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

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

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

3. OCZEKIWANIA

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

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

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

Wersja 1 dla badacza

SKALA:

1. WIEDZA – ocena subiektywna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. WIEDZA – ocena obiektywna

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

Zakreśl jedną właściwą odpowiedź

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

2.2. Zalecenia dotyczące diety pacjenta.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

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

2.3. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

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

2.4. Zalecenia dotyczące przyjmowania leków.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

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

2.5. Zalecenia dotyczące badań kontrolnych.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

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

2.6. Objawy, które powinny spowodować wezwanie pogotowia.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

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

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

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

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

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

3. OCZEKIWANIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buszko K., Kosobucka A., Michalski P., et. al. The Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale - (RHD MIS). MRJ 2017;2(1):20-28; DOI: 10.5603/ Med Res J.2017.0004 2. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Fabiszak T, Felsmann M, Kubica A. The impact of readiness to discharge from hospital on adherence to treatment in patients after myocardial infarction. <i>Cardiol J</i>. 2022;29(4):582-590. doi: 10.5603/CJ.a2020.0005. Epub 2020 Feb 10.PMID: 32037501 3. Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Michalski P, Kosobucka A, Fabiszak T, Kubica A. The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction. <i>Patient Educ Couns</i>. 2022 Feb;105(2):426-431. doi: 10.1016/j.pec.2021.05.030. Epub 2021 May 23.PMID: 34059362 4. Kosobucka A, Kasprzak M, Michalski P, et al. Relation of the Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale to socio-demographic and clinical factors. An observational study. <i>Med Res J</i>. 2018; 3(1): 32–37, doi: 10.5603/mrj.2018.0006. 5. Kubica A, Pietrzykowski Ł. The therapeutic plan implementation^[1] in patients discharged from the hospital after myocardial infarction. <i>Med Res J</i> 2021; 6 (2): 79–82 6. Kubica A, Kosobucka A, Michalski P, et al. Self-reported questionnaires for assessment adherence to treatment in patients with cardiovascular diseases. <i>Medical Research Journal</i>. 2018; 2(4): 115–122, doi: 10.5603/mrj.2017.0015^[1] 7. Kosobucka A, Pietrzykowski Ł, Michalski P, et al. Impact of readiness for discharge from the hospital on the implementation of the therapeutic plan. <i>Medical Research Journal</i>. 2020; 5(4): 256–264, doi: 10.5603/mrj.a2020.0047. 8. Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Michalski P, et al. The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction, <i>Patient Educ Couns</i>, doi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.030.

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

I.5.B. Wykaz skal powszechnie stosowanych

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

		(ocena skuteczności i bezpieczeństwa nowych schematów deeskalacji leczenia przeciwplytkowego); u pacjentów chorujących na inne choroby przewlekłe w tym u osób ze specyficznymi schorzeniami takimi jak stwardnienie rozsiane oraz cukrzyca typu 2
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby powyżej 18 roku życia
	Miejsce badanych	Bez ograniczeń
	Stan badanych	Osoby zdolne do udzielenia odpowiedzi na pytania.
	Sytuacje	Rozpoznanie u badanego choroby przewlekłej wymagającej stosowania stałej farmakoterapii.
	Inne	Skala posiada walidacje w Polsce, Brazylii, Indiach, Omanie
Osoby, które mogą stosować skalę	Wszystkie osoby wchodzące w skład zespołów terapeutycznych lub badawczych (lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, studenci itd.)	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	
Klucz do skali/ interpretacja wyników	<u>Punktacja</u>	
	A – 4	
	B – 3	
	C – 2	
	D – 1	
E – 0		
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW:		
	Liczba punktów	Normy centylowe
	≤20	poziom niski
	21-26	poziom średni
	≥27	poziom wysoki
Formularz skali/ kwestionariusz		
Skala adherence w chorobach przewlekłych		
The Adherence in Chronic Diseases Scale (ACDS)		
Autor: Aldona Kubica		
<p>Poniżej zamieszczono zestaw 7 pytań wraz z odpowiedziami. Proszę ocenić, która z odpowiedzi najlepiej odzwierciedla Twoje zachowania, Twoją sytuację oraz Twoje poglądy. Proszę o udzielenie szczerych odpowiedzi poprzez zaznaczenie właściwej znakiem X.</p>		
<p>1. Czy zawsze pamiętasz o przyjmowaniu wszystkich leków zgodnie z zaleceniami lekarza? A. Zawsze B. Prawie zawsze C. Czasami D. Prawie nigdy E. Nigdy</p>		
<p>2. Czy okresowo zmieniasz dawkowanie leków bez porozumienia ze swoim lekarzem? A. Nigdy B. Bardzo rzadko C. Czasami D. Często E. Nie stosuję się wcale do zalecanego dawkowania</p>		

