

III. SKALE I KWESTIONARIUSZE STANDARYZOWANE Z ZASTOSOWANIEM WIODĄCYM W ZABIEGOWYCH DZIAŁACH MEDYCyny

W tym rozdziale opisano wybrane narzędzia, skale, kwestionariusze standaryzowane z zastosowaniem wiodącym w zabiegowych działach medycyny, zarówno w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych, jak i w nauczaniu klinicznym (w symulacji medycznej i w warunkach rzeczywistych), a także w prowadzeniu badań naukowych w tym obszarze. Sklasyfikowano je w pięć grup, a w ramach każdej grupy w trzy pakiety: grupa 1. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne – cz. I (pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: *Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R)*, *Skala oceny rany (TELER)*, *Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran (TILI)*, *Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pielęgniarek (KWJPBP)*, *Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pacjenta (SCQIPP)*, *Skala owrzodzeń w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej (WIFI)*, *Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)*, *Skala Rockalla*; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *Scar Cosmesis Assessment and Rating Scale (SCAR)*, *Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS)*, *Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning (ELPO)*; pakiet: *Wykaz skal powszechnie stosowanych: Skala dla oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych (POSSUM)*, *Klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żylniej (CEAP)*, *Skala przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine'a*, *Ocena stopnia ryzyka zakrzepicy żył głębokich (WELLSA)*, *Ocena ryzyka wystąpienia żylniej choroby zakrzepowozatorowej (ŻChZZ) u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym (skala Capriniego)*, *Skala oceniająca głębokość i poziom uszkodzenia tkanek (MCW)*, *Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii (SACS)*, *Skala stosowana w rozpoznawaniu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki (RANSONA)*, *Podstawowa ocena zaawansowania i ciężkości zakażenia w zespole stopy cukrzycowej (PEDIS)*); grupa 2: Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne – cz.II, pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: *Trauma Index*, *Skala Glasgow-Blatchford*, *Skale ryzyka krwawienia podczas leczenia przeciwkrzepliwego (HAS- BLED)*, *Skala Balthazara (CTSI)*, *Skale oceny lęku przedoperacyjnego*, *Skala Boston - Ocena przygotowania jelita do kolonoskopii (BBPS)*, *Klasyfikacja Forresta do oceny ryzyka nawrotu krwawienia z gopp*, *Klasyfikacja Los Angeles oceny nasilenia nadżerkowego zapalenia*

przełyku, Skala Padewska Oceny Ryzyka (ŻChZZ), Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Jorge-Wexnera (Skala Cleveland), Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Rockwooda –Fecal Incontinence Severity Index (FISI), Ocena stanu obrażeń u pacjenta w okresie pourazowym (RTS)); grupa 3. Ortopedia i pielęgniarstwo ortopedyczne, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Formularz Międzynarodowego Komitetu Dokumentacji Kolana (IKDC), Punktowa ocena stawu kolanowego - skala Lysholm & Gillquist, Skala KOOS; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *The Tapper and Hoover grading system*, *Harris Hip Score (HHS)*, *Musculoskeletal Functional Assessment Questionnaire (MFA)*, *The Activities of Daily Living Scale of the Knee Outcome Survey (ADLS)*, *Lequesne Index of Severity – Knee (Lequesne ISK)*, *Dreiser's functional index*, *Hip distability and osteoarthritis outcome score (HOOS)*, *Oxford Knee Score*, *Modified Cincinnati Rating System*, *Intermittent and constant osteoarthritis pain – hip or knee version (ICOAP)*; pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: *Indeks WOMAC*, *Skala SF-36*, *Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne'a*, *Skala Laitinen*); grupa 4. Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo – ginekologiczne, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: *The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale (IIFAS)*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire for Breast Cancer (EORTC QLQ- BR23)*, *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, The cervical cancer-specific Quality of Life (EORTC QLQ- CX24)*, *The Fertility Quality of Life (FertiQoL)*, *Female Sexual Function Index Questionnaire (FSFI)*; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)*, *Menopause Rating Scale (MRS)*, *Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire– Self-Administered (PCOSQ)*, *Kwestionariusz 30-item Endometriosis Health Profile (EHP-30)*, *The Birth Satisfaction Scale (BBS)*, *The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)*, *Pregnancy Health Behaviors Scale (PHBS)*); grupa 5. Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: *Skala GRBAS*, *Skala Lund-Mackay*, *Skala House'a- Brackmana*, *Skala Centora*.

III.1. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

Marta Hreńczuk, Tomasz Piątek

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawski Uniwersytet Medyczny

III. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- III. 1. A. 1. Skala oceny stopnia ryzyka infekcji rany (W.A.R)
- III. 1. A. 2. Skala oceny rany (TELER)
- III. 1. A. 3. Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran (TILI)
- III. 1. A. 4. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pielęgniarek (KWJPBP)
- III. 1. A. 5. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym - wersja dla pacjenta (SCQIPP)
- III. 1. A. 6. Skala owrzodzeń w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej (WIFI)
- III. 1. A. 7. Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)
- III. 1. A. 8. Skala Rockalla

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

- III. 1. B. 1. Scar Cosmesis Assessment and Rating Scale (SCAR)
- III. 1. B. 2. Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS)
- III. 1. B. 3. Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning (ELPO)

III. 1. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- III. 1. C. 1. Skala dla oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych (POSSUM)
- III. 1. C. 2. Klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żylniej (CEAP)
- III. 1. C. 3. Skala przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine'a
- III. 1. C. 4. Ocena stopnia ryzyka zakrzepicy żył głębokich (WELLSA)

III. 1. C. 5. Ocena ryzyka wystąpienia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych (ŻChZZ) u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym (skala Capriniego)

III. 1. C. 6. Skala oceniająca głębokość i poziom uszkodzenia tkanek (MCW)

III. 1. C. 7. Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii (SACS)

III. 1. C. 8. Skala stosowana w rozpoznawaniu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki (RANSONA)

III. 1. C. 9. Podstawowa ocena zaawansowania i ciężkości zakażenia w zespole stopy cukrzycowej (PEDIS)

III.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.1. Stopnie zagrożenia rany infekcją | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Wounds at risk score | |
| Skrót | W.A.R | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Międzynarodowa grupa ekspertów zajmujących się problematyką leczenia ran z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Austrii, Szwajcarii, Włoch i Królestwa Bahrajnu [1] |
| | Rok publikacji | 2011 |
| | Źródło | Zaprezentowana na konferencji European Wound Management Association, w Brukseli i opisana w Pharmacology and Physiology Journal [1]. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Polskie Towarzystwo Leczenia Ran |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | Sapata M, Jawień A, Mrozikiewicz-Rakowska B, i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych - przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. Zalecenia polskiego towarzystwa leczenia ran, Leczenie Ran 2020; 17(1): 1-21. |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Opiera się na ocenie czynników ryzyka i predyspozycji do wystąpienia zakażenia rany, a tym samym umożliwia podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych bądź profilaktycznych [1-4]. |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Obecność rany chirurgicznej, urazowej, przewlekłej, trudno gojącej się. |
| | Struktura skali | Opisowo-numeryczna |

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Orientacyjny czas badania | 5 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Owzrodenia przewlekłe [3], niedokrwienne, cukrzycowe [5-10]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | W każdym wieku |
| | Miejsce badanych | Zakłady opieki zdrowotnej - szpitale, Podstawowa Opieka Zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, hospicjum, Zakłady Opiekuńczo Lecznicze, środowisko domowe pacjenta. |
| | Stan badanych | |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? lekarze, pielęgniarki/rze, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto? opiekun medyczny | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Każdemu z czynników ryzyka przypisuje się wartość parametryczną (1, 2 lub 3). Jeśli suma punktów przypisanych czynnikom ryzyka jest równa lub przekracza 3, rana zostaje uznana za zagrożoną infekcją i należy podjąć stosowne działania terapeutyczne. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| Klasa ryzyka | Przykłady | Punkty W.A.R. (punkty mogą być sumowane, jeśli czynników jest więcej niż jeden) |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| I | <ul style="list-style-type: none"> a) nabyte choroby immunosupresyjne (np. cukrzyca) b) upośledzenia immunologiczne nabyte na skutek terapii (np. cyklosporynami, metotreksatem, glikokortykoidami lub przeciwciałami) c) nowotwór lity d) uogólnione zaburzenia hematologiczne e) zaburzenia w gojeniu rany pooperacyjnej skutkujące nieplanowanym gojeniem wtórnym f) rany potencjalnie ciężko skontaminowane okolicy odbytu czy narządów moczowo-płciowych g) problemy higieniczne związane ze środowiskiem zawodowo-bytowym h) wiek powyżej 80 lat i) rana niegojąca się dłużej niż rok j) rozmiar rany przekraczający 10 cm² k) rany przewlekłe (niezależnie od etiologii) o głębokości < 1,5 cm l) przedłużenie hospitalizacji > 3 tygodni | każdy z wymienionych czynników ryzyka to 1 punkt |
| II | <ul style="list-style-type: none"> a) ciężkie nabyte upośledzenie odporności (np. infekcja HIV) b) ciężko skontaminowane rany ostre c) ukąszenia, rany kłute, postrzelenia, o głębokości 1,5–3,5 cm | każdy z wymienionych czynników ryzyka to 2 punkty |

Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| III | <p>a) oparzenia obejmujące > 15% powierzchni ciała</p> <p>b) rany pozostające w bezpośrednim kontakcie z narządami lub strukturami pełniącymi określone funkcje (np. stawami) oraz rany zawierające ciało obce</p> <p>c) ciężkie wrodzone upośledzenia odporności, takie jak agamaglobulinemia</p> <p>d) ukąszenia, rany kłute oraz postrzały, głębsze niż 3,5 cm</p> | każdy z wymienionych czynników ryzyka to 3 punkty |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dissemmond J, Assadian O, Gerber V, et al. Classification of Wounds at Risk and Their Antimicrobial Treatment with Polihexanide: A Practice-Oriented Expert Recommendation. <i>Skin Pharmacol Physiol</i> 2011;24:245–255. 2. Sapata M, Jawień A, Mrozikiewicz-Rakowska B, i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych - przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. <i>Zalecenia polskiego towarzystwa leczenia ran, Leczenie Ran</i> 2020; 17(1): 1-21. 3. Bartoszewicz M, Banasiewicz T, Bielecki K, i wsp. Zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach/owrzodzeniach przewlekłych objętych procesem infekcji, <i>Forum Zakażeń</i> 2019;10(1):1-30. 4. Kramer A, Dissemmond J, Kim S, et al. Consensus on wound antisepsis: update 2018, <i>Skin Pharmacology and Physiology</i>, 2018; 31: 28–58. 5. Jockenhöfer F, Gollnick H, Herberger K. et al. W.A.R. scores in patients with chronic leg ulcers: results of a multicentre study. <i>J Wound Care</i>. 2014;23(1):5-6, 8, 10-2. doi: 10.12968/jowc.2014.23.1.5. 6. Bartoszewicz M, Junka A, Smutnicka D. i wsp. Mikrobiologiczny aspekt skali oceny rany zagrożonej ryzykiem infekcji W.A.R. <i>Forum Zakażeń</i> 2011;2(3):85–88. 7. Cwajda-Białasik J, Mościcka P, Szewczyk MT. Wybrane metody leczenia ran przewlekłych. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2019; 1: 1-11. 8. Mikosiński J, Kotala M, Stücker M. i wsp. Ocena kliniczna opatrunku piankowego zawierającego uwodniony poliuretan stymulujący działanie czynników wzrostu. <i>Journal of Wound Care</i> 2018;27(9):1-12. 9. Bartoszewicz M. Zakażenia i leczenie ran przewlekłych. <i>Lekarz POZ</i> 2017;1:37-42. 10. Głowacz J, Szwamel K. Wiedza pielęgniarek na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2022; 16 (1): 31-40. |

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIELEGNIARSTWO CHIRURGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.2. Skala oceny rany TELER | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Treatment Evaluation by Le Roux's method | |
| Skrót | TELER | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | A Le Roux [1], została włączona do rutynowej praktyki klinicznej przez Department of Vascular Surgery at the Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust in the UK [2]. |
| | Rok publikacji | 1995 |
| | Źródło | Le Roux AA. TELER: The concept. <i>Physiotherapy</i> 1995; 79(11): 755-8. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | |

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Rany trudno gojące się, jak np. owrzodzenia, rany nowotworowe. Stanowi ona mechanizm pozwalający na definiowanie możliwych do określenia celów terapeutycznych oraz rejestrowanie, czy stan pacjenta lub sposób postępowania zmienia się pod wpływem leczenia lub pielęgnacji (ocena). System pozwala również określić, czy zmiany zachodzące u chorego podczas leczenia i pielęgnacji są nimi spowodowane (przypisanie) [2-6]. |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | |
| | Struktura skali | Opisowo-numeryczna [3,6] |
| | Orientacyjny czas badania | 3-5 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Rany nowotworowe [3,7-10] Owrzodzenia [3,7] Pęcherzowe oddzielanie się naskórka [6] |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | W każdym wieku |
| | Miejsce badanych | Oddział szpitalny, hospicjum, środowisko domowe pacjenta |
| | Stan badanych | |
| | Sytuacje | |
| | Inne | Autorzy podkreślają trudności związane z oceną ran spowodowane ich rzadkim występowaniem, złożonością oceny oraz gwałtownością z jaką mogą one ulegać zmianie [6]. |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjonaliści, kto? pielęgniarka/rz, lekarz, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto? pacjent, rodzina pacjenta, opiekunowie, opiekun medyczny | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | System pomiarowy składa się z dwóch elementów: — 6-punktowej skali, w której 0 oznacza deficyt, którego należy uniknąć, a 5 jest celem leczenia/pielęgnacji; — 6 punktów na skali stanowią kody (0–5), określające cele leczenia i pielęgnacji pod postacią kroków, które w znaczący klinicznie sposób zbliżają lub oddalają danego chorego od wyznaczonego celu. Wskaźnik jest podzielony na 5 przedziałów jakościowych, w których wartość przypisana przedziałowi stanowi różnicę pomiędzy kodami, czyli punktami zaznaczonymi na krzywej wyzdrowienia/ustąpienia objawów [2,6]. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| | dyskomfort | martwica | przyleganie opatrunku | wysiłek |
|---|-----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 0 | Ciągły dyskomfort, również w czasie snu | Czarny suchy strup martwicy pokrywający ranę | Brak dopasowania, tylko jeden brzeg przylega do rany; wymaga poprawek pomiędzy zmianami opatrunku | Opatrunek, pościel i odzież całkiem przemoczone |

Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

| | | | | |
|---|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 | Ciągły dyskomfort, ale rzadko w czasie snu | Gruba warstwa brunatnej i żółtej martwicy rozplywnej | Jak powyżej, ale nie wymaga poprawek pomiędzy zmianami opatrunku | Opatrunek, pościel i odzież mokre |
| 2 | Częsty dyskomfort | Gruba warstwa martwicy żółtej | Opatrunek nie przylega, jedynie dwa/trzy brzegi przymocowane; wymaga poprawek | Opatrunek mokry; pościel odzież wilgotne |
| 3 | Nie więcej niż dwa epizody dyskomfortu | Cienka warstwa żółtej martwicy | Jak wyżej, ale nie wymaga poprawek | Opatrunek mokry pościel, odzież poplamiona jedynie miejscowo |
| 4 | Rzadko dyskomfort | Ogniska żółtej martwicy z widocznym dnem rany | Przyleganie opatrunku na obwodzie, ale wymaga poprawek | Tylko opatrunki są mokre |
| 5 | Świadomość obecności opatrunku, ale bez dyskomfortu | Czyste dno rany | Cały obwód opatrunku prawidłowo przylega i nie wymaga poprawek pomiędzy zmianami opatrunków | Opatrunek poplamiony, ale nieprzemoczony |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Le Roux AA. TELER: The concept. <i>Physiotherapy</i> 1995; 79(11): 755-8. 2. Grocott P, Browne N, Richardson A. Paliatywne leczenie ran: optymalizacja stosowania systemów klasyfikacyjnych. <i>Polska Medycyna Paliatywna</i> 2004;3(1):45-56. 3. Szymańska P, Wójcik AM, Bazaliński D. i wsp. Zarządzanie raną w obrębie pięt jako element całościowej opieki nad chorym u kresu życia – przegląd literatury i doświadczenia własne. <i>Medycyna Paliatywna</i> 2021; 13(3): 112–123. 4. Grocott P. Assessment of fungating malignant wounds. <i>J Wound Care</i>. 1995 Jul;4(7):333-6. doi: 10.12968/jowc.1995.4.7.333. PMID: 7627800. 5. Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds--generalising from multiple-case study data using a system of reasoning. <i>Int J Nurs Stud</i>. 2001 Oct;38(5):533-45. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00098-5. PMID: 11524100. 6. Grocott P, Blackwell B, Pillay E. et al. Clinical note-making and patient outcome measures using TELER® Wounds International 2011;2(3) 13-16. 7. Grocott P, Browne N, Cowley S. Quality of life: assessing the impact and benefits of care to patients with fungating wounds. <i>Wounds</i> 2005;17(1):8–15. 8. Głowacka M, Sopata M, Gorzelińska L. Postępowanie z chorym z owrzodzeniem nowotworowym. <i>Nowiny Lekarskie</i> 2008;77(3):231–235. 9. Schulz V, Kozell K, Biondo PD et al. The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. <i>Palliat Med</i>. 2009;23(3):266–273. 10. Bazaliński D, Więch P, Chmiel Z. i wsp. Metody oceny i postępowanie z raną nowotworową – przegląd piśmiennictwa. <i>Leczenie Ran</i> 2011;8(4):103–115. |

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.3. Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran |
| Nazwa skali w języku angielskim | Therapeutic Index for Local Infections |
| Skrót | TILI |
| Wersja skali | Właściwa |

| | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Interdyscyplinarny i międzybranżowy panel ekspertów, w skład którego weszli m.in. mikrobiolodzy i klinicyści z różnych dziedzin (w tym dermatolodzy i chirurdzy naczyniowi), specjalizujący się w profilaktyce i leczeniu miejscowych zakażeń ran, z siedmiu krajów europejskich (Austria, Francja, Niemcy, Włochy, Hiszpania, Polska i Wielka Brytania) [1,2]. |
| | Rok publikacji | 2019 |
| | Źródło | |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Ostre i trudno gojące się rany |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | |
| | Struktura skali | Opisowo-kliniczna |
| | Orientacyjny czas badania | 5-10 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Rany ostre (niegojące się rany chirurgiczne, rany urazowe, samouszkodzenia) rany przewlekłe [1-9]. Owrzodzenia troficzne: żyłne, niedokrwienne, żylakowe, zespół stopy cukrzycowej [8,9]. Odleżyny. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | W każdym wieku |
| | Miejsce badanych | Zakłady opieki zdrowotnej: szpitale, Podstawowa Opieka Zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, hospicjum, Zakłady Opiekuńczo Lecznicze, środowisko domowe pacjenta. |
| | Stan badanych | |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? pielęgniarki/rze, lekarze, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto? opiekun medyczny | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | | |
| Klucz do skali/ interpretacja wyników | W pierwszym kolumnie skali znajduje się sześć pośrednich kryteriów klinicznych rozpoznawania miejscowych zakażeń rany. W medycynie wzrost temperatury, ból, obrzęk, zaczerwienienie, wydzielina o nieprzyjemnym zapachu i zatrzymanie procesu gojenia to klasyczne objawy kliniczne zapalenia. Ponadto określono trzy kryteria prowadzące bezpośrednio do wskazania konieczności zastosowania przeciwdrobnoustrojowego leczenia ran: niegojące się rany pooperacyjne, obecność treści ropnej oraz obecność drobnoustrojów w ranie. Obecność co najmniej 5 z 6 wskazań pośrednich lub choćby jednego wskazania bezpośredniego obliuguje do niezwłocznego wdrożenia procedur zgodnych ze strategią TI-MERS [3,5,8]. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| | |
|--------------------------------|----------------------------------------------|
| Parametry wskazań pośrednich | Bezpośrednie wskazanie |
| Rumień wokół rany | Niegojąca się rana pooperacyjna ³ |
| Miejscowy wzrost ucieplenia | Obecność ropy w ranie |
| Obrzęk lub naciek okolicy rany | Obecność patogenów w ranie |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Ból samoistny lub przy ucisku ¹ | |
| Upośledzone gojenie rany | |
| Zwiększenie ilości, gęstości i/lub zmiana zabarwienia albo zapachu wysięku ² | |

1 – Ograniczony zakres oceny bólu u pacjentów z neuropatią lub przyjmujących środki przeciwbólowe.

2 – Przy braku innej przyczyny tłumaczącej jego nadmiar (np. niewydolność nerek, niewydolność krążenia). Zdaniem ekspertów jednak parametr ten jest trudny do zobjektywizowania. Ponadto na zapach mogą silnie wpływać inne czynniki zewnętrzne, takie jak rodzaj i częstotliwość zmian opatrunku, dobór opatrunków lub higiena ciała. To kryterium zostało uwzględnione w drodze konsensusu, opartego na doświadczeniu klinicznym panelu ekspertów.

3 – Rana nieulegająca wygojeniu w ciągu 7–10 dni od zabiegu.