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych, z czego 25 wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> Kubica A, Kosobucka A, Michalski P, et al. Skala adherence w chorobach przewlekłych — nowe narzędzie do badania realizacji planu terapeutycznego. <i>Folia Cardiologica</i> 2017; 12: 19–26. Buszko K, Obońska K, Michalski P, et al. The Adherence Scale in Chronic Diseases (ASCD). The power of knowledge: the key to successful patient — health care provider cooperation. <i>Medical Research Journal</i> 2016; 1: 37–42. Kubica A, Kosobucka A, Michalski P, et al. Self-reported questionnaires for assessment adherence to treatment in patients with cardiovascular diseases. <i>Medical Research Journal</i> 2018; 2: 115–122. Kubica A, Gruchała M, Jaguszewski M, et al. Adherence to treatment — a pivotal issue in long-term treatment of patients with cardiovascular diseases. An expert standpoint. <i>Medical Research Journal</i> 2018; 2: 123–127. Olkiewicz J, Bonek R, Filipka K, et al. Adherence to Therapeutic Recommendations in Patients Suffering from Multiple Sclerosis. <i>The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing</i> 2020; 9: 103–107. Mekonnen GB, Gelayee DA. Low Medication Knowledge and Adherence to Oral Chronic Medications among Patients Attending Community Pharmacies: A Cross-Sectional Study in a Low-Income Country. <i>Biomed Res Int</i> 2020; 2020: 1–8.

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Al-Noumani H, Al-Harrasi M, Jose J, et al. Medication Adherence and Patients' Characteristics in Chronic Diseases: A National Multi-Center Study. <i>Clin Nurs Res</i> 2022; 31: 426–434. 8. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, et al. Adherence to treatment assessed with the Adherence in Chronic Diseases Scale in patients after myocardial infarction. <i>Patient Prefer Adherence</i> 2018; Volume 12: 333–340. 9. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, et al. The impact of readiness to discharge from hospital on adherence to treatment in patients after myocardial infarction. <i>Cardiol J</i> 2022; 29: 582–590. 10. Michalski P, Kasprzak M, Siedlaczek M, et al. The impact of knowledge and effectiveness of educational intervention on readiness for hospital discharge and adherence to therapeutic recommendations in patients with acute coronary syndrome. <i>Medical Research Journal</i>. Epub ahead of print 15 June 2020. DOI: 10.5603/MRJ.a2020.0023. 11. Kubica A, Kosobucka A, Fabiszak T, et al. Assessment of adherence to medication in patients after myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention. Is there a place for new self-reported questionnaires? <i>Curr Med Res Opin</i> 2019; 35: 341–349. 12. Karczewska O, Młynarska A. The Influence of Antiarrhythmic Device Intervention on Biopsychosocial Functioning and Anxiety in Patients with an Implanted Cardioverter Defibrillator. <i>Medicina (B Aires)</i> 2021; 57: 113. 13. Laskowska E, Michalski P, Pietrzykowski Ł, et al. Implementation of therapeutic recommendations in high cardiovascular-risk patients. The Polish population of EUROASPIRE V survey. <i>Medical Research Journal</i> 2021; 6: 230–236. 14. Kubica A, Michalski P, Kasprzak M, et al. Two different approaches to assess adherence to medication in Polish cohort of the EUROASPIRE V registry. <i>Medical Research Journal</i> 2022; 7: 108–113. 15. Kubica J. Adherence to medication — a never-ending story. <i>Medical Research Journal</i> 2021; 6: 277–278. 16. Michalski P, Kasprzak M, Pietrzykowski Ł, et al. Ambulatory assessment of medication adherence in high cardiovascular-risk patients. The Polish population of the EUROASPIRE V survey. <i>Medical Research Journal</i> 2021; 6: 316–321. 17. Kubica A, Adamski P, Bączkowska A, et al. The rationale for Multilevel Educational and Motivational Intervention in Patients after Myocardial Infarction (MEDMOTION) project is to support multicentre randomized clinical trial Evaluating Safety and Efficacy of Two Ticagrelor-based De-escalation Antiplatelet Strategies in Acute Coronary Syndrome (ELECTRA – SIRIO 2). <i>Medical Research Journal</i> 2020; 5: 244–249. 18. Kubica A, Bączkowska A. Rationale for motivational interventions as pivotal element of multilevel educational and motivational project (MEDMOTION). <i>Folia Cardiol</i> 2020; 15: 6–10. 19. Kubica J, Adamski P, Buszko K, et al. Rationale and Design of the Effectiveness of LowEr maintenance dose of TicagRelor early After myocardial infarction (ELECTRA) pilot study. <i>Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother</i> 2018; 4: 152–157. 20. Kubica A. Rationale of cardiopulmonary resuscitation training as an element of multilevel educational and motivational project (MEDMOTION). <i>Disaster and Emergency Medicine Journal</i>. Epub ahead of print 4 May 2020. DOI: 10.5603/DEMJ.a2020.0017. 21. Al-Noumani H, Al-Harrasi M, al Zaabi O, et al. Predictors of health-related quality of life in patients with non-communicable diseases: A national cross-section study. <i>Applied Nursing Research</i> 2022; 64: 151566. 22. Ślusarz R, Olkiewicz J, Bonek R, et al. The Impact of Motor Disability and the Level of Fatigue on Adherence to Therapeutic Recommendations in Patients with Multiple Sclerosis Treated with Immunomodulation. <i>Int J Med Sci</i> 2021; 18: 3609–3614.
--	--

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

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

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

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. A. Czerw, U. Religioni, P. Szumilas, K. Sygit, O. Partyka, D. Mękal, S. Jopek, M. Mikos, L. Strzypek. (2022). Normalizacja kwestionariusza AIS (Acceptance of Illness Scale) i możliwości jego zastosowania wśród pacjentów onkologicznych. <i>Ann Agric Środowisko Med.</i>, 29(2), s. 269-273. https://doi.org/10.26444/aaem/144197 2. Uchmanowicz I, Pieniacka M, Kuśnierz M, et al. Akceptacja choroby a jakość życia w niewydolności serca. <i>Problem Pielęg.</i> 2015; 23(1): 69-74. https://doi.org/10.5603/PP.201...

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

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

Narzędzia standaryzowane mające zastosowanie w promocji zdrowia

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

Klucz do skali/ interpretacja wy- ników	Wynik skali (cz. 1+ cz. 2 + cz. 3)	
	Liczba punktów	Normy centylowe
	≤78	poziom niski
	79-93	poziom średni
	≥94	poziom wysoki
	<i>Maksymalna punktacja – pacjent bardzo dobrze funkcjonuje w chorobie</i>	
	<i>Minimalna punktacja – pacjent źle funkcjonuje w chorobie</i>	
	Wynik podskali cz. 1. Oddziaływanie choroby na pacjenta	
	Liczba punktów	Normy centylowe
	≤23	poziom niski
	24-33	poziom średni
	≥34	poziom wysoki
	<i>Maksymalna punktacja – choroba nie ma wpływu na funkcjonowanie pacjenta</i>	
	<i>Minimalna punktacja – choroba ma bardzo duży wpływ na funkcjonowanie pa- cjenta</i>	
	Wynik podskali cz. 2. Oddziaływanie pacjenta na chorobę	
Liczba punktów	Normy centylowe	
≤24	poziom niski	
25-29	poziom średni	
≥30	poziom wysoki	
<i>Maksymalna punktacja – pacjent uważa, że ma bardzo duży wpływ na przebieg choroby</i>		
<i>Minimalna punktacja – pacjent uważa, że nie ma wpływu na przebieg choroby</i>		
Wynik podskali cz. 3 Oddziaływanie choroby na postawy pacjenta		
Liczba punktów	Normy centylowe	
≤27	poziom niski	
28-33	poziom średni	
≥34	poziom wysoki	
<i>Maksymalna punktacja – pacjent bardzo optymistycznie zapatruje się na przy- szłość</i>		
<i>Minimalna punktacja – pacjent bardzo pesymistycznie zapatruje się na przyszłość</i>		
Formularz skali/ kwestionariusz		
Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej		
The functioning in the chronic illness scale (FCIS)		
Autor: Aldona Kubica		
<i>Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając tą odpowiedź (otaczając kółkiem), która najlepiej odzwierciedla Pana/i opinię. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.</i>		
Część pierwsza – Oddziaływanie choroby na pacjenta		
<i>Subiektywna ocena pacjenta na to jak choroba wpływa na jego życie</i>		
<i>Maksymalna punktacja – choroba nie ma wpływu na funkcjonowanie pacjenta</i>		
<i>Minimalna punktacja – choroba ma bardzo duży wpływ na funkcjonowanie pacjenta</i>		
1. Moja wydolność fizyczna jest podobna, jak przed chorobą		
Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)		
2. Choroba ogranicza moją aktywność fizyczną.		
Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)		
3. Pomimo choroby czuję się pełnowartościowym człowiekiem.		
Zdecydowanie NIE (1); raczej nie (2); nie wiem (3); raczej tak (4); zdecydowanie TAK (5)		
4. Od kiedy zachorowałem stałem się ciężarem dla mojej rodziny.		
Zdecydowanie NIE (5); raczej nie (4); nie wiem (3); raczej tak (2); zdecydowanie TAK (1)		