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> Dissemond J, Strohal R, Mastronicola D. et al. Therapeutic index for local infections score validity: a retrospective European analysis. <i>J Wound Care</i> 2020;29(12):726–734. Dissemond J, Gerber V, Lobmann R. et al. Therapeutic index for local infections score (TILI): a new diagnostic tool. <i>J Wound Care</i> 2020;29(12):720-726. Bartoszewicz M, Krasowski G, Banasiewicz T. i wsp. Wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia rany (TILI) jako przydatne narzędzie w efektywnej pielęgnacji ran niegojących się dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych i personelu zakładów opiekuńczo-leczniczych, <i>Forum Zakażeń</i>, 2020;11-6:285-295 Bartoszewicz M, Banasiewicz T, Bielecki K. et al. Zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. <i>Forum Zakażeń</i> 2019;10(1):1–30. Milne J, Sharpe A. The TILI score: the new diagnostic tool for identifying wound infection. <i>Wounds UK</i> 2022;18,1:90-96. Edwards-Jones V, Milne J, Sharpe A (2021) TILI Score Made Easy. <i>Wounds UK</i>, London. Dostępny w internecie: www.wounds-uk.com/made-easy Dostęp: 29.09.2022. World Health Organization (2020) Antimicrobial resistance. Dostępny w internecie: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance Dostęp 26.09.2022. NHSE Patient Safety Alert (2018) Resources to support the safe adoption of the revised National Early Warning Score (NEWS2). Dostępny w internecie: https://www.england.nhs.uk/publication Dostęp: 29.09.2022. Kucharzewski M, Szkiler E, Krasowski G. i wsp. Algorytmy i wytyczne postępowania terapeutycznego w ranach trudno gojących się. <i>Forum Leczenia Ran</i> 2020;1,3:95-116. Czczelwska E. Warto wiedzieć – nowy wskaźnik terapeutyczny miejscowego zakażenia ran TILI (2021) Dostęp internetowy: https://nursing.com.pl/arttykul/warto-wiedziec-nowy-wskaznik-terapeutyczny-miejscowego-zakazenia-ran-tili-60d05fd59e0a06116147fa17 Dostęp: 01.10.2022. |

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIELEŃNIARSTWO CHIRURGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.4. Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – wersja dla pielęgniarek | |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management | |
| Skrót | KWJPBP | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Skala, została opracowana w Szwecji przez Eva Idvall, w oryginalnej szwedzkojęzycznej wersji, a następnie przetłumaczona na język angielski [1-5]. |
| | Rok publikacji | 2002 |
| | Źródło | |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Jaracz Krystyna, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu [6,7]. |
| | Rok publikacji | 2005 |
| | Źródło | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badanej skali | Pomiar strategicznych i klinicznych wskaźników jakości w leczeniu bólu pooperacyjnego |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | |
| | Struktura skali | Punktowa, skala Likerta |
| | Orientacyjny czas badania | 5-10 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Ocena jakości opieki i ocena działań pielęgniarskich w postępowaniu z bólem pooperacyjnym w pielęgniarstwie chirurgicznym [7-10]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Osoby dorosłe |
| | Miejsce badanych | Każdy oddział zabiegowy |
| | Stan badanych | |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? pielęgniarki/rze, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | zgoda autora wersji polskiej | |
| Klucz do skali/ interpretacja wyników | Wersja ta składa się z 12 pytań podzielonych na cztery podskale: Komunikowanie, Działanie, Zaufanie i Środowisko. Odpowiedzi na pytania udzielane są na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza zdecydowanie się nie zgadzam, a 5 oznacza zdecydowanie się zgadzam. Niższe wartości punktowe oznaczają niedoskonałości w świadczeniu opieki w zakresie leczenia bólu. Zakres wyniku ogólnej skali wynosi 12–60 pkt. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

SKALA KLINICZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI POSTĘPOWANIA Z BÓLEM POOPERACYJNYM – WERSJA DLA PIELEŃNIAREK

Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 5 nr najlepiej opisujący Państwa opinię na temat leczenia bólu i opieki zapewnionej pacjentowi po operacji.

| <i>1 = zdecydowanie się nie zgadzam</i> | <i>5 = zdecydowanie się zgadzam</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Przed operacją poinformowałam pacjenta o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mu zaoferowany po zabiegu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 2. Po operacji rozmawiałam z pacjentem o tym, jak chciałby, aby jego ból był zwalczany | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 3. Pacjent otrzymał pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mu uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 4. Zapewniłam pacjentowi ciszę i spokój, aby miał spokojny sen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 5. Nawet jeśli nie zawsze pacjent prosił, to otrzymywał leki przeciwbólowe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 6. Pytałam pacjenta, czy nie ma dolegliwości bólowych, gdy zauważyłam, że był niespokojny, głęboko oddychał, zmieniał pozycję | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 7. Prosiłam pacjenta o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 8. Pomagałam pacjentowi w uśmierzeniu bólu, dopóki nie odczuł ulgi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 9. Zapewniłam pacjentowi miły/ przyjazny pokój | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzenie bólu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 12. Posiadam wiedzę na temat uśmierzania bólu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |
| 13. Wierzę pacjentowi, gdy mówi, że odczuwa ból | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 |

| Przeгляд doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Idvall E, Hamrin E, Unasson M. Development of an instrument to measure strategic and clinical indicators in postoperative pain management. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 2002; 37(6): 532-540. 2. Idvall E., Ehrenberg A.: Nursing documentation of postoperative pain management. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 2002;11: 734-742. 3. Idvall E., Hamrin E., Unasson M.: Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. <i>Quality and Safety in Health Care</i>, 2002;11: 327-334. 4. Idvall E.: Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? <i>Journal of Nursing Management</i>, 2004; 12: 162-164. 5. Idvall E., Berg K., Unasson M., Brudin L.: Differences between nurse and patient assessment on postoperative pain management in two hospitals. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>, 2005;11: 444-451. |

| | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>6. Jaracz K., Wdowczyk K, Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i>, 2005; 1: 9-14.</p> <p>7. Popow A, Cierznikowska K, Kozłowska E. i wsp. Postępowanie z bólem pooperacyjnym w samoocenie działań pielęgniarskich. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2019; 4: 130–135.</p> <p>8. Kielbasa L, Kacprzak I, Cygańska E. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta i pielęgniarki. [w:] <i>Przedsiębiorczość i Zarządzenie, Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie, Pielęgniarstwo bez granic</i>, Majchrzak-Kłokocka E, Seliga R. (red.), Tom XIV, zeszyt 10, cz.2, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2013: 23-32.</p> <p>9. Jurczak A. i wsp. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. <i>Family Medicine & Primary Care Review</i> 2015; 17, 2: 107–110.</p> <p>10. Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. <i>J Nurs Manag.</i> 2007;15(7):756-66. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00753.x. PMID: 17897153.</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.5. Skala Klinicznych Wskaźników Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – wersja dla pacjenta | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management | |
| Skrót | SCQIPP | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Skala, została opracowana w Szwecji przez Eva Idvall, w oryginalnej szwedzkojęzycznej wersji, a następnie przetłumaczona na język angielski [1] |
| | Rok publikacji | 2002 |
| | Źródło | |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Jaracz Krystyna, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu [4-6]. |
| | Rok publikacji | 2005 |
| | Źródło | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badanej skali | Postępowanie z bólem pooperacyjnym |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Zabieg operacyjny |
| | Struktura skali | Punktowa, skala Likerta |
| | Orientacyjny czas badania | Około 5-10 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Ból pooperacyjny u chorych poddanych interwencji chirurgicznej [6-10]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Osoby dorosłe |
| | Miejsce badanych | Każdy oddział zabiegowy |
| | Stan badanych | Dobry stan psycho-fizyczny, samodzielność wypełnienia kwestionariusza |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjonaliści, kto? pielęgniarki/rze, lekarze, położna/y Osoby nieprofesjonalne, kto? ----- | |

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | zgoda autora wersji polskiej |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Skala ta jest narzędziem składającym się z 14 pozycji podzielonych na 4 podskale: Komunikowanie, Zaufanie, Działanie i Środowisko. Osoby badane dokonują oceny każdego stwierdzenia za pomocą 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 5 pkt. oznacza „zdecydowanie się zgadzam”, a 1 pkt – „zdecydowanie się nie zgadzam”. Wynik minimum 4,5 pkt. wskazuje na wysoką jakość opieki pielęgniarstwa, natomiast przy jego niższej wartości należy dążyć do poprawy poziomu opieki. Możliwy zakres punktacji dla całości skali wynosi od 14 do 70 pkt., przy czym minimum 63 pkt. świadczą o prawidłowej opiece pielęgniarstwa. Minimalna punktacja wskazująca na prawidłową opiekę pielęgniarstwa w podskalach Środowisko i Komunikowanie powinna wynosić 13,5 pkt., natomiast w podskalach Zaufanie i Działanie– 18,0 pkt. Dodatkowo w kwestionariuszu znajdują się pytania dotyczące nasilenia bólu oraz satysfakcji pacjenta z działań podjętych w celu jego zminimalizowania [1-5]. |
| Formularz skali/ kwestionariusz | |

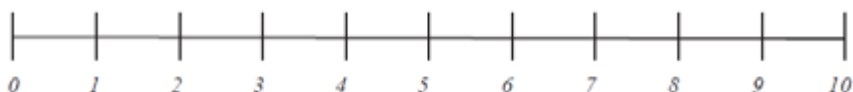
SKALA KLINICZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI POSTĘPOWANIA Z BÓLEM POOPERACYJNYM – WERSJA DLA PACJENTA

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń dotyczących leczenia bólu. Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 5 numer najlepiej opisujący Państwa opinię na temat leczenia bólu i opieki po zabiegu operacyjnym

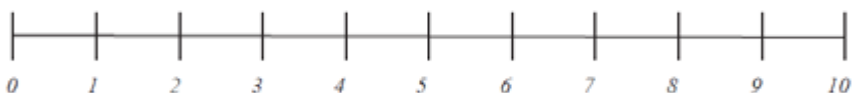
| 1= zdecydowanie się nie zgadzam | | | | | | 5= zdecydowanie się zgadzam |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 1. Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie leczenia bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 2. Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierczany. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 3. Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mi uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 4. Zapewniono mi ciszę i spokój, abym miał spokojny sen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 5. Nawet, jeśli nie zawsze prosiłem, to otrzymywałem leki przeciwbólowe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 6. Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważył, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycję. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 7. Członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 (lub zaznaczenie na linii prostej) poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem, w południe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 8. Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 9. Miałem miły/przyjazny pokój. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzenie bólu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był leczony. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 12. Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat uśmierzania bólu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 13. Pielęgniarki wierzą mi, gdy mówię im, że mnie boli. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |
| 14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 |

Poniższe pytania dotyczą Twojego bólu po operacji. Proszę zaznaczyć odpowiedź najlepiej przedstawiającą Państwa zdanie.

15. Zaznacz numer określający **najsilniejszy** ból, jaki odczuwałeś w ciągu ostatnich 24 godzin



16. Zaznacz numer najlepiej określający **najmniejszy** ból, jaki odczuwałeś w ciągu ostatnich 24 godzin



17. Wskaż numer najlepiej opisujący ból, jaki odczuwasz w **tej chwili**.



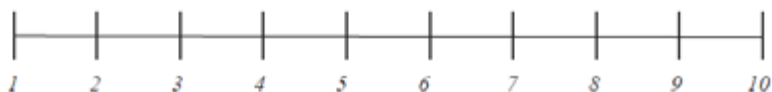
18. Czy po operacji odczuwałeś ból silniejszy niż się spodziewałeś?

1. Tak
2. Nie

19. Czy jesteś zadowolony czy też nie ze sposobu uśmierzania bólu, jaki otrzymałeś po operacji? Zaznacz od 1 do 10.

1 = bardzo niezadowolony

10 = bardzo zadowolony



| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> Skokowska B, Bączyk G, Zembruń E. i wsp. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego dokonywana przez chorych po zabiegach ortopedycznych. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> 2016;3 (61):364-375. Idvall E., Berg A.: Patient assessment of postoperative pain management – Orthopaedic patients compared to other surgical patients. <i>Journal of Orthopaedic Nursing</i>, 2008;12:35-40. Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. <i>J Nurs Manag.</i> 2007;15(7):756-66. Doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00753.x. PMID: 17897153. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i>, 2005; 1 (19): 9-14. 71 Jurczak A, Kiryk A, Kotwas A. i wsp. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego. <i>Family Medicine & Primary Care Review</i> 2015;17,2:107-110. |

Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

| | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>6. Juszczak K, Jaracz K, Kuberka I. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego u chorych poddanych interwencji chirurgicznej. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2016; 4: 173–176.</p> <p>7. Kielbasa L, Cygańska E, Kacprzak I. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta i pielęgniarki. <i>Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo bez granic</i> 2013;14,10,2: 23-32.</p> <p>8. Grochans E, Hycza V, Kuczyńska M. i wsp. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. <i>Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</i> 2011; 2: 82-87.</p> <p>9. Bączyk G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i>, 2009;7:173-177.</p> <p>10. Kielbasa L, Kacprzak I, Cygańska E. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta i pielęgniarki. [w:] <i>Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie, Pielęgniarstwo bez granic</i>, Majchrzak-Kłokocka E, Seliga R. (red.), Tom XIV, zeszyt 10, cz.2, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2013: 23-32.</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.6. Ocena rany w krytycznym niedokrwieniu kończyn dolnych i cukrzycy, ocena ryzyka amputacji – Klasyfikacja Wifl | |
| Nazwa skali w języku angielskim | W – wound, I – ischemia, FI – foot infection | |
| Skrót | Wifl | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Society for Vascular Surgery – SVS [1,2] |
| | Rok publikacji | 2014 [1,2] |
| | Źródło | Zhan LX, Branco BC, Armstrong DG i wsp. The Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system based on Wound, Ischemia, and foot Infection (Wifl) correlates with risk of major amputation and time to wound healing. <i>J Vasc Surg</i> 2015; 1-6. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Ocena rany w krytycznym niedokrwieniu kończyn dolnych i cukrzycy, ocena ryzyka amputacji |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Dokonanie pomiaru Wskaźnika Kostka-Ramię (ang. Ankle/brachial index – ABI). U chorych z ABI>1,3 wykonać pomiar wskaźnika paluch-ramię (ang. Toe-epressure – TB) oraz pomiar ciśnienia parcialnego tlenu – TcPO2 |
| | Struktura skali | Kliniczno-punktowa |
| | Orientacyjny czas badania | 15-20 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Niedokrwienie kończyn dolnych [1,3-7] Stopa cukrzycowa [8-10] |

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Osoby dorosłe |
| | Miejsce badanych | Szpital, specjalistyczna opieka ambulatoryjna |
| | Stan badanych | |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? lekarze, pielęgniarki/rze Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Zwraca się uwagę na takie aspekty jak: obecność i stan kliniczny rany, obecność i stopień niedokrwienia oraz obecność i stopień infekcji. Skala składa się ze stopniowanego systemu punktacji, w której uwzględniane są kolejno wszystkie elementy. Każdy z nich ma cztery stopnie nasilenia, dzięki czemu uzyskuje się siatkę z 64 teoretycznie możliwymi kombinacjami (klasy Wifl). Na podstawie uzyskanych trzech wartości punktowych od 0 do 3, gdzie 0 oznacza brak, 1 łagodne, 2 umiarkowane i 3 poważne ryzyko, chorzy są przypisywani do czterech odpowiadających stadiów klinicznych, w których szacowane jest ryzyko amputacji kończyny. W podobny sposób przewidywana jest korzyść wynikająca z przeprowadzonej rewaskularyzacji. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| Stopień | Owrodzenie | Zgorzel |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | brak owrodzenia | brak zgorzeli |
| Kliniczny opis: niedokrwienny ból spoczynkowy (prezentuje typowe objawy + niedokrwienie 3 stopnia), brak owrodzenia | | |
| 1 | małe, płytke owrodzenie na dystalnej części kończyny lub stopie, bez widocznej kości, chyba że ograniczone do dystalnego palca stopy | brak zgorzeli |
| Kliniczny opis: drugorzędna utrata tkanek, możliwa do uratowania z prostą amputacją palca (1 lub 2 palec) lub powłoka skóry | | |
| 2 | głębsze owrodzenie, z widoczną kością i ścięgnem, nie obejmuje pięty powierzchowne owrodzenie pięty, powiązane z guzem pięty | zgorzel ograniczona do palców |
| Kliniczny opis: większa utrata tkanek. Możliwa do uratowania z wielokrotną (≥ 3) amputacją palców lub standardową amputacją | | |
| 3 | widoczne głębokie owrodzenie, obejmujące przodostopie i/lub śródstopie głębokie pełnej grubości owrodzenie pięty ± guz pięty | widoczna zgorzel obejmująca przodostopie i/lub śródstopie, pełnej grubości martwica ± guz pięty |
| Kliniczny opis: widoczna utrata tkanek możliwa do uratowania tylko z kompleksową rekonstrukcją stopy lub nietradycyjną amputacją, postępowanie obejmujące kompleksowe zarządzanie raną niezbędne dla obszernej opieki nad defektem tkanek | | |

Stopnie dla bólu spoczynkowego i rany/gangreny:

0 – (niedokrwienny ból spoczynkowy, niedokrwienie 3 stopnia)

1 – łagodny

2 – umiarkowany

3 – poważny

| | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J. i wsp. Klasyfikacja Wifl jako metoda prognozowania rozwoju miażdżycy tętnic kończyn dolnych i korzyści wynikających z wdrażanych terapii. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 1: 1–7. Zhan LX, Branco BC, Armstrong DG i wsp. The Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system based on Wound, Ischemia, and foot Infection (Wifl) correlates with risk of major amputation and time to wound healing. J Vasc Surg 2015; 1-6. Ziaja D, Sznajka M, Ziaja K. i wsp. Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych. Niedokrwienna rana przewlekła stopy u chorych bez cukrzycy — zalecenia leczniczo-pielęgnacyjne. Część I. Chirurgia Pol 2015, 17, 1–2, 23–31. |

| | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>4. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink M-L. E.L. i wsp. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych w 2017 roku, przygotowane we współpracy z ESVS. <i>Kardiologia Polska</i> 2017; 75, 11: 1065–1160. Mrozikiewicz-</p> <p>5. Tokuda T, Hirano K, Sakamoto Y. et al. Use of the Wound, Ischemia, foot Infection classification system in hemodialysis patients after endovascular treatment for critical limb ischemia. <i>J Vasc Surg.</i> 2018;67(6):1762-1768. Rakowska B, Jawień A,</p> <p>6. Beropoulos E, Stavroulakis K, Schwindt A. et al. Validation of the Wound, Ischemia, foot Infection (WifI) classification system in nondiabetic patients treated by endovascular means for critical limb ischemia. <i>J Vasc Surg.</i> 2016;64(1):95-103.</p> <p>7. Darling JD, McCallum JC, Soden PA. et al. Predictive ability of the Society for Vascular Surgery Wound, Ischemia, and foot Infection (WifI) classification system following infrapopliteal endovascular interventions for critical limb ischemia. <i>J Vasc Surg.</i> 2016;64(3):616-22.</p> <p>8. Szewczyk MT. i wsp. Postępowanie z chorym z zespołem stopy cukrzycowej – wytyczne Polskiego towarzystwa leczenia ran 2021: część 1. <i>Leczenie Ran</i> 2021; 18 (3): 71-114.</p> <p>9. Araszkiewicz A, Bandurska-Stankiewicz E, Borys S. i wsp. Zalecenia kliniczne dotyczące postpowania u chorych na cukrzycę 2020. <i>Diabetologia Praktyczna</i> 2020;6,1:1-105</p> <p>10. Hicks CW, Canner JK, Mathioudakis N. et al. The Society for Vascular Surgery Wound, Ischemia, and foot Infection (WifI) classification independently predicts wound healing in diabetic foot ulcers. <i>J Vasc Surg.</i> 2018;68(4):1096-1103.</p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.7. Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem | |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Pain Strategies Questionnaire | |
| Skrót | CSQ | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Anne. C. Rosenstiel, Frances. J. Keefe |
| | Rok publikacji | 1983 |
| | Źródło | Rosenstiel AC, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. <i>Pain</i> 1983;17, 1:33-44. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Zygfried Juczyński |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | Juczyński Z. Narzędzia promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012. (Wyd. 2):156 -161. |
| Krótką charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Badanie indywidualne lub grupowe. CSQ służy do oceny stosowanych strategii radzenia sobie z bólem i ich skuteczności w opanowywaniu i obniżaniu bólu. Kwestionariusz może mieć zastosowanie w diagnozie i terapii pacjentów z bólem, leczonych ambulatoryjnie lub stacjonarnie. |

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | CSQ jest przeznaczony do badania osób chorych, uskarżających się na ból. |
| | Struktura skali | Sześciostopniowa skala Likerta |
| | Orientacyjny czas badania | Bez ograniczenia czasu – przeciętnie 15 minut. |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Choroby przebiegające z bólem przewlekłym (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, zwyrodnienie stawu biodrowego) [2-6]. Ból nowotworowy [7,8]. Przewlekły ból kostno-szkieletowy [9-10]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Dorośli |
| | Miejsce badanych | Każda placówka leczniczo opiekuńcza i opieka ambulatoryjna |
| | Stan badanych | |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? psychologowie, socjologowie, pedagodzy, psychoterapeuci, personel medyczny, pracownicy ochrony i promocji zdrowia Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Zakup w Pracowni Testów Psychologicznych | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Kwestionariusz składa się z 42 stwierdzeń, opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności poradzenia sobie i obniżenia bólu. Wyniki ujmowane są na 7 skalach odnoszących się do różnych strategii radzenia sobie z bólem. Skala nie posiada norm. Uzyskany wynik porównuje się ze średnim wynikiem jednej z trzech badanych grup klinicznych: pacjentów z bólem kręgosłupa, kobiet z rozpoznaniem migreny, pacjentów z nerwobólem. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> Juczyński Z. Narzędzia promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012. (Wyd. 2):156-161. Zielazny P, Biedrowski P, Lezner M. i wsp. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2013; 22 (4): 251–258. Barańska I, Wróbel A. Kontrola bólu i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Med Og Nauk Zdr. 2018;24(3):195-200. Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A. i wsp. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 237–240. Freed RD, Emmert-Aronson BO, Alschuler KN, Otis JD. Confirmatory factor analysis of the Coping Strategies Questionnaire-Revised for veterans with pain Psychol Serv. 2019;16(4):535-542. Baczewska B, Kropornicka B, Dobrzyńska K. i wsp. Strategie radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):281-298. |

Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

| | |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>7. Kózka M, Walewska E, Ścisło L. iwsp. Radzenie sobie z bólem nowotworowym. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i> 2013; 21 (3): 297–305.</p> <p>8. Seydi M, Akhbari B, Abdollahi I et al. Confirmatory Factor Analysis, Reliability, and Validity of the Persian Version of the Coping Strategies Questionnaire for Iranian People With Nonspecific Chronic Neck Pain. <i>J Manipulative Physiol Ther.</i> 2021 Jan;44(1):72-84.</p> <p>9. Sozlu U, Kanik ZH, Gunaydin G. i wsp. The Coping Strategies Questionnaire: Translation, cultural adaptation, reliability and validity in Turkish-speaking patients with chronic musculoskeletal pain <i>Physiother Theory Pract</i> 2021;18;1-10.</p> <p>10. Religioni U, Czerw A, Sygit K. i wsp. Pain Management Strategies among Cancer Patients. Normalization of the CSQ (The Pain Coping Strategies Questionnaire) Form. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2022;19(2):1013.</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Grupa skal | CHIRURGIA I PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.A.8. Skala Rockalla | |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Rockall Risc Score | |
| Skrót | -- | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Timothy Rockall |
| | Rok publikacji | 1996 |
| | Źródło | Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. <i>Gut</i> 1996; 38: 316-321. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Ocena rokowania u chorych z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego [1] |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego |
| | Struktura skali | Punktowa |
| | Orientacyjny czas badania | 10-15 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego z różnych przyczyn [2-9]. Krwawienie z przewodu pokarmowego u pacjenta pediatrycznego [10]. |
| | | |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | W każdym wieku |
| | Miejsce badanych | Oddział szpitalny (gastroenterologia, chirurgia ogólna, internistyczny) |
| | Stan badanych | Możliwość wykonania badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia) |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjonaliści, kto? lekarze | |
| | Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------------|----|----|----|----|----|
| Klucz do skali/ interpretacja wyników | Interpretacja przedendoskopowa | | | | | | | | |
| | Wynik uzyskuje się po zsumowaniu punktów przed wykonaniem gastroskopii i jego interpretacja jest następująca. | | | | | | | | |
| | liczba punktów | hospitalizacja | gastroskopia | rokowanie | | | | | |
| | 0–2 | oddział chorób wewnętrznych | do 24 godzin | ryzyko zgonu – 0,1% | | | | | |
| | ≥3 | decyzja po wykonaniu gastroskopii | pilnie | poważne | | | | | |
| | 7 | | | ryzyko zgonu – 50% | | | | | |
| | Interpretacja poendoskopowa | | | | | | | | |
| | Wynik uzyskuje się po zsumowaniu punktów po wykonaniu gastroskopii i jego interpretacja jest następująca: | | | | | | | | |
| | liczba punktów | ryzyko nawrotu krwawienia [%] | ryzyko zgonu [%] | | | | | | |
| | 0 | 5 | 0 | | | | | | |
| 1 | 3 | 0 | | | | | | | |
| 2 | 5 | 0 | | | | | | | |
| 3 | 11 | 3 | | | | | | | |
| 4 | 14 | 5 | | | | | | | |
| 5 | 24 | 11 | | | | | | | |
| 6 | 33 | 17 | | | | | | | |
| 7 | 44 | 27 | | | | | | | |
| 8+ | 42 | 42 | | | | | | | |
| Ryzyko zgonu w zależności od liczby punktów w ocenie wstępnej | | | | | | | | | |
| Punkty | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Ryzyko zgonu (%) | 0,2 | 2 | 6 | 11 | 25 | 40 | 49 | 50 | |
| Ryzyko zgonu i nawrotu krwawienia w zależności od liczby punktów w ocenie ostatecznej | | | | | | | | | |
| Punkty | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8+ |
| Ryzyko zgonu (%) | 0 | 0 | 0,2 | 3 | 5 | 11 | 17 | 27 | 41 |
| Ryzyko nawrotu krwawienia (%) | 5 | 3 | 5 | 11 | 14 | 24 | 33 | 44 | 42 |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | | | | | | | | |

| Skala Rockalla do określania rokowania u chorych z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Zmienna | Punkty | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| wiek (lata) | <60 | 60–79 | ≥80 | |
| wstrząs | bez cech wstrząsu (SBP >100 mm Hg, tętno <100/min) | tachykardia (SBP >100 mm Hg, tętno >100/min) | hipotensja (SBP <100 mm Hg, tętno >100/min) | |
| choroby współistniejące | bez poważnych chorób | | – niewydolność serca – choroba niedokrwienna serca – inne poważne choroby | – niewydolność nerek – niewydolność wątroby – rozsiany nowotwór złośliwy |

Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|
| rozpoznanie | – zespół Mallory’ego i Weissa – bez zmian – bez cech świeżego krwawienia | wszystkie inne rozpoznania | nowotwór złośliwy górnego odcinka przewodu pokarmowego | |
| cechy krwawienia w endoskopii | stopnie IIc i III wg Forresta | | – krew w górnym odcinku przewodu pokarmowego – stopnie Ia–IIb wg Forresta | |
| <3 pkt – rokowanie dobre, 3–8 pkt – rokowanie pośrednie, >8 pkt – duże ryzyko zgonu | | | | |
| SBP – ciśnienie tętnicze skurczowe | | | | |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996; 38: 316-321. 2. Głowacki S, Komoń H, Kicki K. i wsp. Ocena skuteczność leczenie pacjentów z objawami krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Specjalistycznego w Siedlicach. Przegląd Gastroenterologiczny 2009; 4, 6: 316–320. 3. Ereeburg EM, Terwee CB, Snel P. et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut 1999;44:331–335. 4. Wong T. Postępowanie w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Medycyna po Dyplomie 2007;03:1-4. Dostępne w internecie: https://podyplomie.pl/medycyna/27628.postepowanie-w-krwawieniu-z-gornego-odcinka-przewodu-pokarmowego, Dostęp: 01.10.2022. 5. Marek T, Baniukiewicz A, Wallner G i wsp. (Grupa robocza konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii). Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego. Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (1); 1-22. 6. Frías-Ordoñez JS, Rjona-Granados DS, Urrego-Díaz JA, et. al. Validation of the Rockall score in upper gastrointestinal tract bleeding in a Colombian tertiary hospital. Arq Gastroenterol 2022;59,1: 80-88. 7. Bessa X, O’Callaghan E, Ballest’e B. et al. Applicability of the Rockall score in patients undergoing endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding. Digestive and Liver Disease 2006;38:12–17. 8. Tasliderea B, Sonmeza E, Büşra Özcan A, Comparison of the quick SOFA score with Glasgow-Blatchford and Rockall scores in predicting severity in patients with upper gastrointestinal bleeding. American Journal of Emergency Medicine 2021;45:29–36. 9. Andrew C. Meltzer, Sarah Burnett, Carrie Pinchbeck et. al. Pre-endoscopic rockall and blatchford scores to identify which emergency department patients with suspected gastrointestinal bleed do not need endoscopic hemostasis. The Journal of Emergency Medicine, 2013;44,6:1083–1087. 10. Contreras-Omana R, Alfaro-Reynoso JA, Cruz-Chávez CE. et al. The Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) system vs. the Rockall score as mortality predictors in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: A multicenter prospective study. Revista de Gastroenterología de México. 2017;82(2):123-128. |

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

| Przykład 1. | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.B.1. Skala oceny i oceny kosmetyki blizn |
| Nazwa skali w języku angielskim | Scar Cosmesis Assessment and Rating (SCAR) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Jonathan Kantor |
| Państwo | USA |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Została początkowo opracowana do oceny liniowych nacięć po operacji. Ocena dokonywana jest na podstawie zdjęć. Składa się z sześciu pytań dotyczących klinicyści punktowanych przez obserwatorów oraz, na które odpowiada pacjent, z punktacją w zakresie od 0 (najlepsza możliwa blizna) do 15 (najgorsza możliwa blizna), oparta na 6 elementach klinicznych i 2 prostych pytaniach dla pacjenta dotyczących objawów (swędzenie i ból) z opcjami odpowiedzi tak/nie. Skala ta obejmuje obiektywne miary i objawy zgłaszane przez pacjentów. Oceniano blizny po zabiegach chirurgicznych, w tym te wykonywane przez dermatologów, chirurgów plastycznych i chirurgów ogólnych. |
| Źródło bibliograficzne | Kantor J. The SCAR (Scar Cosmesis Assessment and Rating) scale: development and validation of a new outcome measure for postoperative scar assessment. Br J Dermatol 2016; 175:1394–1396. Roh MR. The SCAR (SCAR Cosmesis assessment and rating) scale: new evaluation method for postoperative scars. Br J Dermatol. 2016;175(6):1151–2 |
| Źródło on-line | https://assets.researchsquare.com/files/rs-34582/v1/0814ae7d-a1fa-425f-adb4-9c2f8c990c85.pdf?c=1631842982 |
| Przykład 2. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.B.2. Skala Postaw Pacjenta wobec Blizny |
| Nazwa skali w języku angielskim | Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Jonathan Kantor |
| Państwo | USA |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Dziesięciopunktowa skala strukturalna, gdzie pacjenci oceniają na skali 11 punktowej od 0 (wcale nie ważne) do 10 (najważniejsze) odczucia związane z obecnością blizny. Wykorzystywana w dermatologii, ale wg twórców może być wykorzystana również w chirurgii ogólnej. |
| Źródło bibliograficzne | Kantor J. Utilizing the Patient Attitudes to Scarring Scale (PASS) to develop an outcome measure for postoperative scarring: A study in 430 patients. Journal of the American Academy of Dermatology 2016;74,6:1280–1281. |
| Źródło on-line | https://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)00106-7/fulltext#secsectitle0010 http://www.jaad.org |
| Przykład 3. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.B.3. Skala oceny ryzyka urazów związanych z ułożeniem pacjenta podczas zabiegu chirurgicznego |
| Nazwa skali w języku angielskim | Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning – ELPO |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Camila Mendonça de Moraes LopesVanderlei José HaasRosana Aparecida Spadoti DantasCheila Gonçalves de OliveiraCristina Maria Galvão |
| Państwo | Brazylia |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Zawiera siedem pozycji, z których każda przedstawia pięć podpunktów (skala Likerta od 1 – całkowicie się nie zgadzam do 5 – całkowicie się zgadzam). Wynik skali mieści się w przedziale od 7 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe ryzyko urazu pacjenta. Badanie prowadzone na bloku operacyjnym, ELPO należy zakładać, gdy pacjent jest ułożony na stole operacyjnym; przy punktowaniu każdej pozycji należy brać pod uwagę najwyższą punktację odpowiadającą pozycji. |
| Źródło bibliograficzne | Mendonça de Moraes Lopes C, Haas VJ, Spadoti Dantas RA. Et al. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2704 DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704. Lopes do Nascimento FC, Soares Rodrigues MC. Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2020;28 DOI.org/10.1590/1518-8345.2912.3261. |
| Źródło on-line | https://www.scielo.br/j/rlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfc9C/?lang=en |

III.1.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

| Przykład 1. | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.1. Skala oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych Skala P-POSSUM – ulepszona modyfikacja skali POSSUM Skala V-POSSUM – modyfikacja skali POSSUM dla operacji naczyniowych |
| Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity – POSSUM |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Graham Paul Copeland |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Opracowana w celu dokładniejszej oceny ryzyka powikłań i zgonów w zależności od wykonywanej procedury chirurgicznej i stanu chorego przed zabiegiem operacyjnym. W skali ujęto 12 zmiennych fizjologicznych i 6 czynników operacyjnych, które stwarzają zagrożenie zgonem w okresie okołoperacyjnym. Istotny jest fakt, że zespół leczący może wpływać na poprawę tych zmiennych dzięki odpowiedniemu przygotowaniu chorego do zabiegu. Poszczególne czynniki cechuje współczynnik wpływu zależny od ich wartości. Ryzyko zgonu i wystąpienia powikłań obliczono, stosując regresję logistyczną. Zmienne fizjologiczne: Wiek chorego Stan układu krążenia Stan układu oddechowego Skurczowe ciśnienie tętnicze Tętno Skala śpiączki Glasgow Stężenie hemoglobiny Liczba leukocytów Stężenie mocznika w surowicy Stężenie sodu w surowicy Stężenie potasu w surowicy |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Rytm serca</p> <p>Czynniki operacyjne:</p> <p>Rodzaj zabiegu</p> <p>Zabieg jednokrotny lub wielokrotny</p> <p>Przewidywana utrata krwi</p> <p>Zakażenie otrzewnej</p> <p>Rozległość zmian nowotworowych</p> <p>Pilność zabiegu.</p> <p>W niektórych ośrodkach są wykorzystywane zmodyfikowane skale oceny ryzyka operacyjnego P-POSSUM, ponieważ uważa się, że skala oryginalna zawyża to ryzyko w grupie chorych z niewielkimi obciążeniami. Opracowano również warianty oceny skali dla różnych zabiegów chirurgicznych, np. V-POSSUM dla operacji naczyniowych.</p> |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kącka A, Piotrowski M. Ryzyko operacyjne u chorych z otyłością olbrzymią. Chirurgia po Dyplomie 2014;04. Dostępny w Internecie: https://podyplomie.pl/chirurgia/16713,ryzyko-operacyjne-u-chorych-z-otyloscia-olbrzymia. Dostęp 28.09. 2022. 2. Zając M, Zając K, Hładki W. Czynniki ryzyka u chorych w podeszłym wieku leczonych w oddziale intensywnej terapii z powodu ostrej choroby chirurgicznej w zakresie jamy brzusznej spowodowanej dysfunkcją przewodu pokarmowego. Ostry Dyżur 2011; 4,2:73-80. 3. Kisa NG, Kisa E, Cevik BE. Prediction of Mortality in Patients After Oncologic Gastrointestinal Surgery: Comparison of the ASA, APACHE II, and POSSUM Scoring Systems. Cureus. 2021 Mar 4;13(3):e13684. Doi: 10.7759/cureus.13684. |
| Źródło on-line | https://www.sga.waw.pl/possum/ |
| Przykład 2. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.2. Klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żylniej |
| Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | CEAP – Clinical Etiologic Anatomic Pathophysiologic |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Efekt pracy międzynarodowego komitetu American Venous Forum |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badań skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Stanowi kompleksowy system klasyfikacji, który ułatwia diagnozowanie i porównywanie różnych przypadków przewlekłych zaburzeń żylnych. Skala CEAP uwzględnia podział kliniczny (clinical – C), etiologiczny (etiological – E), anatomiczny (anatomical – A) i patofizjologiczny (pathophysiological – P) |
| Źródło bibliograficzne | Jaroszyński A, Zubilewicz R, Przewlekła choroba żylna. Forum Medycyny Rodzinnej 2015;9(5): 400-404. |
| Źródło on-line | file:///C:/Users/wum/Downloads/44054-81333-1-SM.pdf |
| Przykład 3. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.3. Skala przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine’a |
| Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | Fontaine classification |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | dr René Fontaine’a |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p> | <p>Klasyfikacji tej często towarzyszy wskaźnik ABI, który wyraża stosunek ciśnienia na tętnicy stopy do wyższego z ciśnień zmierzonych na obu tętnicach ramiennych (prawidłowa wartość wskaźnika wynosi 0,9-1,15). Skala Fontaine'a podzielona jest na IV stopnie.</p> <p>Stopień I Bezobjawowy. U większości pacjentów nie występują istotne dolegliwości kliniczne, natomiast może dochodzić do mrowienia czy drętwienia kończyn i parestezji. Obserwowana jest również zwiększona wrażliwość kończyn na zimno. Niekiedy obserwowane są siniaki nad naczyniami krwionośnymi, a także brak tętna. (ABI: 0,89-0,7)</p> <p>Stopień II Ten etap uwzględnia fakt, iż pacjenci zwykle po pokonaniu określonego dystansu odczuwają ból.</p> <p>Stopień Iia – chromanie przestankowe o niewielkim nasileniu – dystans chromania powyżej 200 m. (ABI: 0,69-0,41);</p> <p>Stopień Iib – umiarkowane bądź ciężkie chromanie – dystans chromania poniżej 200 m.</p> <p>Stopień III Ten stopień charakteryzuje się występowaniem niedokrwiennych bóli spoczynkowych, a także deficytem ukrwienia, który jest najwyższy w dystalnych częściach kończyn. Ból spoczynkowy jest szczególnie dokuczliwy dla pacjentów w nocy. (ABI: 0,4-0,2).</p> <p>Stopień IV Ostatni stopień zaawansowania niedokrwiennych kończyn objawia się występowaniem zmian martwiczych, owrzodzeń niedokrwiennych, zgorzeli i uszkodzeniem tkanek. Ponadto pacjenci odczuwają bardzo silne bóle spoczynkowe. (ABI: <0,2)</p> |
| <p>Źródło bibliograficzne</p> | <p>Krasiński Z, Gaciong ZA, Szymański FM. i wsp. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące leczenia zachowawczego u pacjentów z chorobą tętnic kończyn dolnych. Acta Angiol 2019; 25, 2:77–114.</p> |
| <p>Źródło on-line</p> | <p>https://pl.wikipedia.org/wiki/Klasyfikacja_Fontaine%E2%80%99a</p> |
| <p>Przykład 4.</p> | |
| <p>Nazwa skali w języku polskim</p> | <p>III.1.C.4.Skala Wellsa</p> |
| <p>Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)</p> | <p>Well's Scoring</p> |
| <p>Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię</p> | <p>Philip Steven Wells</p> |
| <p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p> | <p>Skala Wellsa skonstruowana jest z dwóch części: oceny prawdopodobieństwa zakrzepicy żył głębokich i oceny ryzyka zatorowości płucnej. Każdy z czynników ryzyka zakrzepicy żył głębokich wg skali Wellsa punktowany jest tak samo (1 pkt.). Pod uwagę zostały wzięte najważniejsze czynniki sprzyjające schorzeniu. Jeśli symptomatologia przypomina z równym prawdopodobieństwem inną chorobę niż ZŻG, w skali odejmowane są 2 punkty. Wynik interpretuje się następująco: jeśli liczba punktów jest mniejsza lub równa 0 – ryzyko zakrzepicy jest małe, 1 lub 2 punkty w skali oznaczają ryzyko pośrednie, natomiast jeśli liczba punktów jest większa lub równa 3 – istnieje duże prawdopodobieństwo zakrzepicy.</p> |
| <p>Źródło bibliograficzne</p> | <p>1. Życińska K, Wiktorowicz M, Tomasiak D. i wsp. Przydatność skal prognostycznych w diagnostyce zatorowości płucnej. Family Medicine & Primary Care Review 2013; 15, 3: 426–429.</p> |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 2. Mikocka J, Sielski J. Jak rozpoznajemy ostrą zatorowość płucną na Oddziałach Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego? Folia Cardiologica 2018; 13, 4: 309–317. |
| Źródło on-line | https://medycynaistatystyka.pl/skala-wellsa-zakrzepica-zyl-glebokich |
| Przykład 5. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.5. Ocena ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym, skala Capriniego |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | Caprini score |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Joseph Caprini |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala Capriniego dotyczy chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym. Caprini wziął pod uwagę wiele czynników sprzyjających rozwojowi ŻChZZ i podzielił je na 4 grupy. Pierwsza grupa jest najliczniejsza, a każdy czynnik oceniany jest w skali na 1 pkt. Elementy w drugiej grupie punktowane są po 2 punkty, a w trzeciej – po 3 punkty. Czynniki w czwartej grupie są oceniane najwyżej (5 pkt.). Należą do nich: stan po świeżo przeżytym udarze mózgu, poważny uraz miednicy lub kończyny dolnej, zabieg alloplastyki stawu oraz przeżyty niedawno ostry uraz rdzenia kręgowego. W zależności od sumy punktów, oceniane jest nie tylko ryzyko incydentu zakrzepowo-zatorowego, ale zalecana jest również odpowiednia profilaktyka. Jeśli pacjent otrzymał w skali 0 punktów, prawdopodobieństwo ŻChZZ jest bardzo małe i nie zaleca się profilaktyki farmakologicznej i mechanicznej – z wyjątkiem wczesnego uruchamiania. W przypadku gdy wynik wynosi 1-2 punkty zalecana jest profilaktyka mechaniczna. Jeśli pacjent otrzymał 3-4 punkty, a ryzyko powikłań krwotocznych jest małe, zaleca się wdrożenie profilaktyki farmakologicznej lub mechanicznej. |
| Źródło bibliograficzne | Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Książek J. Opis wybranych narzędzi diagnostycznych w ocenie ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Pielęgniarstwo XXI wieku 2016;15,1:5-8. |
| Źródło on-line | https://medycynaistatystyka.pl/zmodyfikowana-skala-capriniego |
| Przykład 6. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.6. Skala oceny rany nowotworowej |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | Malignant Cutaneous Wound – MCW |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Haisfield-Wolfe Mary Ellen, Baxendale-Cox Lynn M. [1] |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala oceniająca głębokość i poziom uszkodzenia tkanek, szczególnie ran nowotworowych [1-3] |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Źródło bibliograficzne | Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. <i>Oncol Nurs Forum</i> 1999;26(6):1055–1064. Bazaliński D, Więch P, Chmiel Z. i wsp. Metody oceny i postępowanie z raną nowotworową – przegląd piśmiennictwa. <i>Leczenie Ran</i> 2011;8(4):103–115. Grocott P, Browne N, Richardson A. Paliatywne leczenie ran: optymalizacja stosowania systemów klasyfikacyjnych. <i>Polska Medycyna Paliatywna</i> 2004;1:45–56. Seaman S. Management of Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer Seminars in Oncology Nursing, 2006;22,3:185–193. Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> 2002;8,2:1-6. |
| Źródło on-line | https://daspecialistow.mojarana.pl/ktualności/ocena-rany-nowotworowej |
| Przykład 7. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.7. Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy) | Studio Alterazioni Cutanee Stomali - SACS |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | <i>Bosio G., Pisani F., Fonti A., Scrocca A., Morandell C., Anselmi L., Antonini M., Militello G., Mastronicola G., Gasperini S., Lucibello L.</i> |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Narzędzie pozwalające na wprowadzenie ustandaryzowanej terminologii służącej ocenie i klasyfikacji zmian skórnych wokół stomii oraz ich lokalizacji. Uniwersalny system pozwalający na obiektywną ocenę zmian skórnych wokół stomii. W pierwszej kolejności należy ocenić zmianę skórną, którą oznaczamy literą L. Istnieje 5 kategorii zmian. Następnie topografię czyli położenie zmiany względem śluzówki stomii, którą oznaczamy literą T w pięciostopniowej skali. Topografia wskazuje kwadranty okołostomijne, na których znajduje się zmiana. Przy wyznaczaniu kwadrantów stosujemy orientację wg tarczy zegara. |
| Źródło bibliograficzne | Bosio G, Pisani F, Fonti A. et. al. Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee post-enterostomie (SACS). <i>Classificazione delle alterazioni peristomali</i> . <i>G Chir</i> 2006;27,617:251-254. Antonini M, Militello G, Manfreda S. et al. A revised version of the original SACS scale for peristomal skin disorders classification. <i>World Council of Enterostomal Therapists Journal</i> , 2016; 36,3: 22-29. |
| Źródło on-line | https://pts.pl/narzedzie-sacs/ |
| Przykład 8. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.8. Skala Ransona/ kryteria Ransona |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (Jeśli dotyczy) | Ranson scale/Ranson criteria |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | John Ranson |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala Ransona to kryteria rozpoznania i oceny przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Ocena dokonywana jest po przyjęciu pacjenta do szpitala, a po raz drugi po upływie 48 godzin. Kryteria Ransona obejmują 11 klinicznych i laboratoryjnych parametrów, których oceny dokonuje się dwukrotnie w trakcie tej samej hospitalizacji. |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Źródło bibliograficzne | Basit H, Ruan GJ, Mukherjee S. Ranson Criteri. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.2021 Sep 28. |
| Źródło on-line | https://medycynaistatystyka.pl/kryteria-ransona |
| Przykład 9. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.1.C.9.Podstawowa ocena zaawansowania i ciężkości zakażenia w zespole stopy cukrzycowej |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | The perfusion, extent, depth, infection and sensation -PEDIS |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF) |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala PEDIS ocenia ukrwienie kończyny, wielkość i głębokość rany, obecność zakażenia i utratę czucia, wyodrębniając 4 stopnie zaawansowania zmian klinicznych zespołu stopy cukrzycowej. Została opracowana głównie do celów badawczych i nie została jeszcze zwalidowana w praktyce klinicznej pod względem rokowania. pod względem klinicznym. |
| Źródło bibliograficzne | Chuan F, Tang K, Jiang P, Zhou B, He X. Reliability and validity of the perfusion, extent, depth, infection and sensation (PEDIS) classification system and score in patients with diabetic foot ulcer. LoS One. 2015 Apr 13;10(4):e0124739 |
| Źródło on-line | https://www.mp.pl/interna/table/B16.13.4-4 . |

III.2. Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

Łukasz Murlikiewicz, Sylwia Benirowska

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

III.2.A. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- III. 2. A. 1. Trauma Index
- III. 2. A. 2. Skala Glasgow-Blatchford
- III. 2. A. 3. Skale ryzyka krwawienia podczas leczenia przeciwkrzepliwego (HAS- BLED)
- III. 2. A. 4. Skala Balthazara (CTSI)
- III. 2. A. 5. Skale oceny lęku przedoperacyjnego
- III. 2. A 6. Skala Boston - Ocena przygotowania jelita do kolonoskopii (BBPS)
- III. 2. A. 7. Klasyfikacja Forresta do oceny ryzyka nawrotu krwawienia z gopp
- III. 2. A. 8. Klasyfikacja Los Angeles oceny nasilenia nadżerkowego zapalenia przełyku.
- III. 2. A. 9. Skala Padewska Oceny Ryzyka (ŻChZZ)
- III. 2. A. 10. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Jorge-Wexnera (Skala Cleveland)
- III. 2. A. 11. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca: Skala Rockwooda –Fecal Incontinence Severity Index (FISI)
- III. 2. A. 12. Ocena stanu obrażeń u pacjenta w okresie pourazowym (RTS)

III.2.A. Wykaz skal powszechnie stosowanych

| Przykład 1. | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | Skala ciężkości urazów |
| Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | III.2.A.1. Trauma Index |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Kirkpatrick JR, Youmans RL. Trauma Index: An aide to the evaluation of injury victims. J Trauma. 1971;11:711-14 |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badania skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala ma zastosowanie podczas szybkiej oceny stanu pacjenta po urazie. Wskaźnik urazu pozwala na szybką ocenę na podstawie punktacji – 1 punkt oznacza uraz mały, (3-4) punkty – uraz umiarkowany, natomiast 6 – uraz duży. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nino Šikić, MD, Želimir Korać, PhD, Ivan Krajačić, MD, Josip Žunić, PhD, War Abdominal Trauma: Usefulness of Penetrating Abdominal Trauma Index, Injury Severity Score, and Number of Injured Abdominal Organs as Predictive Factors, <i>Military Medicine</i>, Volume 166, Issue 3, March 2001, s. 226–230 2. Milholland AV, Cowley RA, Sacco WJ, Development and prospective study of an Anatomical Index and an Acute Trauma Index, <i>The American Surgeon</i>, 01 Apr 1979, s.246-254 3. Kahraman, Sibel MD; Hu, Peter MS; Stein, Deborah M. MD, MPH; Stansbury, Lynn G. MD, MPH; Dutton, Richard P. MD, MBA; Xiao, Yan PhD; Hess, John R. MD, MPH; Scalea, Thomas M. MD, Dynamic Three-Dimensional Scoring of Cerebral Perfusion Pressure and Intracranial Pressure Provides a Brain Trauma Index That Predicts Outcome in Patients With Severe Traumatic Brain Injury, <i>The Journal of Trauma</i>, March 2011 s. 547-553 4. Hedges JR, Sacco WJ, Champion HR, An analysis of prehospital care of blunt trauma, <i>The Journal of Trauma</i>, 01 Dec 1982, 22(12):989-993 5. William J.Sacco Arthur V.Milholland William P.Ashman Conrad L.Swann-Larry M.Sturdivan R.Adams Cowley Howard R.Champion William Gill William B.Long T.C.McAslan, <i>Computers in Biology and Medicine</i> Volume 7, Issue 1, January 1977, s. 9-20 6. Aldemir M , Taçyildiz I, Girgin S, Predicting Factors for Mortality in the Penetrating Abdominal Trauma, <i>Acta Chirurgica Belgica</i> ,2004, s. 429-434 7. Edward E. Cornwell III M.D., William R. Dougherty M.D., Thomas V. Berne M.D., George Velmahos M.D., Ph.D., James A. Murray M.D., Santiago Chahwan M.D., Howard Belzberg M.D., Andres Falabella M.D., Irma R. Morales R.N., Juan Asensio M.D. Demetrios Demetriades M.D., Ph.D., Duration of antibiotic prophylaxis in high-risk patients with penetrating abdominal trauma: A prospective randomized trial, <i>Journal of Gastrointestinal Surgery</i> , 1999,648–653 |
| Przykład 2. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.2. Glasgow-Blatchford Score |
| Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | Glasgow-Blatchford Bleeding Score |

Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Oliver Blatchford, MD, PhD |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala ma zastosowanie w ocenie ryzyka krwawienia u pacjentów przed badaniem endoskopowym. Pacjent otrzymujący od 0 do 1 punktów nie wymaga hospitalizacji, badanie endoskopowe można wykonać w warunkach ambulatoryjnych- planowych. Chorzy z wynikiem powyżej 2 punktów wymagają hospitalizacji. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rahman A, Guan J, Khalid S, Munaf A, Mohammad S, Idrisov E, Xiaoping H, Machavarapu A, Abusaada K, Both Full Glasgow-Blatchford Score and Modified Glasgow-Blatchford Score Predict the Need for Intervention and Mortality in Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding, <i>Digestive Diseases and Sciences</i> 2018 63, s. 3020–3025 2. Kim M.S, Choi J, Won ChS, AIMS65 scoring system is comparable to Glasgow-Blatchford score or Rockall score for prediction of clinical outcomes for non-variceal upper gastrointestinal bleeding, <i>BMC Gastroenterology</i> ,2019, Article number: 136 3. Custovic N, Husic-Selimovic A, Srsen N, Prohic D, Comparison of Glasgow-Blatchford Score and Rockall Score in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding, <i>Med Arch.</i> 2020 ; 74(4): 270–274. 4. Mohamed D, Abdel Rahman A, Glasgow-Blatchford versus Rockall Scoring Systems for Predicting Outcomes of Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding, <i>American Journal of Nursing Research</i>, 2021, Vol. 9, No. 6, 191-199 5. Duan Z, Zhou SW, Niu Z, Use of the Glasgow-Blatchford score during the COVID-19 pandemic needs more rigorous research, <i>Endoscopy</i> 2021; 53(02): 209 |
| Przykład 3. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.3. Skala HAS-BLED (znana również jako skala krwawień Birmingham) |
| Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | HAS- BLED |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Ron Pisters 1, Deirdre A Lane, Robby Nieuwlaat, Cees B de Vos, Harry J G M Crijns, Gregory Y H Lip |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | HAS-BLED (Birmingham) ¹ ma zastosowanie w ocenie ryzyka krwawień u chorych z migotaniem przedsionków w trakcie terapii przeciwkrzepliwych antagonistami witaminy K. Duże ryzyko krwawienia występuje przy wyniku poniżej 3 punktów. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zhu W , He W, Guo L, Wang X, Hong K, The HAS-BLED Score for Predicting Major Bleeding Risk in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-analysis, <i>Clin Cardiol</i>, 2015 Sep;38(9):555-61 2. Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane DA. Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 2011 Jan 11;57(2):173-80 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Gao X, Cai X, Yang Y, Zhou Y, Zhu W. Diagnostic Accuracy of the HAS-BLED Bleeding Score in VKA- or DOAC-Treated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Cardiovasc Med.</i> 2021;8:757087 4. Zeng J, Yu P, Cui W, Wang X, Ma J, Zeng C. Comparison of HAS-BLED with other risk models for predicting the bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: A PRISMA-compliant article. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2020 Jun 19;99 5. Mueller K, Bernaitis N, Badrick T, Anoopkumar-Dukie S. HAS-BLED Predicts Warfarin Control in Australian Patients treated for Deep Vein Thrombosis. <i>Basic Clin Pharmacol Toxicol.</i> 2017 Mar;120(3):299-302 |
| Przykład 4. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.4. ISkala Balthazara |
| Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | CTSI (Computed Tomography Severity Index) - skala Balthazara Balthazar computed tomography severity index |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Balthazar EJ |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala Balthazara ma zastosowanie podczas oceny radiologicznej rozległości martwicy trzustki, wykorzystywana jest podczas opisu tomografii komputerowej jamy brzusznej. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petrescu GS, Georgescu I, Petrescu AM, Rădulescu D, Petrescu MO, Pătrașcu Ș. Balthazar Score and Neutrophil-Lymphocytes Ratio in Acute Pancreatitis. <i>Curr Health Sci J.</i> 2019 Jul-Sep;45(3):316-320 2. Cheng T, Han TY, Liu BF, Pan P, Lai Q, Yu H, Cao Y. Use of Modified Balthazar Grades for the Early Prediction of Acute Pancreatitis Severity in the Emergency Department. <i>Int J Gen Med.</i> 2022;15:1111-1119 3. Leung TK, Lee CM, Lin SY, Chen HC, Wang HJ, Shen LK, Chen YY. Balthazar computed tomography severity index is superior to Ranson criteria and APACHE II scoring system in predicting acute pancreatitis outcome. <i>World J Gastroenterol.</i> 2005 Oct 14;11(38):6049-52 4. Kiyak M, Tanoglu A. Comparison of the Efficacy of Balthazar Score and C-Reactive Protein-Albumin Ratio for Determination of Acute Pancreatitis Severity. <i>Curr Health Sci J.</i> 2022 Jan-Mar;48(1):81-87 5. Yencilek E, Telli S, Tekesin K, Ozgür A, Cakır O, Türkoğlu O, Meriç K, Simşek M. The efficacy of diffusion weighted imaging for detection of acute pancreatitis and comparison of subgroups according to Balthazar classification. <i>Turk J Gastroenterol.</i> 2014 Oct;25(5):553-7 |
| Przykład 5 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.5. Skale oceny lęku przedoperacyjnego |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | State Trait Anxiety Inventory (STAI-X1- STAI – X2) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Charles Spielberger STAI, R.L. Gorsuch, and R.E. Lushene |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p> | <p>State Trait Anxiety Inventory służy do oceny lęku przed zabiegiem operacyjnym. Zawiera dwie niezależne podskale, na które składa się 40 pozycji: 20 z nich służy ocenie lęku — stanu (podskala STAI-X1), czyli lęku uwarunkowanego sytuacyjnie, odczuwanego w chwili badania, kolejnych 20 służy ocenie lęku — cechy (podskala STAI-X2), rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Wynik minimalny to 20 punktów, maksymalny — 80 punktów. Wyższa liczba punktów świadczy o większym poziomie lęku.</p> |
| <p>Źródło bibliograficzne</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kim YH, Choi WJ. Effect of preoperative anxiety on spectral entropy during induction with propofol. <i>Korean J Anesthesiol.</i> 2013 Aug;65(2):108-13 2. Katsohiraki M, Pouloupoulou S, Fyrfiris N, Koutelekos I, Tsiotinou P, Adam O, Vasilopoulou E, Kapritsou M. Evaluating Preoperative Anxiety Levels in Patients Undergoing Breast Cancer Surgery. <i>Asia Pac J Oncol Nurs.</i> 2020 Oct-Dec;7(4):361-364 3. Rocca P, Cocuzza E, Rasetti R, Rocca G, Zanalda E, Bogetto F. Predictors of psychiatric disorders in liver transplantation candidates: logistic regression models. <i>Liver Transpl.</i> 2003 Jul;9(7):721-6 4. Sargin M, Uluer M. The effect of pre-procedure anxiety on sedative requirements for sedation during upper gastrointestinal endoscopy. <i>Turk J Surg.</i> 2020 Dec;36(4):368-373 5. Płotek W, Pielok J, Cybulski M, Samborska R. Emotional processes in patients undergoing coronary artery bypass graft surgeries with extracorporeal circulation in view of selected indicators of the inflammatory condition. <i>Med Sci Monit.</i> 2015 Jan 9;21:105-1 |
| Przykład 6 | |
| <p>Nazwa skali w języku polskim</p> | <p>III.2.A.6. Skala boston</p> |
| <p>Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)</p> | <p>The Boston Bowel Preparation Scale</p> |
| <p>Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię</p> | <p>Edwin J. Lai, MD, Audrey H. Calderwood, MD, Gheorghe Doros, PhD, Oren K. Fix, MD, MSc, and Brian C. Jacobson, MD, MPH, FASGE</p> |
| <p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p> | <p>Skala Boston stosowana jest do oceny przygotowania jelita grubego do badania kolonoskopowego. BBPS opiera się na ocenie każdego z trzech segmentów jelita grubego: lewego - odbytnica, esica i zstępnica, środkowego - zagięcie wątrobowe, poprzeczna, zagięcie śledzionowe</p> |
| <p>Źródło bibliograficzne</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK, Jacobson BC. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2009 Mar;69(3 Pt 2):620-5 2. Lu W, Zhou K, Cai C, He Y, Jiang H, Li X. Effects on BBPS score with bowel preparation time and dosage. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2022 Jul 8;101(27) 3. Clark BT, Protiva P, Nagar A, Imaeda A, Ciarleglio MM, Deng Y, Laine L. Quantification of Adequate Bowel Preparation for Screening or Surveillance Colonoscopy in Men. <i>Gastroenterology.</i> 2016 Feb;150(2):396-405 4. Jain D, Momeni M, Krishnaiah M, Anand S, Singhal S. Importance of reporting segmental bowel preparation scores during colonoscopy in clinical practice. <i>World J Gastroenterol.</i> 2015 Apr 7;21(13):3994-9 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"> 5. Calderwood AH, Jacobson BC. Comprehensive validation of the Boston Bowel Preparation Scale. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2010 Oct;72(4):686-92 6. Dikkanoglu B, Duman AE, Hülaga S. Effect of physician-provided education on the quality of bowel preparation. <i>Acta Gastroenterol Belg.</i> 2021 Jul-Sep;84(3):407-41 |
| Przykład 7 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.7. Klasyfikacja Forresta |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | Forrest classification |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | John A.H. Forrest |
| Krótko charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala Forresta – ma zastosowanie w klasyfikacji krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Używana jest do celów porównawczych oraz kwalifikacji pacjentów do leczenia endoskopowego. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I, Arezzo A, Hoffmann RT, Lesur G, de Franchis R, Aabakken L, Veitch A, Radaelli F, Salgueiro P, Cardoso R, Maia L, Zullo A, Cipolletta L, Hassan C. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. <i>Endoscopy.</i> 2015 Oct;47(10):a1-46 2. Yen HH, Wu PY, Wu TL, Huang SP, Chen YY, Chen MF, Lin WC, Tsai CL, Lin KP. Forrest Classification for Bleeding Peptic Ulcer: A New Look at the Old Endoscopic Classification. <i>Diagnostics (Basel).</i> 2022 Apr 24;12(5) 3. Lan T, Tong H, Qian S, Wei B, Huang Z, Wu H, Tan Q, Gao J, Bai S, Gong H, Jiang T, Yang J, Zhang Q, Hu B, Tang C. Prophylactic transcatheter angiographic embolization reduces Forrest Iia ulcer rebleeding: A retrospective study. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2021 Mar 19;100(11) 4. Yang EH, Wu CT, Kuo HY, Chen WY, Sheu BS, Cheng HC. The recurrent bleeding risk of a Forrest IIc lesion at the second-look endoscopy can be indicated by high Rockall scores ≥ 6. <i>Surg Endosc.</i> 2020 Apr;34(4):1592-1601 5. Lee JY, Kim CG, Cho SJ, Kim YI, Choi IJ. Is the Reinitiation of Antiplatelet Agents Safe at 1 Week after Gastric Endoscopic Submucosal Dissection? Assessment of Bleeding Risk Using the Forrest Classification. <i>Gut Liver.</i> 2017 Jul 15;11(4):489-496 6. Kim DS, Jung Y, Rhee HS, Lee SJ, Jo YG, Kim JH, Park JM, Chung IK, Cho YS, Lee TH, Park SH, Kim SJ. Usefulness of the Forrest Classification to Predict Artificial Ulcer Rebleeding during Second-Look Endoscopy after Endoscopic Submucosal Dissection. <i>Clin Endosc.</i> 2016 May;49(3):273-8 |
| Przykład 8 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.8. Klasyfikacja Los Angeles |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | The Los Angeles Classification I for severity grading of reflux esophagitis |

Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Lars R. Lundell, MD, PhD David Armstrong, MA, MB |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Klasyfikacja Los Angeles służy do oceny nasilenia nadżerkowego zapalenia przełyku oraz ocena nasilenia zmian w chorobie refluksowej przełyku. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kasyap AK, Sah SK, Chaudhary S. Clinical spectrum and risk factors associated with asymptomatic erosive esophagitis as determined by Los Angeles classification: A cross-sectional study. PLoS One. 2018;13(2) 2. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, Johnson F, Hongo M, Richter JE, Spechler SJ, Tytgat GN, Wallin L. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Gut. 1999 Aug;45(2):172-80 3. Lee SH, Jang BI, Kim KO, Jeon SW, Kwon JG, Kim EY, Jung JT, Park KS, Cho KB, Kim ES, Park CG, Yang CH. Endoscopic experience improves interobserver agreement in the grading of esophagitis by Los Angeles classification: conventional endoscopy and optimal band image system. Gut Liver. 2014 Mar;8(2):154-9 4. Nguyen AD, Spechler SJ, Shuler MN, Souza RF, Dunbar KB. Unique Clinical Features of Los Angeles Grade D Esophagitis Suggest That Factors Other Than Gastroesophageal Reflux Contribute to its Pathogenesis. J Clin Gastroenterol. 2019 Jan;53(1):9-14 5. Junko F, Moore D, Omari T, Seiboth G, Abu-Assi R, Hammond P, Couper R. Multichannel impedance monitoring for distinguishing nonerosive reflux esophagitis with minor changes on endoscopy in children. Ther Adv Gastrointest Endosc. 2021 Jan-Dec;14 |
| Przykład 9 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.9. Skala Padewska -Oceny Ryzyka ŻChZZ |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jesli dotyczy</i>) | The Padua Prediction Score was developed to estimate risk of venous thromboembolism (VTE) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | S Barbar I, F Noventa, V Rossetto, A Ferrari, B Brandolin, M Perlati, E De Bon, D Tormene, A Pagnan, P Prandoni |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala Padewska jest stosowana w ocenie ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u chorych hospitalizowanych. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wilkowska A, Kujawska-Danecka H, Hajduk A, Ryzyko i profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. Przegląd badań, Psychiatr. Pol. 2018; 52(3): 421–435 2. Nowicki GJ, Chrzan-Rodak A, Barańska M, Ślusarska BJ, Barbara Niedorys B, Zboina B, Risk of venous thromboembolism in patients hospitalized in an orthopedic department, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2021; 1: 51-59 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Ciebiada M, Barylski M, Kierszniewska-Stępień D, Górską-Ciebiada M, Profilaktyka pierwotna żylną choroby zakrzepowo-zatorowej u osób w podeszłym wieku, Geriatria 2012; 6: 144-152 4. Windyga J, Profilaktyka i leczenie żylną choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów chorych na nowotwór złośliwy niepoddawanych operacjom chirurgicznym, Via Medica, y 2015, volume 65, number 4, 257–265 5. Windyga J, Profilaktyka i leczenie żylną choroby zakrzepowo-zatorowej u chorych na raka medycznego, Journal of Oncology 2015;65(4):257-265 |
| Przykład 10 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.10. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | Jorge-Wexnera (Skala Cleveland) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Jorge J.M., Wexner S.D |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala Jorge-Wexnera (Skala Cleveland) ma zastosowanie przy ocenie nietrzymania stolca. Składa się z pięciu punktów, pacjent musi udzielić odpowiedzi na warianty: nigdy, rzadko, czasami, często, zawsze. Wynik 0 oznacza doskonałą kontrolę nad trzymaniem stolca, a 20 punktów świadczy o całkowitym nietrzymaniu stolca. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Devesa JM, Vicente R, Abairra V. Visual analogue scales for grading faecal incontinence and quality of life: their relationship with the Jorge-Wexner score and Rockwood scale. Tech Coloproctol. 2013 Feb;17(1):67-71. 2. Fonseca AM, Meinberg MF, Lucas DV, Monteiro MV, Figueiredo EM, Fonseca L, Filho AL. Cultural adaptation and validation of the Wexner scale in patients with anal incontinence in a Brazilian population. Int Urogynecol J. 2016 Jun;27(6):959-63 3. Heitmann PT, Rabbitt P, Schloithe A, Patton V, Skuza PP, Watchow DA, Dinning PG. Relationships between the results of anorectal investigations and symptom severity in patients with faecal incontinence. Int J Colorectal Dis. 2019 Aug;34(8):1445-1454 4. García-Botello S, Garcés-Albir M, Espi-Macías A, Moro-Valdezate D, Pla-Martí V, Martín-Arevalo J, Ortega-Serrano J. Sphincter damage during fistulotomy for perianal fistulae and its relationship with faecal incontinence. Langenbecks Arch Surg. 2021 Nov;406(7):2497-2505 5. Picaud O, Beyer-Berjot L, Parc Y, Karsenty G, Creavin B, Berdah S, Lefevre JH. Laparoscopic rectal dissection preserves erectile function after ileal pouch-anal anastomosis: a two-centre study. Colorectal Dis. 2021 Jan;23(1):123-131 6. Lamblin G, Bouvier P, Damon H, Chabert P, Moret S, Chene G, Mellier G. Long-term outcome after overlapping anterior anal sphincter repair for fecal incontinence. Int J Colorectal Dis. 2014 Nov;29(11):1377-83 7. Winiarski M, Józwiak D, Pusty M, Dziki A. Zadowolenie z życia po operacji wypadania odbytnicy. Pol Przegl Chir . 2013 styczeń; 85 (1) :29-34 |
| Przykład 11 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.11. Skala oceny nasilenia objawów nietrzymania stolca |
| Nazwa skali w języku angielskim Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | Rockwooda –Fecal Incontinence Severity Index (FISI) |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | T H Rockwood ¹ , J M Church, J W Fleshman, R L Kane, C Mavrantonis, A G Thorson, S D Wexner, D Bliss, A C Lowry |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Narzędzie, które może być wykorzystane do oceny nasilenia nietrzymania stolca. |
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lamblin G, Bouvier P, Damon H, Chabert P, Moret S, Chene G, Mellier G. Long-term outcome after overlapping anterior anal sphincter repair for fecal incontinence. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2014 Nov;29(11):1377-83 2. Kucukbas M, Selçuk S, Asoglu MR, Akdemir Y, Karateke A, Cam C. Validation of the Fecal Incontinence Severity Index in a Turkish Population. <i>Female Pelvic Med Reconstr Surg.</i> 2016 Jul-Aug;22(4):283-6 3. Hoen LA, Utomo E, Schouten WR, Blok BF, Korfage IJ. The fecal incontinence quality of life scale (FIQL) and fecal incontinence severity index (FISI): Validation of the Dutch versions. <i>Neurourol Urodyn.</i> 2017 Mar;36(3):710-715. 4. Geynisman-Tan J, Kenton K, Leader-Cramer A, Dave B, Bochenska K, Mueller M, Collins SA, Lewicky-Gaup C. Anal Penetrative Intercourse as a Risk Factor for Fecal Incontinence. <i>Female Pelvic Med Reconstr Surg.</i> 2018 May-Jun;24(3):252-255 5. Sileri P, Franceschilli L, Cadeddu F, De Luca E, D'Ugo S, Tognoni V, Camperchioli I, Benavoli D, Di Lorenzo N, Gaspari AL, Gentileschi P. Prevalence of defaecatory disorders in morbidly obese patients before and after bariatric surgery. <i>J Gastrointest Surg.</i> 2012 Jan;16(1):62-6 6. Demir N, Yuruyen M, Atay K, Yavuzer H, Hatemi I, Doventas A, Erdinciler DS, Dobrucali A. Prevalence of fecal incontinence and associated risk factors in elderly outpatients: a cross-sectional study. <i>Aging Clin Exp Res.</i> 2017 Dec;29(6):1165-1171 7. Zutshi M, Salcedo L, Hammel J, Hull T. Anal physiology testing in fecal incontinence: is it of any value?. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2010 Feb;25(2):277-82 |
| Przykład 12 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.2.A.12. Ocena stanu obrażeń u pacjenta w okresie pourazowym. |
| Nazwa skali w języku angielskim/Nazwa skali w języku angielskim(<i>Jeśli dotyczy</i>) | Revised Trauma Score (RTS) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | H R Champion ¹ , W J Sacco, W S Copes, D S Gann, T A Gennarelli, M E Flanagan |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | RTS (Revised Trauma Score) jest wykorzystywana do szybkiego określania stanu pacjenta po ciężkim urazie (polytrauma) i prawdopodobieństwa jego przeżycia. Skala RTS opiera się na trzech podstawowych parametrach fizjologicznych: częstości oddechu, skurczowym ciśnieniu tętniczym krwi i punktacji w skali GCS. |

| | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Źródło bibliograficzne | <ol style="list-style-type: none">1. Alvarez BD, Razente DM, Lacerda DA, Lothar NS, VON-Bahten LC, Stahlschmidt CM. Analysis of the Revised Trauma Score (RTS) in 200 victims of different trauma mechanisms. <i>Rev Col Bras Cir.</i> 2016 Sep-Oct;43(5):334-3402. Galvagno SM Jr, Massey M, Bouzat P, Vesselinov R, Levy MJ, Millin MG, Stein DM, Scalea TM, Hirshon JM. Correlation Between the Revised Trauma Score and Injury Severity Score: Implications for Prehospital Trauma Triage. <i>Prehosp Emerg Care.</i> 2019 Mar-Apr;23(2):263-2703. Orhon R, Eren SH, Karadayı S, Korkmaz I, Coşkun A, Eren M, Katrancioğlu N. Comparison of trauma scores for predicting mortality and morbidity on trauma patients. <i>Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.</i> 2014 Jul;20(4):258-644. Kim SC, Kim DH, Kim TY, Kang C, Lee SH, Jeong JH, Park YJ, Lee SB, Lim D. The Revised Trauma Score plus serum albumin level improves the prediction of mortality in trauma patients. <i>Am J Emerg Med.</i> 2017 Dec;35(12):1882-18865. Ahmad HN. Evaluation of revised trauma score in polytraumatized patients. <i>J Coll Physicians Surg Pak.</i> 2004 May;14(5):286-9 |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

III.3. Ortopedia i pielęgniarstwo ortopedyczne

Monika Tomaszewicz, Wojciech Kaszewski

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

III. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- III. 3. A. 1. Formularz Międzynarodowego Komitetu Dokumentacji Kolana (IKDC)
- III. 3. A. 2. Punktowa ocena stawu kolanowego - skala Lysholm & Gillquist
- III. 3. A. 3. Skala KOOS

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

- III. 3. B. 1. The Tapper and Hoover grading system
- III. 3. B. 2. Harris Hip Score (HHS)
- III. 3. B. 3. Musculoskeletal Functional Assessment Questionnaire (MFA)
- III. 3. B. 4. The Activities of Daily Living Scale of the Knee Outcome Survey (ADLS)
- III. 3. B. 5. Lequesne Index of Severity – Knee (Lequesne ISK)
- III. 3. B. 6. Dreiser's functional index
- III. 3. B. 7. Hip distability and osteoarthritis outcome score (HOOS)
- III. 3. B. 8. Oxford Knee Score
- III. 3. B. 9. Modified Cincinnati Rating System
- III. 3. B. 10. Intermittent and constant osteoarthritis pain – hip or knee version (ICOAP)

III. 3. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- III. 3. C. 1. Indeks WOMAC
- III. 3. C. 2. Skala SF-36
- III. 3. C. 3. Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne'a
- III. 3. C. 4. Skala Laitinena

III.3.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IKDC 2000 (ang. International Knee Documentation Committee) - formularz oceny subiektywnej.