5. Pomimo choroby czuję się dobrze.

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

6. Moje samopoczucie jest gorsze niż przed chorobą.

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

7. Moje życie jest takie samo jak przed chorobą.

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

8. Moja choroba ograniczyła kontakty towarzyskie i rodzinne.

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

Część druga – Oddziaływanie pacjenta na chorobę

Określenie poglądów pacjenta na możliwości wpływu na przebieg choroby

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

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

1. Moja choroba jest wyłącznie skutkiem moich zaniedbań.

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

2. Moja choroba zdarzyła się niezależnie ode mnie.

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

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

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

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

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

5. Regularne przyjmowanie leków może poprawić stan mojego zdrowia.

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

6. Leki często bardziej szkodzą niż pomagają.

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

7. Codzienna aktywność fizyczna może poprawić stan mojego zdrowia.

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

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

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

Część trzecia – Oddziaływanie choroby na postawy pacjenta

Określenie postawy pacjenta wobec nowej sytuacji życiowej

Maksymalna punktacja – pacjent bardzo optymistycznie zapatruje się na przyszłość

Minimalna punktacja – pacjent bardzo pesymistycznie zapatruje się na przyszłość

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

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

2. Czuję się bezradny wobec choroby.

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

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

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

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

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

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

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

6. Sama myśl o chorobie przeraża mnie.

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

7. Myślę pozytywnie o przyszłości.

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

8. Mam wrażenie, że choroba zabrała mi wszystko.

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

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu artykułów tematycznych, z czego wybrano do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buszko K, Pietrzykowski Ł, Michalski P, et al. Validation of the Functioning in Chronic Illness Scale (FCIS). <i>Med Res J.</i> 2018;3(2): 63–69 2. Kubica A. Self-reported questionnaires for a comprehensive assessment of patients after acute coronary syndrome. <i>Med Res J.</i> 2019; 4(2): 106–109 3. Michalski P, Kasprzak M., Kosobucka A et al. Sociodemographic and clinical determinants of the functioning of patients with coronary artery disease. <i>Med. Res J.</i> 2021, 6(1): 21-27 4. Karczewska, O.; Młynarska, A. The Influence of Antiarrhythmic Device Intervention on Biopsychosocial Functioning and Anxiety in Patients with an Implanted Cardioverter Defibrillator. <i>Medicina</i> 2021, 57, 113. https://doi.org/10.3390/medicina57020113 5. Michalski P, Kasprzak M., Kosobucka-Ozdoba A et al. The impact of knowledge on the functioning of patients with coronary artery disease. <i>Med. Res J</i> 2022; 7(3): 223-227 6. Kubica A., Adamski P, Bączkowska A et al. The rationale for Multilevel Educational and Motivational Intervention in Patients after Myocardial Infarction (MEDMOTION) project is to support multicentre randomized clinical trial Evaluating Safety and Efficacy of Two Ticagrelor-based De-escalation Antiplatelet Strategies in Acute Coronary Syndrome (ELECTRA – SIRIO 2). <i>Med. Res J.</i> 2020; 5(4): 224-249 7. Kubica J., Adamski P, Niezgoda P et al. A new approach to ticagrelor-based de-escalation of antiplatelet therapy after acute coronary syndrome. A rationale for a randomized, double-blind, placebo-controlled, investigator-initiated, multicenter clinical study. <i>Cardiol J.</i> 2021; 28(4): 607-614 8. Kubica J., Podhajski P, Magielski P et al. IMPACT of PCSK9 inhibition on clinical outcome in patients during the inflammatory stage of the SARS-COV-2 infection: Rationale and protocol of the IMPACT-SIRIO 5 study. <i>Cardiol J.</i> 2022; 29(1): 140-147 9. Kubica A., Michalski P, Kasprzak M et al. Functioning of patients with post-COVID syndrome — preliminary data. <i>Med. Res J.</i> 2021, 6(3): 224-229 10. Kubica A., Michalski P, Pietrzykowski L et al. Post COVID-19 rehabilitation (PCR-SIRO 8) study. A rationale and protocol of the study. <i>Med. Res J</i> 2022 DOI: 10.5603/MRJ.a2022.0046