Skala Lysholma/ zmodyfikowana skala Lysholma (ang. Lysholm Knee Scoring Scale).

Punktowa ocena stawu kolanowego wg skali KOOS.

| Grupa skal | ORTOPEDIA I PIELĘGNIARSTWO ORTOPEDYCZNE | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.A.1. Formularz Międzynarodowego Komitetu Dokumentacji Kolana | |
| Nazwa skali w języku angielskim | The International Knee Documentation Committee Knee Ligament Standard Evaluation Form | |
| Skrót | IKDC | |
| Wersja skali | Formularz Subiektywnej Oceny Kolana IKDC2000 | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Amerykańskie Towarzystwo Ortopedyczne Medycyny Sportowej (American Orthopedic Society for Sports Medicine, AOSSM) i Europejskie Towarzystwo Traumatologii Sportowej, Chirurgii Kolana i Artroskopii (European Society of Sport Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy, ESSKA) |
| | Rok publikacji | b/d |
| | Źródło | Amerykańskie Towarzystwo Ortopedyczne Medycyny Sportowej (American Orthopedic Society for Sports Medicine, AOSSM) AOSSM: Anderson, A., Bergfeld, J., Boland, A. Dye, S., Feagin, J., Harner, C. Mohtadi, N. Richmond, J. Shelbourne, D., Terry, G. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | b/d |
| | Rok publikacji | b/d |
| | Źródło | b/d |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badanej skali | b/d |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | b/d |
| | Struktura skali | Kwestionariusz badania zawiera pytania dotyczące (1) objawów, (2) aktywności sportowej i (3) funkcji kolana. Badania atestacyjne formularza potwierdziły jego wiarygodność, rzetelność i powtarzalność u chorych z uszkodzeniami więzadła krzyżowego przedniego (ang. anterior cruciate ligament, ACL) i więzadeł pobocznych, uszkodzeniami łąkoteczek, po zwichnięciach rzepki oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi kolan. Tym samym skala IKDC dołączyła do grupy innych metod badania subiektywnego. IKDC jest obecnie jednym z najbardziej popularnych i najczęściej używanych kwestionariuszy. |
| | Orientacyjny czas badania | b/d |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Do oceny pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego. Piśmiennictwo: Anderson AF. Rating scales. W: Fu FH, Harner CD and Vince KL, eds., Knee Surgery. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 275-96. Hefti F, Muller W, Jakob RP, Stubli HU. Evaluation of knee ligament injuries with the IKDC form. Knee Surg Sports Traumatol Arthroscopy 1993; 1: 226-34. Irrgang JJ, Anderson AF, Boland AL i wsp. Development and validation of the International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form. Am J Sports Med 2001; 29: 600-13. Goradia VK, Grana WA. A comparison of outcomes at 2 to 6 years after acute and chronic anterior cruciate ligament reconstructions using hamstring tendon grafts. Arthroscopy 2001; 17: 383-92. Shelbourne KD, Gray T. Results of anterior cruciate ligament reconstruction based on meniscus and articular cartilage status at the time of surgery. Five- to fifteen-year evaluations. Am J Sports Med 2000; 28: 446-52. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | b/d |
| | Miejsce badanych | b/d |
| | Stan badanych | b/d |
| | Sytuacje | b/d |
| | Inne | b/d |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Głównie specjaliści ortopedii i traumatologii, rehabilitacji, fizjoterapeuci. | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | | Zgody wymagane na przeprowadzenie badania |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Formularz Subiektywnej Oceny Kolana, składa się z pytań dotyczących aktywności chorego oraz subiektywnych objawów chorobowych ze strony stawu kolanowego. Odpowiedzi na każde pytanie są oceniane z zastosowaniem liczebników porządkowych: ocenę 1 przypisuje się 17 odpowiedziom reprezentującym najniższy poziom czynności lub najwyższy poziom dolegliwości. Wynik w tym Formularzu uzyskuje się przez zsumowanie ocen odpowiedzi na poszczególne pytania, pomijając odpowiedź na pytanie 10, a następnie po transformacji tego wyniku do skali 0 do 100. Odpowiedzi punktowane są w skali 0-10. Wynik (Subiektywny Wskaźnik Kolana IKDC) jest zawarty między 0 a 100. Wskaźnik IKDC interpretuje się jako miarę funkcji stawu kolanowego, której wyższe wskaźniki wskazują na wyższy poziom aktywności i niższy poziom dolegliwości | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |
| Skala IKDC | | |
| 1. Jaki rodzaj czynności może Pani/Pan wykonywać bez bólu kolana? | | |
| <input type="checkbox"/> bardzo intensywne czynności jak np. skoki, gra w koszykówkę, piłkę nożną | 4 | |
| <input type="checkbox"/> intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis | 3 | |
| <input type="checkbox"/> umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie | 2 | |
| <input type="checkbox"/> lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub ogrodzie | 1 | |
| <input type="checkbox"/> nie mogę wykonywać żadnej z powyższych czynności z powodu bólu kolana | 0 | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| 2. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/Pani ból kolana? | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nigdy | | |
| 3. Jeśli odczuwał/a Pan/Pani ból, jakie było jego nasilenie? | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bez bólu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> silny ból | | |
| 4. Jak sztywne lub obrzęknięte było Pana/Pani kolano w okresie ostatnich 4 tygodni ? | | |
| <input type="checkbox"/> w ogóle | | 4 |
| <input type="checkbox"/> łagodnie | | 3 |
| <input type="checkbox"/> umiarkowanie | | 2 |
| <input type="checkbox"/> silnie | | 1 |
| <input type="checkbox"/> bardzo silnie | | 0 |
| 5. Jaki rodzaj czynności może Pani/Pan wykonywać bez zauważalnego obrzęku kolana? | | |
| <input type="checkbox"/> bardzo intensywne czynności jak np. skoki, gra w koszykówkę, piłkę nożną | | 4 |
| <input type="checkbox"/> intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis | | 3 |
| <input type="checkbox"/> umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie | | 2 |
| <input type="checkbox"/> lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub ogrodzie | | 1 |
| <input type="checkbox"/> nie mogę wykonywać żadnej z powyższych czynności z powodu obrzęku kolana | | 0 |
| 6. Czy w ostatnich 4 tygodniach miał/a Pan/Pani zablokowane kolano lub odczuleś/aś nagle „przeskoczenie”? | | |
| t a k n i e <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | | |
| 7. Jaki rodzaj czynności może Pani/Pan wykonywać bez uczucia „uciekania/ustępowania” kolana? | | |
| <input type="checkbox"/> bardzo intensywne czynności jak np. skoki, gra w koszykówkę, piłkę nożną | | 4 |
| <input type="checkbox"/> intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis | | 3 |
| <input type="checkbox"/> umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie | | 2 |
| <input type="checkbox"/> lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub ogrodzie | | 1 |
| <input type="checkbox"/> nie mogę wykonywać żadnej z powyższych czynności z powodu „uciekania/ustępowania” kolana | | 0 |
| 8. Jaki jest największy poziom Pana/Pani normalnej aktywności fizycznej? | | |
| <input type="checkbox"/> bardzo intensywne czynności jak np. gra w koszykówkę, piłkę nożną | | 4 |
| <input type="checkbox"/> intensywne czynności jak ciężka praca fizyczna, jazda na nartach, tenis | | 3 |
| <input type="checkbox"/> umiarkowane czynności jak umiarkowana praca fizyczna, bieganie | | 2 |
| <input type="checkbox"/> lekkie czynności jak spacer, praca w domu lub jego otoczeniu | | 1 |
| <input type="checkbox"/> niezdolność do wykonania żadnej z powyższych czynności | | 0 |

| 9. Czy dolegliwości ze strony kolana wpływają na wykonywanie poniższych czynności? | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | bez trudności (4) | minimalne trudności (3) | umiarkowane trudności (2) | duże trudności (1) | niemożliwe do wykonania (0) |
| wchodzenie po schodach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schodzenie ze schodów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kłęczenie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kucanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| siedzenie ze zgiętymi kolanami | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wstawanie z krzesła | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bieg po prostej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| podskoki na jednej nodze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| szybkie ruszanie i zatrzymywanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 10. Jak oceni Pan/Pani funkcję swojego kolana w skali od 0 do 10 (10 – normalna, nie zaburzona funkcja; 0 – niezdolność do wykonania żadnej czynności dnia codziennego)? | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Funkcja kolana przed urazem: | | | | | | | | | | | | |
| niezdolność do wykonywania codziennych czynności | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | bez ograniczeń |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Obecna funkcja kolana: | | | | | | | | | | | | |
| niezdolność do wykonywania codziennych czynności | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | bez ograniczeń |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Grupa skal | ORTOPEDIA I PIELĘGNIARSTWO ORTOPEDYCZNE | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.A.2. Punktowa ocena stawu kolanowego - skala Lysholm & Gillquist | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Lysholm Knee Scoring Scale | |
| Skrót | Skala Lysholm | |
| Wersja skali | | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Lysholm Jack; Gillquist Jan |
| | Rok publikacji | 1982 |
| | Źródło | Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. Am J Sports Med 1982; 10: 150-4 |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Piontek T., Ciemniowska-Gorzela K., Naczka J., Cichy K., Szulc A. |
| | Rok publikacji | 2012 |
| | Źródło | Piontek T., Ciemniowska-Gorzela K., Naczka J., Cichy K., Szulc A. Linguistic and cultural adaptation into Polish of the IKDC 2000 subjective knee evaluation from and the Lysholm scale. Polish Orthop Traum. 2012; 77: 115- 119 |

| | | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badanej skali | 0 – 100 pkt |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Badania Briggsga; Badania Heintjesa |
| | Struktura skali | Skala zawiera osiem pytań dotyczących występowania utyknięcia (5 pkt.), używania kul/lasek (5 pkt.), występowania uczucia przesłania/blokowania kolana (15 pkt.), niestabilności (25 pkt.), nasilenia dolegliwości bólowych (25 pkt.), obrzęku (10 pkt.), możliwości wchodzenia po schodach (10 pkt.) oraz wykonania przysiadu (5 pkt.) Brak objawów oraz pełna sprawność ruchowa oceniana jest na 100 punktów |
| | Orientacyjny czas badania | Brak danych |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | do oceny pacjentów z uszkodzeniem więzadeł stawu kolanowego i chrząstki stawowej. Piśmiennictwo: Piontek T., Ciemniowska-Gorzela K., Naczek J., Cichy K., Szulc A. Linguistic and cultural adaptation into Polish of the IKDC 2000 subjective knee evaluation form and the Lysholm scale. Polish Orthop Traum. 2012; 77: 115- 119 Lysholm J., Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. Am J Sports Med. 1982; 10: 150-4 Smith H.J., Richardson J.B., Tennant A. Modification and validation of the Lysholm Knee Scale to assess articular cartilage damage. Osteoarthritis Cartilage. 2009; 17(1): 53-8 Bengtsson J., Mölberg J., Werner S. A study for testing the sensitivity and reliability of the Lysholm knee scoring scale. Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. 1996; 4(1): 27-31 Risberg M. A., Ekland A. Assessment of functional test after anterior cruciate ligament surgery. J Orthop Sports Phys Ther. 1994; 19(4): 212-7 Briggs K. K., Lysholm J., Tegner Y., Rodkey W. G., Kocher M. S., Steadman J. R. The reliability, validity, and responsiveness of the Lysholm score and Tegner activity scale for anterior cruciate ligament injuries of the knee: 25 years later. Am J Sports Med. 2009; 37(5): 890-7 Heintjes E. M., Bierma-Zeinstra S. M. A., Berger M. Y., Koes B. W. Lysholm scale and WOMAC index were responsive in prospective cohort of young general practice patients. J Clin Epidemiol. 2008; 61(5): 481-8 Risberg M.A., Holm I., Steen H., Beynon B.D. Sensitivity to changes over time for the IKDC form, the Lysholm score, and the Cincinnati knee score. A prospective study of 120 ACL reconstructed patients with a 2 – year follow – up. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 1999; 27: 402-16 |

Ortopedia i pielęgniarstwo ortopedyczne

| | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Smith H.J., Richardson J.B., Tennant A. Modification and validation of the Lysholm Knee Scale to assess articular cartilage damage. Osteoarthritis Cartilage. 2009; 17(1): 53-8 |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | b/d |
| | Miejsce badanych | b/d |
| | Stan badanych | Dysfunkcje stawu kolanowego (np. kolano skoczka, ból w stawie rzepkowo-udowym) |
| | Sytuacje | Czułość skali na zmiany kliniczne w przypadku pacjentów po uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego (WKP) była niższa, niż w grupach pacjentów z innymi patologiami stawu kolanowego. Skala nie jest odpowiednia do oceny pacjentów z uszkodzeniem WKP podczas nasilonej aktywności fizycznej. Skala Lysholma jest powtarzalnym, czułym i trafnym narzędziem w ocenie powrotu funkcji u pacjentów po rekonstrukcji WKP. |
| | Inne | brak |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Głównie specjaliści ortopedii i traumatologii, rehabilitacji, fizjoterapeuci | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Zgody wymagane na przeprowadzenie badania | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Bardzo Dobry (91-100), Dobry (84-90), Dostateczny(65-83) lub Słaby (<64) | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |
| Ocena stawu kolanowego wg skali Lysholm | | |
| Utykanie | brak | 5 |
| | niewielkiego stopnia | 3 |
| | obecne | 0 |
| Stosowanie kul łokciowych | | |
| | nie jest stosowana | 5 |
| | jedna kula lub laska | 3 |
| | chodzenie przy asekuracji dwóch kul | 0 |
| Przeskakiwanie / blokowanie | | |
| | nie występuje | 15 |
| | przeskakiwanie, nie występuje blokowanie | 10 |
| | występuje okresowe blokowanie | 6 |
| | występuje częste blokowanie | 2 |
| | objaw wystąpił podczas badania | 0 |
| Niestabilność/ uczucie „uciekania nogi” | | |
| | nie występuje | 25 |
| | występuje rzadko | 20 |
| | występuje podczas ćwiczeń | 15 |
| | występuje podczas normalnej aktywności | 10 |
| | występuje zawsze | 0 |

| | | |
|-------------------------------|----------------------------------|----|
| Ból | nigdy | 25 |
| | rzadko | 20 |
| | obecny podczas wysiłku | 15 |
| | obecny po więcej niż 2 km marszu | 10 |
| | obecny po mniej niż 2 km marszu | 5 |
| | stale obecny | 0 |
| | | |
| Wysięki | nie | 10 |
| | rzadko podczas wysiłku | 6 |
| | często podczas wysiłku | 2 |
| | stale | 0 |
| | | |
| Wchodzenie po schodach | bez problemu | 10 |
| | z niewielką trudnością | 5 |
| | po jednym stopniu | 2 |
| | niemożliwe | 0 |
| | | |
| Przysiad | bez problemu | 5 |
| | z niewielką trudnością | 4 |
| | do 90° zgięcia w kolanie | 2 |
| | niemożliwe | 0 |
| | | |
| SUMA PUNKTÓW | | |

| Grupa skal | ORTOPEDIA I PIEŁĘGNIARSTWO ORTOPEDYCZNE | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.A.3. Skala KOOS(Knee and Osteoarthritis Outcome Score) | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Knee and Osteoarthritis Outcome Score | |
| Skrót | KOOS | |
| Wersja skali | Formularz skali KOOS | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Roos EM, Roos HP, Ekdahl C, Lohmander LS |
| | Rok publikacji | b/d |
| | Źródło | Roos EM, Lohmander LS. The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. <i>Health Qual Life Outcomes</i> . 2003;1:64 |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Paradowski Przemysław |
| | Rok publikacji | 2013, 2015 |
| | Źródło | Paradowski PT, Witoński D, Kęska R, Roos EM: Cross-cultural translation and measurement properties of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) following anterior cruciate ligament reconstruction. <i>Health Qual Life Outcomes</i> 2013; 11: 107. 6. |

Ortopedia i pielęgniarstwo ortopedyczne

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Paradowski PT, Kęska R, Witoński D: Validation of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) in patients with osteoarthritis undergoing total knee replacement. <i>BMJ Open</i> 2015; 5 |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | b/d |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | b/d |
| | Struktura skali | Skala KOOS(Knee and Osteoarthritis Outcome Score) stanowi wystandaryzowane narzędzie do oceny funkcji stawu kolanowego. Jest najczęściej stosowaną skalą do oceny stawu kolanowego, pozwala na ocenę stawu przez samych pacjentów. Składa się z 5 części. W pierwszej pacjent określa stopień nasilenia objawów takich jak; obrzęk, sztywność, trzeszczenie, blokowanie kolana podczas prostowania, zginania, możliwość zgięcia i wyprostowania kolana. Druga część stanowi ocenę dolegliwości bólowych w czasie wykonywania różnych czynności. W części trzeciej ocenia pacjent stopień nasilenia dolegliwości bólowych podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Część czwarta dotyczy aktywności sportowej, a ostatnia część piąta dotyczy jakości życia |
| | Orientacyjny czas badania | b/d |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Do oceny pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego. Po uszkodzeniach struktur w stawie kolanowych (łąkotec, więzadeł krzyżowych) Piśmiennictwo: Roos EM, Roos HP, Lohmander LS. WOMAC Osteoarthritis Index -additional dimensions for use in post-traumatic osteoarthritis of the knee. <i>Osteoarthritis Cartilage</i> 1999; 7: 216-21; Roos EM, Roos HP, Ekdahl C, Lohmander LS. Knee Paradowski PT, Witoński D, Kęska R, Roos EM: Cross-cultural translation and measurement properties of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) following anterior cruciate ligament reconstruction. <i>Health Qual Life Outcomes</i> 2013; 11: 107. 6. Paradowski PT, Kęska R, Witoński D: Validation of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) in patients with osteoarthritis undergoing total knee replacement. <i>BMJ Open</i> 2015; 5 |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | b/d |
| | Miejsce badanych | b/d |
| | Stan badanych | b/d |
| | Sytuacje | b/d |
| | Inne | b/d |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Głównie specjaliści ortopedii i traumatologii, rehabilitacji, fizjoterapeuci. | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Zgody wymagane na przeprowadzenie badania | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Klucz do skali/ interpretacja wyników</p> | <p>Skala KOOS składa się z pięciu rozdziałów obejmujących ocenę: (1) bólu, (2) objawów, (3) aktywności codziennej, (4) aktywności sportowej i rekreacyjnej oraz (5) jakości życia. Ocenie podlega samopoczucie chorego w ciągu tygodnia, w którym badanie jest przeprowadzane. W standardowym formularzu badania zamieszczono możliwości odpowiedzi w zakresie od 0 do 4 punktów według Likerta. Wynik oblicza się osobno dla każdego rozdziału zagadnień. Uzyskanie 100 punktów wskazuje na brak objawów, zaś wartość zerowa świadczy o występowaniu objawów o nasileniu ekstremalnym. Wypełnienie kwestionariusza jest bardzo łatwe i zajmuje nie więcej niż 10 minut. Formularz może być rozesłany do chorych przebywających w domu. W badaniach atestacyjnych potwierdzono, że metoda charakteryzuje się wysoką zdolnością do uchwycenia zmian klinicznych oraz rzetelnością i powtarzalnością (ICC>0.75). Rozdziały skali KOOS: „aktywność sportowa i rekreacyjna” oraz „jakość życia” okazały się bardziej czułe niż rozdziały skali WOMAC: „ból”, „sztywność” i „czynność” w badaniach u chorych po menispektomiach, u których stwierdzono objawy radiologiczne choroby zwyrodnieniowej stawów</p> |
| <p>Formularz skali/ kwestionariusz</p> <p>Ocena stawu kolanowego wg skali KOOS</p> <p>S1. Czy obserwuje Pan/i obrzęk stawu kolanowego? <input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> zawsze</p> <p>S2. Czy czuje Pan/i chrzęszczenie/ tarcie, lub jakikolwiek inny dźwięk podczas ruchu w stawie kolanowym? <input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> zawsze</p> <p>S3. Czy Pana/i kolano blokuje się podczas zginania lub prostowania? <input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> zawsze</p> <p>S4. Czy może Pan/i kolano całkowicie wyprostować? <input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> zawsze</p> <p>S5. Czy może Pan/i kolano całkowicie zgiąć? <input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> zawsze</p> <p>S6. Jak duża jest sztywność kolana tuż po pierwszym wstaniu z łóżka? <input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> łagodna <input type="checkbox"/> średnia <input type="checkbox"/> duża <input type="checkbox"/> bardzo duża</p> <p>S7. Jak duża jest sztywność kolana po siedzeniu, leżeniu bądź odpoczynku w ciągu dnia? <input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> łagodna <input type="checkbox"/> średnia <input type="checkbox"/> duża <input type="checkbox"/> bardzo duża</p> <p>P1. Jak często odczuwa Pan/i ból operowanego stawu kolanowego? <input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> raz w miesiącu <input type="checkbox"/> raz w tygodniu <input type="checkbox"/> każdego dnia <input type="checkbox"/> cały czas</p> <p>P2. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas wykonywania, kręcenia i obracania się na pięcie/stopie ze zgiętym kolaniem? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> <p>P3. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas pełnego wyprostowania kolana? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> <p>P4. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas pełnego zginania kolana? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> <p>P5. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas chodzenia po płaskim podłożu? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> <p>P6. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas chodzenia po schodach? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> <p>P7. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas leżenia w łóżku w nocy? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> <p>P8. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas siedzenia lub leżenia? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> <p>P9. Jak silny ból operowanego stawu kolanowego odczuwa Pan/i podczas stania w pozycji wyprostowanej? <input type="checkbox"/> żadnego <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży <input type="checkbox"/> nie do wytrzymania</p> | |

- A1. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i schodzenie ze schodów?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A2. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wchodzenie po schodach?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A3. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wstanie z pozycji siedzącej?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A4. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i stanie?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A5. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i skłon do podłogi/podniesienie przedmiotu z podłogi?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A6. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i chodzenie po płaskim podłożu?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A7. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wsiadanie i wysiadanie z samochodu?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A8. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i robienie zakupów?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A9. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wkładanie skarpet/pończoch/rajstop?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A10. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wstawanie z łóżka?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A11. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i zdejmowanie skarpet/pończoch/rajstop?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A12. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i leżenie w łóżku (z przekręcaniem się na boki, przy zachowanej przez dłuższy czas pozycji kolana)
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A13. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i korzystanie z natrysku lub wanny?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A14. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i siedzenie?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A15. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i korzystanie z toalety?
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A16. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wykonywanie ciężkich prac domowych (przesuwanie ciężkich przedmiotów, mebli, szorowanie podłóg itp.)
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- A17. Jaki stopień trudności sprawia Panu/i wykonywanie lekkich prac domowych (ścieranie kurzu, gotowanie itp.)
 żaden lekki średni duży bardzo duży
- SP1. Czy występują trudności podczas wykonywania przysiadów?
 żadne lekkie średnie duże nie do wykonania
- SP2. Czy występują trudności podczas biegania?
 żadne lekkie średnie duże nie do wykonania
- SP3. Czy występują trudności podczas skakania?
 żadne lekkie średnie duże nie do wykonania
- SP4. Czy występują trudności podczas kręcenia i obracania się na pięcie/stopie ze zgiętym kolaniem?
 żadne lekkie średnie duże nie do wykonania
- SP5. Czy występują trudności podczas klękania?
 żadne lekkie średnie duże nie do wykonania
- Q1. Jak często operowane kolano daje Panu/i znać o sobie?
 nigdy raz w miesiącu raz w tygodniu każdego dnia stale
- Q2. Czy zmienił Pan/i swoje życie tak, aby unikać potencjalnie niebezpiecznych czynności dla swojego kolana?
 w ogóle trochę średnio bardzo całkowicie
- Q3. Do jakiego stopnia ufa Pan/i w sprawność swojego kolana po endoprotezie?
 w ogóle trochę średnio bardzo całkowicie
- Q4. Ile ogólnie kłopotu sprawia Panu/i kolano po zabiegu endoprotezy?
 w ogóle trochę średnio dużo bardzo dużo

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

| Przykład 1. | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.1. Skala Tappera i Hoovera |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Tapper and Hoover grading system |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Tapper E., Hoover N. |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | System oceny klinicznej chorych po usunięciu łąkotek stawu kolanowego. We- dług tej skali stan kolana może być przyporządkowany jednej z czterech ocen: bardzo dobry (ang. excellent), dobry (good), średni (fair) i zły (poor). Skala jest prosta, lecz podział, który został w niej użyty stanowi wyznacznik wielu innych metod badawczych. |
| Źródło bibliograficzne | Tapper E, Hoover N. Late results after meniscectomy. J Bone Joint Surg [Am] 1969; 51-A: 517-26. |
| Źródło on-line | http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf |
| Przykład 2. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.2. Skala Harrisa |
| Nazwa skali w języku angielskim | Harris Hip Score |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Harris WH. |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Kwestionariusz Harrisa (HHS) składa się z trzech części. W pierwszej części znajduje się osiem pytań dotyczących: bólu jakiego pacjent doświadcza na co dzień, odległości jaką pacjent jest w stanie pokonać, samoobsługi związa- nej z zakładaniem skarpetek lub butów, możliwości korzystania z transportu publicznego, zaopatrzenia ortopedycznego, utykania podczas chodu, poru- szania się po schodach, oraz czasu bezbolesnego siedzenia. W części drugiej jest możliwość odpowiedzi „tak” lub „nie”- jeżeli badany spełnia wszystkie cztery wymienione kryteria, wtedy terapeuta zaznacza odpowiedź „tak”, jeżeli choć jedno z kryteriów nie jest spełnione, wtedy należy zaznaczyć odpowiedź negatywną. Ostatnią częścią kwestionariusza Harrisa jest ocena ruchomości. |
| Źródło bibliograficzne | Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular frac- tures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg Am. 1969 Jun;51(4):737-55. Marchetti P, Binazzi R, Vaccari V, Girolami M, Morici F, Impallomeni C, Com- messatti M, Silvello L. Long-term results with cementless Fitek (or Fitmore) cups. J Arthroplasty. 2005 Sep;20(6):730-7. Kościelna P., Pogorzała A.M., Badanie funkcjonalne stawu biodrowego w przy- padku zmian zwyrodnieniowych. Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii, 2020 (6): 51-70 |
| Źródło on-line | https://www.orthopaedicscore.com/scorepages/harris_hip_score.html |

| Przykład 3. | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.3. Kwestionariusz oceny funkcjonalności układu mięśniowo-szkieletowego |
| Nazwa skali w języku angielskim | Musculoskeletal Functional Assessment Questionnaire (MFA) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Martin D, Engelberg R, Agel J, Snapp D, Swiontkowski MF |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala została zaprojektowana do oceny subiektywnej stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Kwestionariusz składa się ze 101 pytań, na które odpowiada się tylko poprzez potwierdzenie lub negację. Pytania podzielono na następujące kategorie: samoobsługa, odpoczynek i sen, możliwości funkcji ręki i inne czynności precyzyjne, zdolność do poruszania się, prace domowe, praca zawodowa, czas wolny i aktywność rekreacyjna, więzi rodzinne, kojarzenie i myślenie, nastawienie emocjonalne, zdolność do radzenia sobie z przeciwnościami losu i zdolność do adaptacji. Wynik można przedstawiać zarówno w odniesieniu do poszczególnych części, jak i jako ocenę ogólną. W studium porównawczym metod oceny: MFA, SF-36, WOMAC i Sickness Impact Profile (SIP) wszystkie wymienione skale uzyskały wysoką ocenę wiarygodności. Praca oceniała 444 chorych po złamaniach i urazach tkanek miękkich kończyn, chorych z OA oraz z reumatoidalnym zapaleniem stawów kolanowych. Badania wykazały przewagę MFA nad innymi metodami wynikającą między innymi z większej zdolności do badania żądanych parametrów i małym rozrzutem odpowiedzi (tzw. „efekt podłogi” i „efekt sufitu”). Ponadto skala odznacza się większą czułością niż SF-36. MFA może być zatem stosowana jako skala oceny jakości życia u chorych z chorobami układu szkieletowo -mięśniowego. |
| Źródło bibliograficzne | Martin DP, Engelberg R, Agel J, Swiontkowski MF. Comparison of the musculoskeletal function assessment questionnaire with the Short-Form 36, The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, and the Sickness Impact Profile health status measures. <i>J Bone Joint Surg [Am]</i> 1997; 79-A: 1323-35; Engelberg R, Martin DP, Agel J, Obremsky W, Coronado G, Swiontkowski MF. Musculoskeletal Function Assessment Instrument: criterion and construct validity. <i>J Orthop Res</i> 1996; 14: 182-92; Martin D, Engelberg R, Agel J, Snapp D, Swiontkowski MF. Development of a musculoskeletal extremity health status instrument: the musculoskeletal function assessment instrument. <i>J Orthop Res</i> 1996; 14: 173-81; Bergner M, Bobbitt R, Pollard W, Martin D, Gibson B. The sickness impact profile: validation of a health status measure. <i>Medical Care</i> 1976; 14: 57-67. |
| Źródło on-line | http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf |
| Przykład 4. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.4. Skala aktywności życia codziennego w zakresie funkcjonalności kolana |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Activities of Daily Living Scale (ADLS) of the Knee Outcome Survey |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Irrgang JJ, Snyder-Mackler L, Wannier R, Fu FH, Harner CD |
| Państwo | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Kwestionariusz jest instrumentem służącym do oceny stopnia ograniczeń czynnościowych spowodowanych przez choroby i uszkodzenia kolana. ADLS składa się z 17 zagadnień, które opisują wpływ objawów i ograniczeń funkcji na czynności codzienne. Ocenę końcową otrzymuje się po obliczeniu średniej w przedziale od 0 do 100 punktów. Badania kliniczne obejmujące grupę 397 chorych poddanych terapii fizykanej z powodu różnych chorób stawu kolanowego wykazały dużą powtarzalność i wiarygodność oceny, zdolność do pomiaru żądanych parametrów oraz wysoką czułość. |
| Źródło bibliograficzne | Irrgang JJ, Snyder-Mackler L, Wannier R, Fu FH, Harner CD. Development of the patient-reported measure of function of the knee. J Bone Joint Surg [Am] 1998; 80- A: 1132-45 |
| Źródło on-line | http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf https://www.klinika-rzeszow.pl/wp-content/uploads/2020/09/Kwestionariusz-KOS-ADLS-wersja-polska.pdf |
| Przykład 5. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.5. Indeks dla stawów kolanowych Lequesne |
| Nazwa skali w języku angielskim | Lequesne Index of Severity – Knee (Lequesne ISK) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Lequesne M. |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Kwestionariusz badania został podzielony na rozdziały, które obejmują: (1) 5 pytań dotyczących bólu lub niedogodności, (2) 2 pytania dotyczące chodzenia i (3) 4 pytania poświęcone codziennej aktywności życiowej. Odpowiedzi na poszczególne pytania są punktowane w różny sposób. Wynik końcowy (od 0 do 24 punktów) otrzymuje się po zsumowaniu punktacji za każdą z odpowiedzi. |
| Źródło bibliograficzne | Lequesne M. Informational indices. Validation of criteria and tests. Scand J Rheumatol 1989; supl. 80: 17-27 |
| Źródło on-line | http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf |
| Przykład nr 6 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.6. Wskaźnik czynnościowy Dreiser |
| Nazwa skali w języku angielskim | Dreiser's functional index |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Dreiser R. et al. |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Obejmuje ona 10 pytań dotyczących operacji manualnych (m. in. przekręcania klucza w zamku, zapinania guzika, krojenia, cięcia nożyczkami, podnoszenia, wiązania, pisanie). Każda czynność oceniana jest w skali 0–3, gdzie 0 oznacza wykonywanie czynności bez trudności, 1 – wykonywanie z niewielką trudnością, 2 – z dużą trudnością, a 3 – brak możliwości jej wykonania. Punktacja całości kwestionariusza waha się w granicach 0–30, większa liczba punktów odzwierciedla większe upośledzenie sprawności manualnej. Stosowanie kwestionariusza w dłuższym przedziale czasu pozwala monitorować postęp choroby przejawiający się dysfunkcją czynnościową. |
| Źródło bibliograficzne | Dreiser R, Maheu E, Guillou GB, Caspard H, Grouin JM. Validation of an algofunctional index for osteoarthritis of the hand. Rev Rhum Engl Ed. 1995; 62: 43S– 53S |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Źródło on-line | https://pro.arthrolink.com/en/custom/formulaire/questionnaire-dreiser |
| Przykład nr 7 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.7. Kwestionariusz HOOS |
| Nazwa skali w języku angielskim | Hip distability and osteoarthritis outcome score |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Złożony z 5 części. W pierwszej części pytania odnoszą się do objawów ruchowych oraz sztywności stawów biodrowych Kolejną część dotyczy dolegliwości bólowych. W części 3 pytania dotyczą funkcji życia codziennego i odnoszą się do ostatniego tygodnia. Część 4 zawiera pytania związane z uprawianiem sportu i rekreacji. W część 5 znajdują się pytania odnośnie jakości życia. |
| Źródło bibliograficzne | Nilsdotter A, Bremander A: Measures of Hip Function and Symptoms. American College of Rheumatology, Arthritis Care & Research Vol. 63, No. S11, November 2011:200 –207. Klassbo M, Larsson E, Mannevik E. Hip disability and osteoarthritis outcome score. An extension of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Scand J Rheumatol. 2003;32(1):46-51. Kościelna P., Pogorzala A.M, Badanie funkcjonalne stawu biodrowego w przypadku zmian zwyrodnieniowych. Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii, 2020 (6): 51-70 |
| Źródło on-line | https://www.orthopaedicscore.com/scorepages/hip_disability_osteoarthritis_outcome_score_hoos.html |
| Przykład nr 8 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.8. Oksfordzka Skala Oceny Kolana |
| Nazwa skali w języku angielskim | Oxford Knee Score |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Dawson J., Fitzpatrick R., Murray D., Carr A. |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Pierwotnie skala została opracowana do oceny dolegliwości ze strony stawu kolanowego po zabiegach alloplastyki. Może jednak zostać wykorzystana do oceny również po urazach i w chorobach zwyrodnieniowych stawu kolanowego. Składa się z 12 pytań, które pozwalają ocenić funkcję stawu kolanowego podczas codziennych czynności oraz dolegliwości bólowych w ciągu ostatnich 4 tygodni. Skala została tak zaprojektowana, aby było prosta i szybka w użyciu. Wynik z poszczególnych pytań sumuje się. Wynik najwyższy określa prawidłową i pełną funkcję stawu kolanowego. |
| Źródło bibliograficzne | Dawson J., Fitzpatrick R., Murray D., Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement surgery. J. Bone Joint Surg 1998; 80-B:63-69 Murray DW, Fitzpatrick R, Rogers K, Pandit H, Beard DJ, Carr AJ, Dawson J. The use of the Oxford hip and knee scores. The Journal of bone and joint surgery. British volume. 2007 Aug;89(8):1010-4 |
| Źródło on-line | https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/oxford-knee-score-oks/ |

| Przykład nr 9 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.9. System Oceny Więzadeł Stawu Kolanowego Cincinnatti |
| Nazwa skali w języku angielskim | Modified Cincinnatti Rating System |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Noyes FR. |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | System Oceny Więzadeł Stawu Kolanowego Cincinnatti składa się zasadniczo z dwóch części. Część badania fizykalnego oraz formularz służący do oceny czynności stawu kolanowego. Polega na ocenie bólu, obrzęku, stabilności, funkcji stawu kolanowego oraz oceny aktywności sportowej. Ocena końcowa zostaje wyznaczona jako najniższy wynik w każdej kategorii. |
| Źródło bibliograficzne | Noyes FR, Barber SD, Mooar LA. A rationale for assessing sports activity levels and limitations in knee disorders. Clin Orthop Relat Res. 1989 Sep;(246):238-49 Paradowski P., Ross E., Skale oceny stawu kolanowego. Podstawowe pojęcia. Przegląd metod badawczych. Adaptacja językowa i kulturowa., Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Vol. 6, Nr 4, 2004, 393 – 405 Bentley G, Biant LC, Carrington RW, Akmal M, Goldberg A, Williams AM, Skinner JA, Pringle J. A prospective, randomised comparison of autologous chondrocyte implantation versus mosaicplasty for osteochondral defects in the knee. J Bone Joint Surg Br. 2003 Mar;85(2):223-30 |
| Źródło on-line | https://www.orthopaedicscore.com/scorepages/cincinnatti.html |
| Przykład nr 10 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.B.10. Skala oceny okresowego i przewlekłego bólu stawu biodrowego lub kolanowego |
| Nazwa skali w języku angielskim | Intermittent and constant osteoarthritis pain – hip or knee version (ICOAP) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | b/d |
| Państwo | b/d |
| Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Prosta 11 punktowa skala, która pozwala na ocenę odczuwania bólu u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych lub kolanowych, w tym intensywności bólu, częstotliwości i wpływu na nastrój, sen oraz jakość życia . Obejmując ocenę dwóch różnych kryteriach bólowych: bólu przerywanego oraz stałego (przewlekłego), które występują u osób z chorobami zwyrodnieniowymi stawów. |
| Źródło bibliograficzne | Singh J.A. et al., Reliability and clinically important improvement thresholds for osteoarthritis pain and function scales: a multicenter study., 2014, The Journal of Rheumatology, 41(3), 509-515 |
| Źródło on-line | https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/measure-intermittent-and-constant-osteoarthritis-pain |

III.3.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

| Przykład 1. | |
|------------------------------|-------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.C.1. Skala WOMAC |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|----------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|------------------|--|----------------------|-----------|-------------------------------------------|-----------|-------------------------|--|---------------------------|-----------|---------------------------|-----------|----------------------|-----------|------------------------------------|-----------|---------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|----------------------------------------|-----------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|-------------------------|-----------|-----------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------|--|
| Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | WOMAC Osteoarthritis Index | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Zaprojektowany w latach 80-tych ubiegłego wieku w Kanadzie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | <p>Metoda ocenia trzy osobne grupy problemów: (1) ból (zawiera 5 szczegółowych pytań), (2) sztywność stawów (2 pytania) oraz (3) czynność (17 pytań). Oryginalna skala WOMAC jest dostępna w dwóch formach: w wersji VAS oraz w wersji 5-stopniowej (od 0 do 4) wg Likerta. Każdy rozdział kwestionariusza podlega osobnej ocenie. W wersji Likerta, w której chory zakreśla krzyżykiem odpowiednie pola, można uzyskać odpowiednio: od 0 do 20 punktów za pytania dotyczące bólu, od 0 do 8 punktów za sztywność stawową i od 0 do 68 punktów za funkcję. Kwestionariusz jest przeznaczony zarówno do oceny stawu kolanowego, jak i biodrowego, co potwierdzono w badaniach atestacyjnych.</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Skala oceny problem: 0 = Żaden, 1 = Łagodny, 2 = Umiarkowany, 3 = Ciężki, 4 = Skrajny</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ból</td> </tr> <tr> <td>1. Chodzenie, spacerowanie</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>2. Idąc w górę/ w dół, schody</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>3. W nocy</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>4. W spoczynku (siedząc/leżąc)</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>5. W pozycji stojącej</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sztywność</td> </tr> <tr> <td>1. Poranna sztywność</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>2. Sztywność pojawiająca się w ciągu dnia</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Funkcja fizyczna</td> </tr> <tr> <td>1. Schodzenie po schodach</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>2. Wchodzenie po schodach</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>3. Wstanie z krzesła</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>4. Pozostawanie w pozycji stojącej</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>5. Skłon do podłogi</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>6. Chodzenie po płaskiej powierzchni</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>7. Wsiadanie/wysiadanie do/z samochodu</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>8. Robienie zakupów</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>9. Zakładanie skarpet</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>10. Wstawanie z łóżka</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>11. Zdejmowanie skarpet</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>12. Odpoczynek (pozycja leżąca) w łóżku</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>13. Wchodzenie do wanny (kąpieli) / wychodzenie z kąpieli</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>14. Siedzenie (pozycja siedząca)</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>15. Korzystanie z toalety (siadanie/wstawanie)</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>16. Wykonywanie ciężkich obowiązków domowych</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>17. Wykonywanie lekkich obowiązków domowych</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Całkowity wynik skali: ____ / 96 = ____ %</td> </tr> </table> | Skala oceny problem: 0 = Żaden, 1 = Łagodny, 2 = Umiarkowany, 3 = Ciężki, 4 = Skrajny | | Ból | | 1. Chodzenie, spacerowanie | 0 1 2 3 4 | 2. Idąc w górę/ w dół, schody | 0 1 2 3 4 | 3. W nocy | 0 1 2 3 4 | 4. W spoczynku (siedząc/leżąc) | 0 1 2 3 4 | 5. W pozycji stojącej | 0 1 2 3 4 | Sztywność | | 1. Poranna sztywność | 0 1 2 3 4 | 2. Sztywność pojawiająca się w ciągu dnia | 0 1 2 3 4 | Funkcja fizyczna | | 1. Schodzenie po schodach | 0 1 2 3 4 | 2. Wchodzenie po schodach | 0 1 2 3 4 | 3. Wstanie z krzesła | 0 1 2 3 4 | 4. Pozostawanie w pozycji stojącej | 0 1 2 3 4 | 5. Skłon do podłogi | 0 1 2 3 4 | 6. Chodzenie po płaskiej powierzchni | 0 1 2 3 4 | 7. Wsiadanie/wysiadanie do/z samochodu | 0 1 2 3 4 | 8. Robienie zakupów | 0 1 2 3 4 | 9. Zakładanie skarpet | 0 1 2 3 4 | 10. Wstawanie z łóżka | 0 1 2 3 4 | 11. Zdejmowanie skarpet | 0 1 2 3 4 | 12. Odpoczynek (pozycja leżąca) w łóżku | 0 1 2 3 4 | 13. Wchodzenie do wanny (kąpieli) / wychodzenie z kąpieli | 0 1 2 3 4 | 14. Siedzenie (pozycja siedząca) | 0 1 2 3 4 | 15. Korzystanie z toalety (siadanie/wstawanie) | 0 1 2 3 4 | 16. Wykonywanie ciężkich obowiązków domowych | 0 1 2 3 4 | 17. Wykonywanie lekkich obowiązków domowych | 0 1 2 3 4 | Całkowity wynik skali: ____ / 96 = ____ % | |
| Skala oceny problem: 0 = Żaden, 1 = Łagodny, 2 = Umiarkowany, 3 = Ciężki, 4 = Skrajny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ból | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Chodzenie, spacerowanie | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Idąc w górę/ w dół, schody | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. W nocy | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. W spoczynku (siedząc/leżąc) | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. W pozycji stojącej | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sztywność | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Poranna sztywność | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Sztywność pojawiająca się w ciągu dnia | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funkcja fizyczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Schodzenie po schodach | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Wchodzenie po schodach | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Wstanie z krzesła | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Pozostawanie w pozycji stojącej | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Skłon do podłogi | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Chodzenie po płaskiej powierzchni | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Wsiadanie/wysiadanie do/z samochodu | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Robienie zakupów | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Zakładanie skarpet | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Wstawanie z łóżka | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Zdejmowanie skarpet | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Odpoczynek (pozycja leżąca) w łóżku | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Wchodzenie do wanny (kąpieli) / wychodzenie z kąpieli | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Siedzenie (pozycja siedząca) | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Korzystanie z toalety (siadanie/wstawanie) | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Wykonywanie ciężkich obowiązków domowych | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Wykonywanie lekkich obowiązków domowych | 0 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Całkowity wynik skali: ____ / 96 = ____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Źródło bibliograficzne | Bellamy N, Buchanan W, Goldsmith CH. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient-relevant outcomes following total hip or knee arthroplasty in osteoarthritis. <i>Orthop Rheumatol</i> 1988; 1: 95-108; Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. <i>J Rheumatol</i> 1988; 15: 1833-40; Likert R. A technique for measurements of attitudes. <i>Arch Psychol</i> 1932; 140: 44-60; Roos EM, Roos HP, Lohmander LS. WOMAC Osteoarthritis Index -additional dimensions for use in post-traumatic osteoarthritis of the knee. <i>Osteoarthritis Cartilage</i> 1999; 7: 216-21. |
| Źródło on-line | http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf |
| Przykład 2. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.C.2. Skala SF-36 |
| Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | Short Form Medical Outcome Study |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | b/d |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | 36-punktowy formularz (Short Form Medical Outcome Study) jest znanym i szeroko stosowanym instrumentem rodzajowym pomiaru stanu zdrowia. Kwestionariusz jest zaprojektowany do wypełnienia przez chorego. Zawiera 36 pytań umieszczonych w 8 rozdziałach dokładnie oceniających stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Ocena końcowa każdej z 8 części mieści się w zakresie od 0 do 100 punktów. Korzyść płynąca ze stosowania ogólnych skal oceny, w tym SF-36, polega na tym, że analiza wyników nie zależy od diagnozy: można oceniać i porównywać stan zdrowia chorych cierpiących na różne choroby. Kwestionariusz SF-36 był stosowany do oceny stanu zdrowia chorych z uszkodzeniami ACL po usunięciu łąkotec, a także po protezoplastyce stawu kolanowego. W roku 1994, przy okazji oceny wyników mniscektomii artroskopowej, zaproponowano zastosowanie SF-36 w połączeniu z kwestionariuszami swoistymi dla określonych chorób. Zaleca się także użycie SF-36 w badaniach klinicznych nad OA. W praktyce klinicznej stosuje się również uproszczone wersje skali SF-36: SF-12 i SF-8. |
| Źródło bibliograficzne | Shapiro ET, Richmond JC, Rockett SE, McGrath MM, Donaldson WR. The use of a generic, patient-based health assessment (SF-36) for evaluation of patients with anterior cruciate ligament injuries. <i>Am J Sports Med</i> 1996; 24: 196-200; Katz JN, Harris TM, Larson MG i wsp. Predictors of functional outcomes after arthroscopic partial meniscectomy. <i>J Rheumatol</i> 1992; 19: 1938-42; Hawker G, Melfi C, Paul J, Green R, Bombardier C. Comparison of a generic (SF-36) and a disease specific (WOMAC) (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) instrument in the measurement of outcomes after knee replacement surgery. <i>J Rheumatol</i> 1995; 22: 1193-6; . Small NC, Sledge CB, Katz JN. A conceptual framework for outcomes research in arthroscopic meniscectomy: results of a nominal group process. <i>Arthroscopy</i> 1994; 10: 486-92; Small NC, Sledge CB, Katz JN. A conceptual framework for outcomes research in arthroscopic meniscectomy: results of a nominal group process. <i>Arthroscopy</i> 1994; 10: 486-92; tman R, Brandt K, Hochberg M i wsp. Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis: recommendations from a task force of the Osteoarthritis Research Society. Results from a workshop. <i>Osteoarthritis Cartilage</i> 1996; 4: 217-43; Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996; 34: 220-33; Gandek B, Ware JE, Aaronson NK i wsp. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol 1998; 51: 1171-8. |
| Źródło on-line | http://www.ortopedia.com.pl/api/files/view/45038.pdf |
| Przykład 3. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.C.3. Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne’a |
| Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | Lequesne Index |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | b/d |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Kwestionariusz dotyczy stawów kończyn dolnych (kolanowego i biodrowego). Zawiera 10 pytań: 5 z nich dotyczy bólu (nocnego, porannego dyskomfortu, bólu podczas chodzenia, stania, wstawania z pozycji siedzącej), za każde pytanie przyznawana jest punktacja od 0 do 2, w zależności od nasilenia dolegliwości; 1 pytanie odnosi się do maksymalnego pokonanego dystansu; oceniane jest w skali od 0 do 6 punktów, w zależności od pokonanej odległości, np.: bez ograniczeń – 0 p., mniej niż 100 m – 6 p. (w przypadku korzystania z laski/kuli dodawany jest dodatkowy punkt); 4 pytania dotyczą czynności związanych z codziennym życiem (chodzenie po schodach, nierównym terenie, kucanie, podnoszenie czegoś z podłogi, wsiadanie/wysiadanie z samochodu, ubieranie), każde z nich oceniane jest w przedziale punktów 0–2, gdzie: 0 – bez trudności, 0,5–1,5 – w zależności od nasilenia trudności, 2 – czynność niemożliwa do wykonania. Sumaryczna punktacja w zakresie od 0 do 24 przekłada się na stopień upośledzenia funkcji. Wartości bliższe zeru oznaczają mniejsze upośledzenie czynnościowe. Z uwagi na prostotę i łatwość w ocenie kwestionariusz ten stanowi przydatny instrument w praktyce lekarskiej. |
| Źródło bibliograficzne | Monitorowanie stanu pacjenta w chorobach reumatycznych, autor: Wiland Piotr, Madej Marta, Szmyrka-Kaczmarek Magdalena Wydawnictwo Medyczne Górnicki rok 2015 |
| Źródło on-line | https://www.xediton.com/wp-content/uploads/2017/05/GO-ON-Knee-Lequesne.pdf |
| Przykład 4. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.3.C.4. Skala Laitinena |
| Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>) | Laitinena Scale |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | b/d |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala Laitinena umożliwia subiektywną ocenę poziomu bólu oraz leczenia/pbólowego u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego. Oceny dokonuje się na podstawie 4 wskaźników: nasilenia bólu, częstotliwości występowania dolegliwości bólowych, częstotliwości przyjmowania leków przeciwbólowych oraz ograniczenia aktywności ruchowej |

| | Wskaźnik: | Ocena problemu: | Liczba punktów: |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|
| | Nasilenie bólu | Bez bólu | 0 |
| | | Łagodny | 1 |
| | | Silny | 2 |
| | | Bardzo silny | 3 |
| | | Nie do wytrzymania | 4 |
| | Częstotliwość występowania bólu | Nie występuje | 0 |
| | | Okresowo | 1 |
| | | Często | 2 |
| | | Bardzo często | 3 |
| | | Ból ciągły | 4 |
| | Częstotliwość zażywania środków przeciwbólowych: | Brak środków przeciwbólowych | 0 |
| | | Doraźnie | 1 |
| | | Ciągle – małe dawki | 2 |
| | | Ciągle – duże dawki | 3 |
| | | Ciągle – bardzo duże dawki | 4 |
| | Ograniczenie aktywności ruchowej | Żadne | 0 |
| | | Częściowe | 1 |
| | | Utrudniające pracę | 2 |
| | | Uniemożliwiające pracę | 3 |
| | | Uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie | 4 |
| Źródło bibliograficzne | Kamper S. J. Pain Intensity Ratings. <i>Journal of Physiotherapy</i> . 2012;58(1):p. 61. doi: 10.1016/S1836-9553(12)70077-2. | | |
| Źródło on-line | b/d | | |

III.4. Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo - ginekologiczne

Agnieszka Bien¹, Beata Pięta², Grażyna Bączek³, Julia Klimanek⁴

¹ *Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

² *Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*

³ *Zakład Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

⁴ *Centrum Medyczne Żelazna, Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie*

III.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

III. 4. A. 1. The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale (IIFAS)

III. 4. A. 2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

III. 4. A. 3. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire for Breast Cancer (EORTC QLQ- BR23)

III. 4. A. 4. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, The cervical cancer-specific Quality of Life (EORTC QLQ- CX24)

III. 4. A. 5. The Fertility Quality of Life (FertiQoL)

III. 4. A. 6. Female Sexual Function Index Questionnaire (FSFI)

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

III. 4. B. 1. The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)

III. 4. B. 2. Menopause Rating Scale (MRS)

III. 4. B. 3. Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire– Self-Administered (PCOSQ)

III. 4. B. 4. Kwestionariusz 30-item Endometriosis Health Profile (EHP-30)

III. 4. B. 5. The Birth Satisfaction Scale (BBS)

III. 4. B. 6. The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)

III. 4. B. 7. Pregnancy Health Behaviors Scale (PHBS)

III.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

| Grupa skal | | POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.A.1. Skala postaw wobec karmienia niemowląt IOWA | |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale | |
| Skrót | IIFAS | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | De la Mora Arlene, Russell Daniel, Dungy Claibourne, Losch Mary, Dusdieker Lois |
| | Rok publikacji | 1999 |
| | Źródło | De la Mora A, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. J. Appl. Soc. Psychol. 1999; 29: 2362-80. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Bień Agnieszka, Kulesza-Brończyk Bożena, Przestrzelska Monika, Iwanowicz-Palus Grażyna, Ćwiek Dorota |
| | Rok publikacji | 2021 |
| | Źródło | Bień A, Kulesza-Brończyk B, Przestrzelska M, Iwanowicz-Palus G, Ćwiek D. The attitudes of Polish women towards breastfeeding based on the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). Nutrients 2021; 30; 13(12): 4338. |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badanej skali | Oceny postaw kobiet wobec metod karmienia niemowląt, przewidywania wyboru metody karmienia niemowląt oraz czasu trwania karmienia piersią. |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Brak |
| | Struktura skali | Skala składa się z 17 pozycji (polska wersja skali obejmuje 16 pozycji IIFAS-Pol) z 5-stopniową skalą Likerta od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Dziewięć pozycji jest sformułowanych w sposób korzystny dla karmienia piersią, a pozostałe dla karmienia mieszkanką. Całkowity wynik IIFAS może wynosić od 17 do 85, przy czym wyższe wyniki odzwierciedlają pozytywne nastawienie do karmienia piersią [1, 2]. |
| | Orientacyjny czas badania | 10 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Badania z wykorzystaniem skali IIFAS zostały przeprowadzone m. in. wśród mieszkanek Chin oraz wśród Chińek mieszkających w Australii, które miały dzieci poniżej 5 roku życia [3], w Japonii, wśród matek w wieku od 16 do 45 lat, które urodziły dziecko 18-ście miesięcy wcześniej [4], w Australii na obszarach wiejskich wśród kobiet w pierwszych 12-tu miesiącach po porodzie [5], w Jordanii wśród matek posiadających dzieci do 1 roku |

Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo - ginekologiczne

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | życia [6], w Etiopii wśród ciężarnych będących w II lub III trymestrze ciąży [7], na Węgrzech wśród matek których ostatnie dziecko miało od 6 do 36 miesięcy [8]. Cotelo i in. [9] badali postawy wobec karmienia piersią wśród ciężarnych Hiszpanek będących między 26. a 38. tygodniem ciąży o przebiegu fizjologicznym, badania były kontynuowane po 6 i 16 tygodniach oraz po 6 miesiącach. Balyakina i in. [10] badali związek pomiędzy osobą sprawującą opiekę nad kobietą ciężarną a jej postawą wobec karmienia piersią. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Użycie skali nie jest warunkowane wiekiem badanych |
| | Miejsce badanych | Dom, przychodnia, szpital |
| | Stan badanych | --- |
| | Sytuacje | Kobiet ciężarne, kobiety karmiące piersią, kobiety w wieku rozrodczym, mężowie, partnerzy, przyjaciele |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjonaliści: położne, lekarze, pielęgniarki, psychologowie, naukowcy | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | | Powołanie się na publikacje źródłowe |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Całkowity wynik IIFAS może wynosić od 17 do 85, przy czym wyższe wyniki odzwierciedlają pozytywne nastawienie do karmienia piersią. Całkowite wyniki IIFAS można dalej podzielić na grupy: 1) pozytywne nastawienie do karmienia piersią (wynik IIFAS 70–85), 2) neutralne nastawienie (punkcją IIFAS 49–69) i 3) pozytywne nastawienia dla karmienia mieszanego (wynik IIFAS 17–48) [1]. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------|-----------------|----------------|-------------|--------------------------|
| Zdecydowanie się nie zgadzam | Nie zgadzam się | Nie mam zdania | Zgadzam się | Zdecydowanie się zgadzam |

| | | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. | Korzyści z karmienia piersią trwają tylko do momentu odstawienia dziecka od piersi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Karmienie mieszanką sztuczną jest wygodniejsze niż karmienie piersią. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Karmienie piersią wzmacnia więź między matką a dzieckiem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | W mleku matki brakuje żelaza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Niemowlęta karmione mieszanką sztuczną są częściej przekarmiane niż dzieci karmione piersią. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Karmienie mieszanką sztuczną jest lepszym rozwiązaniem dla matki, która chce wrócić do pracy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Matki karmiące mieszanką sztuczną tracą jedną z największych radości macierzyństwa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Kobiety nie powinny karmić piersią w miejscach publicznych, takich jak restauracje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Niemowlęta karmione piersią są zdrowsze niż dzieci karmione mieszanką sztuczną. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Niemowlęta karmione piersią są częściej przekarmiane niż dzieci karmione mieszanką sztuczną. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Ojcowie czują się pominięci, jeśli matka karmi piersią. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 12. | Mleko matki jest idealnym pożywieniem dla niemowląt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Mleko matki jest bardziej lekkostrawne niż mieszanka sztuczna. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Mieszanka sztuczna jest tak samo zdrowa dla niemowlęcia jak mleko matki. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Karmienie piersią jest wygodniejsze niż karmienie mieszanką sztuczną. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Mleko matki jest tańsze niż mieszanka sztuczna. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> De la Mora A, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. <i>J. Appl. Soc. Psychol.</i> 1999; 29: 2362-80. Bień A, Kulesza-Brończyk B, Przestrzelska M, et al. The attitudes of Polish women towards breastfeeding based on the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). <i>Nutrients</i> 2021; 30; 13(12): 4338. Chen S, Binns CW, Liu Y, et al. Attitudes towards breastfeeding – The Iowa Infant Feeding Attitude Scale in Chinese mothers living in China and Australia. <i>Asia Pac. J. Clin. Nutr.</i> 2013; 22: 266–269. Inoue M, Binns CW, Katsuki Y, Ouchi M. Japanese mothers’ breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the Iowa Infant Feeding Attitudes Scale. <i>Asia Pac. J. Clin. Nutr.</i> 2013; 22: 261–265. Cox KN, Giglia RC, Binns CW. The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: Evidence from a cohort study in rural Western Australia. <i>Int. Breastfeed. J.</i> 2015; 10: 1–9, doi:10.1186/s13006-015-0048-3. Abu Shosha GM. The Influence of Infants’ Characteristics on Breastfeeding Attitudes among Jordanian Mothers. <i>Open J. Nurs.</i> 2015;5: 295–302, doi:10.4236/ojn.2015.54032. Abdulahi M, Fretheim A, Argaw A, Magnus, J.H. Adaptation and validation of the Iowa infant feeding attitude scale and the breastfeeding knowledge questionnaire for use in an Ethiopian setting. <i>Int. Breastfeed. J.</i> 2020; 15: 1–11, doi:10.1186/s13006-020-00269-w. Ungváry R, Ittész A, Bóné V, Török S. Psychometric properties of the original and short Hungarian version of the Iowa infant feeding attitude scale. <i>Int. Breastfeed. J.</i> 2021; 16; 16(1):54. Cotelo MDCS, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Novío S. Infant feeding attitudes and practices of Spanish low-risk expectant women using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). <i>Nutrients</i> 2018; 10: 520, doi:10.3390/nu10040520. Balyakina E, Fulda KG, Franks SF, et al. Association between healthcare provider type and intent to breastfeed among expectant mothers. <i>Matern. Child Health J.</i> 2015; 20: 993–1000, doi:10.1007/s10995-015-1884-x. |

| Grupa skal | POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.A.2. Edynburska Skala Depresji Poporodowej |
| Nazwa skali w języku angielskim | Edinburgh Postnatal Depression Scale |
| Skrót | EPDS |
| Wersja skali | Właściwa |

| | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Cox John, Holden Jeni, Sagovsky Ruth |
| | Rok publikacji | 1987 |
| | Źródło | Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. Detection of post-natal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782. PMID: 3651732. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Eleonora Bielawska-Batorowicz |
| | Rok publikacji | 1995 |
| | Źródło | Kossakowska K. Edynburska skala depresji poporodowej: właściwości psychometryczne i charakterystyka. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica 17, 39-50. 2013. |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Ocena samopoczucia w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | brak |
| | Struktura skali | 10 pozycji dotyczących różnych aspektów samopoczucia, ocenianych w skali 0-3, w zależności od nasilenia. Oceniane są anhedonia, poczucie winy, niepokój, ataki paniki, przemęczenie/przeladowanie, zaburzenia snu, smutek/przygnębienie, płaczliwość, myśli samobójcze |
| | Orientacyjny czas badania | 5 min |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Badania z użyciem skali zostały przeprowadzone wśród kobiet przebywających na oddziale poporodowym, w 1.-7. i 30. dniu po porodzie [1]. W natomiast w Japonii badano kobiety podczas pierwszego, drugiego oraz trzeciego trymestru ciąży, a także 3-4 i miesiąc dni po porodzie [2]. Badania przeprowadzone przez Gałęziowska i wsp. dotyczyły grupy 150 kobiet, badaniw przeprowadzono roku od porodu, pacjentki w przedziale wiekowym od 18-41 roku życia [3]. W Anglii i Irlandii Północnej badano kobiety, które zgłaszały niepokój lub lęk, bądź obie dolegliwości, [4] natomiast w Stanach Zjednoczonych grupę badawczą stanowiły kobity z rozpoznaną depresją poporodową [5]. Brazylijscy naukowcy wykorzystali skalę do oceny symptomów depresji poporodowej wśród kobiet, które chorowały na COVID-19 oraz kobiet, które nie miały infekcji. [6] Przeprowadzono także badania dotyczące spożycia suplementów diety przez matkę podczas pandemii COVID-19, a poziomem stresu z wykorzystaniem EPDS [7]. EPDS została użyta w badaniach, mających na celu utworzenie profilu kobiet predysponowanych do wystąpienia zaburzenia i identyfikacji kobiet z objawami depresji poporodowej[8]. Dombrowska-Pali A. i wsp. przeprowadzili badanie, którego celem była ocena składu mleka i stężenia kortyzolu w surowicy krwi cztery tygodnie po porodzie wśród kobiet z ryzykiem występowania objawów depresji poporodowej [9]. W Chorwacji badano związek pomiędzy satysfakcją z urodzenia dziecka, zespołem stresu pourazowego i depresją poporodową [10]. |
| | | |

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Kobiety w wieku rozrodczym |
| | Miejsce badanych | Gabinet położnej, gabinet lekarza położnika |
| | Stan badanych | Kobiety ciężarne (pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży oraz 33. a 37. tygodniem ciąży), kobiety w połogu (miesiąc po porodzie) |
| | Sytuacje | Ciężarna lub położnica z czynnikami ryzyka wystąpienia depresji okołoporodowej |
| | Inne | Brak |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Ginekolog-położnik, położna, psycholog | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Brak | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Wynik uzyskuje się sumując punkty kwestionariusza, można uzyskać 30 punktów. Wynik większy lub równy 10 świadczy o dużym prawdopodobieństwie wystąpienia depresji o różnym stopniu nasilenia. Uzyskanie wyniku powyżej 12 punktów lub potwierdzenie obecności myśli nakierowanych na uszkodzenie własnego ciała jest wskazaniem do wykonania diagnozy przez specjalistę. Diagnozę depresji poporodowej, tak jak w przypadku innych typów depresji, następuje na drodze obserwacji zachowania oraz rozmowy z kobietą oraz z jej bliskimi. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP) – wersja dla lekarza, pielęgniarki i położnej (do sumowania wyniku).

- Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia
 - tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
 - trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
 - zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
 - zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)
- Patrzyłam w przyszłość z nadzieją
 - tak jak zawsze (0 punktów)
 - rzadziej niż zawsze (1 punkt)
 - zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
 - nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)
- Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało
 - tak w większości przypadków (3 punkty)
 - tak, czasami (2 punkty)
 - rzadko (1 punkt)
 - wcale (0 punktów)
- Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się
 - zupełnie nie (0 punktów)
 - raczej nie (1 punkt)
 - czasami (2 punkty)
 - tak, bardzo często (3 punkty)
- Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów
 - tak, często (3 punkty)
 - czasami (2 punkty)
 - nie, raczej nie (1 punkt)
 - nie, nigdy (0 punktów)
- Wydarzenia przerastały mnie
 - tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
 - czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
 - przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
 - radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy</p> <ul style="list-style-type: none"> • tak, przez większość czasu (3 punkty) • tak czasami (2 punkty) • rzadko (1 punkt) <p>• nie, wcale nie (0 punktów) 8.</p> <p>Czułam się samotna i nieszczęśliwa</p> <ul style="list-style-type: none"> • tak, przez większość czasu (3 punkty) • tak, dość często (2 punkty) • niezbyt często (1 punkt) • nie, wcale nie (0 punktów) <p>9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam</p> <ul style="list-style-type: none"> • tak, przez większość czasu (3 punkty) • tak, dość często (2 punkty) • tylko sporadycznie (1 punkt) • nie, wcale nie (0 punktów) <p>10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy</p> <ul style="list-style-type: none"> • tak, dość często (3 punkty) • czasami (2 punkty) • bardzo rzadko (1 punkt) • nigdy (0 punktów) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Golec M, Rajewska-Rager A, et al. Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. <i>Psychiatria</i>. tom 13, nr 1, 1–7. Copyright 2016 Via Medica. ISSN 1732–9841. 2. Tanuma-Takahashi A., Tanemoto T., Nagata C. et al. Antenatal screening timeline and cutoff scores of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for predicting postpartum depressive symptoms in healthy women: a prospective cohort study. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> 2022, 22, 527. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04740-w. 3. Gałęziowska, E., Kicińska, K., Szadowska-Szlachetka, Z. & Domżał-Drzewicka, R. (2021). Assessment of the risk of postpartum depression and the support expected and received by women within a year of giving birth. <i>Polish Journal of Public Health</i>, 2021, 131(1) 62-66. https://doi.org/10.2478/pjph-2021-0012. 4. Fellmeth G., Harrison S., McNeill J. et al. Identifying postnatal anxiety: comparison of self-identified and self-reported anxiety using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> 2022, 22, 180 https://doi.org/10.1186/s12884-022-04437-0. 5. Beck C.T, Indman P. The many faces of postpartum depression. <i>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs</i>. 2005 Sep-Oct;34(5):569-76. doi: 10.1177/0884217505279995. PMID: 16227512. 6. Knippel Galletta M.A, Silva Sousa Oliveira A.M, Gorrao Lopes Albertini J. et al. Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. <i>Journal of Affective Disorders</i>. Volume 296, 1 January 2022, Pages 577-586. 7. Erliana U. Maternal Dietary Supplements Intake and Edinburgh Postnatal Depression Scale Score During COVID-19 Pandemic. <i>J Acad Nutr Diet</i>. 2022 Sep; 122(9): A20 8. Branquinho et al. Profiles of women with postpartum depressive symptoms: A latent profile analysis using the Edinburgh Postnatal Depression Scale factors. <i>Journal of Clinical Psychology</i>. Volume 78, Issue 7 p. 1500-1515 9. Dombrowska-Pali, A., Chrustek, A., Gebuza, G., & Kaźmierczak, M. Analysis of cortisol levels in breast milk and blood serum in women with symptoms of postpartum depression. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i> 2022, 28(2). |

| | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 10. Nakić Radoš S, Martinić L., et al. The relationship between birth satisfaction, post-traumatic stress disorder and postnatal depression symptoms in Croatian women. <i>Stress and Health</i> . Volume 38, Issue 3 p. 500-508. |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Grupa skal | POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIELEŃNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.A.3. Kwestionariusz oceny jakości życia pacjentek z nowotworami piersi EORTC QLQ-BR23 | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-BR23) | |
| Skrót | EORTC QLQ BR23 | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) |
| | Rok publikacji | 1993 |
| | Źródło | Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. <i>J Natl Cancer Inst</i> . 1993; 85: 365-376. Aaronson NK, te Velde A, Hopwood P, Muller M, Franklin J, Arraras JI, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. <i>J Clin Oncol</i> . 1996; 14(10): 2756-68. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Zawisza Katarzyna, Tobiasz-Adamczyk Beata, Nowak Wojciech, Kulig Jan, Jędrys Joanna |
| | Rok publikacji | 2010 |
| | Źródło | Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W, Kulig J, Jedrys J. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23) [Validity and reliability of the quality of life questionnaire (EORTC QLQ C30) and its breast cancer module (EORTC QLQ BR23)]. <i>Ginekol Pol</i> . 2010; 81(4): 262-67. |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badanej skali | Ocena jakości życia kobiet z nowotworem piersi |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Wynik skali EORTC QLQ C30 |
| | Struktura skali | Kwestionariusz QLQ BR23 służy do oceny jakości życia pacjentek z nowotworem piersi, obejmuje on 23 pytania na które respondentka odpowiada w skali od 1 do 4 (1 – wcale; 2 – trochę; 3 – znacznie; 4 – bardzo), z których dwie dotyczą stanu funkcjonalnego: wizerunek ciała (BI;9-12), funkcjonowanie seksualne (SEF;14,15) oraz trzy skale oceniające objawy-efekty uboczne terapii (ST;1-4,6-8), objawy ze strony piersi (BS;20-23), objawy ze strony ramienia (AS;17-19), ponadto trzy pojedyncze pytania dotyczące: zainteresowania życiem seksualnym (SEE;16), rokowań (FU;13) i martwienia się z powodu utraty włosów (HL;5) [1-4]. |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Orientacyjny czas badania | 15 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Słowik i in. badali jakość życia kobiet w wieku od 18 do 65 lat, z wczesnym rakiem piersi, po pierwotnym zabiegu operacyjnym guza sutka z powodu raka inwazyjnego, które po leczeniu chirurgicznym wymagały leczenia chemioterapią adjuwantową [6]. Tripathy i in. analizowali korelację między spadkiem wydajności pracy a domenami EORTC QLQ-BR23 u kobiet przed menopauzą z zaawansowanym rakiem piersi [7]. Badania z wykorzystaniem EOTRC-QOL-BR-23 były przeprowadzone również wśród kobiet po 12-tu miesiącach leczenia oraz zmianie stylu życia, polegającym na modyfikacji diety, zmianie aktywności fizycznej oraz wprowadzeniu suplementacji witaminą D [8]. Monteiro i in. ocenili jakość życia Brazylijek u których został potwierdzony in situ rak piersi, który nie był wcześniej leczony systemowo ani radioterapią. Jakość życia oceniano na początku badania i co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata, a następnie co 6 miesięcy do 5 lat obserwacji [9]. Z kolei Rini i in. analizowali jakość życia kobiet w późnym stadium raka piersi w zależności od zastosowanych metod rekonstrukcyjnych przed i 3 tygodnie po zabiegu [10]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Pełnoletność badanych |
| | Miejsce badanych | Przychodnia, szpital, dom |
| | Stan badanych | Kobiety z rozpoznany nowotworem piersi |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści: położne, lekarze, pielęgniarki, psychologowie, naukowcy | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Zgoda grupy European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Skala została przekodowana do zakresu 0-100 punktów tak, aby wyższa wartość uzyskana na skali oznaczała większe nasilenie badanej cechy [4,5]. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz* | | |
| * Formularz jest dostępny online po zarejestrowaniu się na stronie: https://qol.eortc.org/questionnaire/update-qlq-br23/ | | |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sprangers M, Groenvold M, Arraras J, [et al.]. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. J Clin Oncol. 1996, 14, 2756-2768. 2. Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993; 85: 365-376. 3. Aaronson NK, te Velde A, Hopwood P, Muller M, Franklin J, Arraras JI, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. J Clin Oncol. 1996; 14(10): 2756-68. |

| | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>4. Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W, Kulig J, Jedrys J. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23) [Validity and reliability of the quality of life questionnaire (EORTC QLQ C30) and its breast cancer module (EORTC QLQ BR23)]. Ginekol Pol. 2010; 81(4): 262-67.</p> <p>5. http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_downloads.htm</p> <p>6. Slowik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk AM, Jach R. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. Psychiatr Pol. 2017; 29; 51(5): 871-888.</p> <p>7. Tripathy D, Curteis T, Hurvitz S, et al. Correlation between work productivity loss and EORTC QLQ-C30 and -BR23 domains from the MONALEESA-7 trial of premenopausal women with HR+/HER2- advanced breast cancer. Ther Adv Med Oncol. 2022; 28; 14:17588359221081203.</p> <p>8. Montagnese C, Porciello G, Vitale S, Palumbo E, et al. Quality of Life in Women Diagnosed with Breast Cancer after a 12-Month Treatment of Lifestyle Modifications. Nutrients 2020; 31; 13(1):136.</p> <p>9. Monteiro MR, Nunes NCC, Crespo J, et al. Patient-centered Outcomes in Breast Cancer: Description of EQ-5D-5L and EORTC-QLQ-BR23 Measurements in Real-world Data and Their Association With Survival. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2022; 34(9): 608-616.</p> <p>10. Rini IS, Gunardi AJ, Yashinta, et al. Quality of Life in Palliative Post-mastectomy Reconstruction: Keystone versus Rotational Flap. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2021; 15; 9(3): e3457.</p> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

* Uaktualniona wersja kwestionariusza nosi nazwę EORTC QLQ-BR45 i obejmuje 45 zagadnień: 23 z kwestionariusza QLQ-BR23 oraz 22 nowe zagadnienia.

| Grupa skal | | POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.A.4. Kwestionariusz oceny jakości życia EORTC QLQ – CX24 | |
| Nazwa skali w języku angielskim | The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) The Cervical Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-CX24) | |
| Skrót | EORTC QLQ – CX24 | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) |
| | Rok publikacji | 2006 |
| | Źródło | Greimel ER, Kuljanic Vlastic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, Singer S, Chie W, Nordin A, Bjelic Radisic V, Wydra D. European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. Cancer 2006; 107(8): 1812-22[1]. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Kieszkowska-Grudny Anna, Rucińska Monika, Biedrzycka Sylwia, Nawrocki Sergiusz |
| | Rok publikacji | 2012 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Źródło | Kieszkowska-Grudny A., Rucińska M., Biedrzycka S., Nawrocki S. Ocena jakości życia w grupie kobiet chorych na raka szyjki macicy po radykalnej radiochemioterapii oraz w grupie kobiet nieleczonych z powodu raka — doniesienie wstępne. Nowotwory. Journal of Oncology 2012; 62(3): 168-174 [2]. |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Pytania obejmują dwa obszary: dotyczące funkcjonowania pacjenta oraz doświadczanych objawów. |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Brak |
| | Struktura skali | EORTC QLQ CX-24 to kwestionariusz specyficzny dla pacjentów z rakiem szyjki macicy, który składa się z 24 pytań sklasyfikowanych jako: pytania dotyczące funkcjonowania (obraz ciała, aktywność seksualna, satysfakcja seksualna, funkcjonowanie), pytania dotyczące objawów (odczuwalne objawy, obrzęki limfatyczne, neuropatie obwodowe, objawy menopauzy i obawy dotyczące seksualności pacjenta) [3],[4]. Narzędzie to wykorzystuje 4-stopniową skalę odpowiedzi, „wcale”, „trochę”, „znacznie” i „bardzo” do oceny każdego pytania. |
| | Orientacyjny czas badania | 10 min. |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjentów w trakcie leczenia [5-8]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | - |
| | Miejsce badanych | Szpitala, ośrodki badawcze [9, 10] |
| | Stan badanych | Kobiety z rozpoznanym nowotworem szyjki macicy |
| | Sytuacje | - |
| | Inne | - |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjonaliści: położne, lekarze, pielęgniarki, psychologzy, naukowcy | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Zgoda grupy European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Każde z 24 pytań oceniane jest w skali 1-4, gdzie 1 oznacza, że pacjentka nie utożsamia się z danym stanem/ dolegliwością a 4, że dotyczy jej w bardzo dużym stopniu. Minimalny wynik to 24 pkt a maksymalny to 96 pkt. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz* | | |
| * Formularz jest dostępny online po zarejestrowaniu się na stronie: https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-cx24/ | | |

| | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
| Bibliografia | 1. Greimel ER, Kuljanic Vlastic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, Singer S, Chie W, Nordin A, Bjelic Radisic V, Wydra D; European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. Cancer 2006; 107(8): 1812-22. |

| | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Kieszowska-Grudny A, Rucińska M, Biedrzycka S, Nawrocki S. Ocena jakości życia w grupie kobiet chorych na raka szyjki macicy po radykalnej radiochemioterapii oraz w grupie kobiet nieleczonych z powodu raka — doniesienie wstępne. Nowotwory. Journal of Oncology 2012; 62(3): 168-174. 3. Zaric R, Zivkovic-Radojevic M, Krasic K, Milovanovic J, Jankovic S. Psychometric Properties of the Quality of Life Questionnaire – Cervical Cancer 24 (QLQ CX 24). Serbian Journal of Experimental and Clinical Research 2021. Dostępny w internecie: https://sciendo.com/article/10.2478/sjecr-2020-0047 Dostęp: 11.10.2022. 4. Lee Y, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. Cancer Res Treat 2016; 48(4): 1321-1329. 5. Dahiya N, Acharya AS, Bachani D, Sharma D, Gupta S, Haresh K, Rath G. Quality of Life of Patients with Advanced Cervical Cancer before and after Chemoradiotherapy. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(7): 3095-9. 6. Atallah S, Barbera L, Folwell M, Howell D, Liu Z, Croke J. Feasibility of implementing a cervix cancer-specific patient-reported outcome measure in routine ambulatory clinics. Support Care Cancer 2021; 29(1): 499-507. 7. Araya LT, Gebretekla GB, Gebremariam GT, Fenta TG. Reliability and validity of the Amharic version of European Organization for Research and Treatment of cervical Cancer module for the assessment of health related quality of life in women with cervical cancer in Addis Ababa, Ethiopia. Health Qual Life Outcomes. 2019; 17(1): 13. 8. Heinzler J, Brucker J, Bruckner T, Dinkic C, Hoffmann J, Dornhöfer N, Seitz S, Sohn C, Rom J, Schott TC, Schott S. Impact of a cervical dysplasia and its treatment on quality of life and sexual function. Arch Gynecol Obstet 2018; 298(4): 737-745. 9. Ekdahl L, Crusensvärd M, Reynisson P, Lönnerfors C, Persson J. Quality of life and long-term clinical outcome following robot-assisted radical trachelectomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021; 267: 234-240. 10. Paradowska D, Tomaszewski KA, Bałajewicz-Nowak M, Bereza K, Tomaszewska IM, Paradowski J, Pityński K, Skotnicki P, Greimel ER, Bottomley A. Validation of the Polish version of the EORTC QLQ-CX24 module for the assessment of health-related quality of life in women with cervical cancer. Eur J Cancer Care (Engl) 2014; 23(2): 214-20. |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Grupa skal | POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.A.5. Kwestionariusz FertiQoL | |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Fertility Quality of Life | |
| Skrót | FertiQoL | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Jacky Boivin, Janet Takefman, Andrea Braverman |
| | Rok publikacji | 2011 |
| | Źródło | Boivin, J, Takefman, J, Braverman, A. (2011) Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. Human Reproduction, 26(8), 2084–2091. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Brak |
| | Rok publikacji | Brak |
| | Źródło | Brak |

Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo - ginekologiczne

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Ocena jakości życia kobiet i mężczyzn leczonych z powodu niepłodności |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Pacjenci podczas leczenia |
| | Struktura skali | Skala składa się z 36 pytań, które oceniają różne aspekty życia związane z ogólnym stanem psychicznym, z leczeniem oraz ze zdrowiem fizycznym. |
| | Orientacyjny czas badania | - |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | W Chinach i Kazachstanie skala została wykorzystana w badaniach oceniających jakość życia kobiet poddanych procedurze in vitro [1, 2] W innym badaniu przeprowadzonym w Chinach badaniem objęło pary, leczące się z powodu niepłodności [3]. W Turcji badano wpływ niepłodności na występowanie lęku, depresji, samoocenę, jakość życia i funkcje seksualne zarówno u kobiet jak i mężczyzn [4]. Japońscy naukowcy analizowali wpływ warunków pracy na jakość życia związaną z płodnością [5]. Bivia Roig G., et al badali wpływ pandemii COVID-19 na styl i jakość życia kobiet z zaburzeniami płodności [6]. W Azji Południowej oceniano jakość opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia emocjonalnego niepłodnych kobiet [7]. Van Kessel i wsp. analizowali jakość życia u kobiet poddawanych zabiegom diagnostycznym w kierunku niepłodności [8]. Kwestionariusz FertiQoL posłużył również do oceny efektywności aplikacji mobilnej poświęconej <i>mindfulness</i> u osób zmagających się z niepłodnością [9]. Woods i wsp wykorzystali kwestionariusz w badaniach dotyczących stresu związanego z niepłodnością [10]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Wiek rozrodczy |
| | Miejsce badanych | Ośrodki leczenia niepłodności |
| | Stan badanych | Pary leczące się z powodu niepłodności |
| | Sytuacje | Brak |
| | Inne | Brak |
| Osoby, które mogą stosować skalę | lekarz, położna, pielęgniarka, psycholog | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Brak | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Sumuje się punkty za poszczególne pytania, następnie skaluje w zakresie 0-100. Im wyższy wynik tym jakość życia jest lepsza. | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

Formularz skali/ kwestionariusz – dostępny na stronie: fertiqol-Polish.pdf (cardiff.ac.uk)

FertiQoL

Kwestionariusz dotyczący jakości życia osób dotkniętych niepłodnością (2008)

Uprzejmie prosimy o to, by przy każdym pytaniu wybrał(a) Pani/Pan (zaznaczając odpowiednią kratkę) tę odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana myśli i uczucia. Odpowiedzi należy udzielić zgodnie z tym, co Pani/Pan aktualnie myśli i czuje. Niektóre pytania mogą dotyczyć Pani/Pana życia osobistego, ale są konieczne do tego, by prawidłowo ocenić wszystkie aspekty Pani/Pana życia. Na pytania oznaczone gwiazdką (*) powinny odpowiedzieć tylko osoby mające partnera/partnerkę.

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia | | Bardzo zły | Zły | Ani zły, ani dobry | Dobry | Bardzo dobry |
| A | Jak ocenił(a)by Pani/Pan stan swojego zdrowia? | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia | | Bardzo niezadowolona /-y | Niezadowolona /-y | Ani zadowolona/-y, ani niezadowolona/-y | Zadowolona /-y | Bardzo Zadowolona /-y |
| B | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości swojego życia? | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. | | Całkowicie | W dużym stopniu | Umiarkowanie | W małym stopniu | Wcale |
| 1 | Czy myśli dotyczące niepłodności powodują u Pani/Pana pogorszenie koncentracji i uwagi? | | | | | |
| 2 | Czy uważa Pani/Pan, że problemy z płodnością uniemożliwiają Pani/ Panu realizowanie innych planów i celów życiowych? | | | | | |
| 3 | Czy odczuwa Pani/Pan wyczerpanie i/ lub zmęczenie z powodu problemów z płodnością? | | | | | |
| 4 | Czy ma Pani/Pan poczucie, że jest w stanie poradzić sobie ze swoimi problemami z płodnością? | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. | | Bardzo niezadowolona/-y | Niezadowolona/-y | Ani zadowolona/-y, ani niezadowolona/-y | Zadowolona /-y | Bardzo Zadowolona /-y |
| 5 | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze wsparcia otrzymywanego od znajomych w związku z przeżywanymi problemami z płodnością? | | | | | |
| 6 | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze swojego życia seksualnego pomimo Pani/ Pana problemów z płodnością? | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. | | Zawsze | Bardzo często | Dość często | Rzadko | Nigdy |
| 7 | Czy Pani/Pana problemy z płodnością wywołują uczucie zazdrości i rozgoryczenia? | | | | | |
| 8 | Czy niemożność posiadania dziecka (lub kolejnych dzieci) wywołuje u Pani/Pana smutek i/lub poczucie straty? | | | | | |
| 9 | Czy Pani/Pana nastawienie waha się między nadzieją a rozpaczą z powodu problemów z płodnością? | | | | | |

Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo - ginekologiczne

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|-------------------|--------|-------|
| 10 | Czy jest Pani/Pan wyizolowana/y społecznie z powodu problemów z płodnością? | | | | | |
| 11 | Czy Pani/Pan i Pani/Pana partner(ka) okazują sobie nawzajem czułość pomimo problemów z płodnością? | | | | | |
| 12 | Czy problemy z płodnością przeszkadzają Pani/Panu w codziennej pracy i obowiązkach? | | | | | |
| 13 | Czy czuje Pani/Pan dyskomfort podczas spotkań towarzyskich/ rodzinnych, takich jak święta i inne uroczystości, z powodu swoich problemów z płodnością? | | | | | |
| 14 | Czy czuje Pani/Pan, że rodzina rozumie, co Pani/Pana przeżywa? | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia | | Ogromnie | Bar- dzo | Umiarko- wanie | Trochę | Wcale |
| 15 | Czy problemy z płodnością wzmocniły Pani/Pana zaangażowanie w związek z partnerem/partnerką? | | | | | |
| 16 | Czy odczuwa Pani/Pan smutek i przygnębienie z powodu swoich problemów z płodnością? | | | | | |
| 17 | Czy Pani/Pana problemy z płodnością sprawiają, że czuje się Pani/Pan gorzej/-y od osób, które mają dzieci? | | | | | |
| 18 | W jakim stopniu przeszkadza Pani/Panu zmęczenie wynikające z problemów z płodnością? | | | | | |
| 19 | Czy problemy z płodnością wpływają negatywnie na Pani/Pana związek z partnerką/partnerem? | | | | | |
| 20 | Czy jest Pani/Panu trudno rozmawiać z partnerem/partnerką o swoich uczuciach związanych z niepłodnością? | | | | | |
| 21 | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze swojego związku pomimo problemów z płodnością? | | | | | |
| 22 | Czy czuje Pani/Pan presję społeczną, by mieć (więcej) dzieci? | | | | | |
| 23 | Czy Pana/Pani problemy z płodnością budzą w Pani/Pana złość? | | | | | |
| 24 | Czy odczuwa Pani/Pan ból i dyskomfort fizyczny z powodu swoich problemów z płodnością? | | | | | |

| FertiQoL International (opcjonalny moduł dotyczący leczenia) | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| <i>Czy rozpoczęła Pani/rozpoczął Pan leczenie niepłodności (w tym konsultacje lub interwencje medyczne)? Jeżeli tak, to prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Uprzejmie prosimy o to, by przy każdym pytaniu wybrał(a) Pani/ Pan (zaznaczając odpowiednią kratkę) tę odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana myśli i uczucia. Odpowiedzi należy udzielić zgodnie z tym, co Pani/Pan aktualnie myśli i czuje. Niektóre pytania mogą dotyczyć Pani/Pana życia osobistego, ale są konieczne do tego, by prawidłowo ocenić wszystkie aspekty Pani/Pana życia.</i> | | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. | | Zawsze | Bar- dzo często | Dość często | Rzadko | Nigdy |
| T1 | Czy leczenie niepłodności negatywnie wpływa na Pani/Pana nastrój? | | | | | |
| T2 | Czy ma Pani/Pan możliwość korzystania z medycznych metod diagnostyki i leczenia niepłodności, które Panią/ Pana interesują? | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. | | Ogrom- nie | Bar- dzo | Umiar- kowanie | Trochę | Wcale |
| T3 | Na ile skomplikowane jest dla Pani/ Pana radzenie sobie z procedurami i/lub stosowaniem leków w trakcie leczenia niepłodności? | | | | | |
| T4 | Czy efekty towarzyszące leczeniu niepłodności utrudniają Pani/Panu codzienne i/lub związane z pracą zajęcia? | | | | | |
| T5 | Czy czuje Pani/Pan, że personel zajmujący się leczeniem niepłodności rozumie, co Pani/Pan przeżywa? | | | | | |
| T6 | Czy przeszkadzają Pani/Panu dolegliwości fizyczne wynikające ze stosowanych podczas leczenia niepłodności leków i zabiegów? | | | | | |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia | | Bardzo nieza- dowo- lona /-y | Nieza- dowo- lona /-y | Ani zadowo- lona/-y, ani nie- zadowo- lona/-y | Zadowo- lona /-y | Bardzo Zadowolona /-y |
| T7 | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości usług, z których może Pani/ Pan korzystać w celu zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych? | | | | | |
| T8 | Jak ocenił(a)by Pani/Pan operacje i/ lub badania/zabieg(i) medyczny/-e, którym Pani/Pana poddano? | | | | | |
| T9 | Jak ocenił(a)by Pani/Pan jakość informacji, które otrzymał/a Pani/Pan na temat zaleconych leków, operacji i/lub zabiegów medycznych? | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| T10 | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z komunikacji i współpracy z personelem medycznym zajmującym się leczeniem niepłodności? | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> Jing X., Gu W. et al. Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing in vitro fertilization–embryo transfer. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i>. 2022, Volume 43, Issue 1. Suleimenova M., Lokshin V., Karibayeva S., Glushkova N., Terziev M. P-513 Quality of life assessment of women undergoing in vitro fertilization treatment in Kazakhstan, <i>Human Reproduction</i>, Volume 37, Issue Supplement 1, deac107.475, https://doi.org/10.1093/humrep/deac107.475. Jie-Yu W, Xiao-Qing L., et al. Sexual Function, Self-Esteem, and Quality of Life in Infertile Couples Undergoing in vitro Fertilization: A Dyadic Approach <i>Psychology Research and Behavior Management</i>;2022 Macclesfield Tom 15: 2449-2459. DOI:10.2147/PRBM.S378496. Kulaksiz D., Toprak T., Ayribas B. et al. The effect of male and female factor infertility on women’s anxiety, depression, self-esteem, quality of life and sexual function parameters: a prospective, cross-sectional study from Turkey. <i>Arch Gynecol Obstet</i> 2022, 306, 1349–1355 https://doi.org/10.1007/s00404-022-06713-y. Maeda E., Hiraike O., et al. Working conditions contribute to fertility-related quality of life: a cross-sectional study in Japan. <i>Reproductive BioMedicine</i>.2022, https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.07.006. Bivia-Roig G., et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the lifestyles and quality of life of women with fertility problems. <i>Front Public Health</i>. 2021 Jul 19;9:686115 Hassan Sehar-un Nisa, Zahra A., Parveen N. et al. Quality of Infertility Care Services and Emotional Health of South Asian Women. <i>Psychol Res Behav Manag</i>. 2022; 15: 1131–1146 doi: 10.2147/PRBM.S357301. M.A. van Kessel, Paulussen M., et al. Fertility-related quality of life in subfertile women undergoing tubal testing with transvaginal hydrolaparoscopy or hysterosalpingography. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i>. 2022, Volume 274: 19-22. Boedt T., Willaert N., et al. Evaluation of a stand-alone mobile mindfulness app in people experiencing infertility: the protocol for an exploratory randomised controlled trial (MoMiFer-RCT). <i>BMJ Open</i>. 2022; 12(2). doi: 10.1136/bmjopen-2021-050088. Woods B.M, Patricia A. Infertility-related stress: A concept analysis. <i>Infertility-related stress: A concept analysis</i>. <i>Nursing Forum</i> Volume 57, Issue 3 p. 437-445. |

| Grupa skal | POŁOŻNICTWO, GINEKOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.A.6. Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Female Sexual Function Index | |
| Skrót | FSFI | |
| Wersja skali | Właściwa | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D’Agostino R Jr |
| | Rok publikacji | 2000 |

| | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Źródło | Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. <i>J. Sex. Marital. Ther.</i> 2000; 26(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597. PMID: 10782451. |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Nowosielski Krzysztof, Wróbel Beata, Sioma- Markowska Urszula, Poręba Ryszard |
| | Rok publikacji | 2013 |
| Krótka charakterystyka skali | Źródło | Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poręba R. Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females. <i>J Sex Med.</i> 2013 Feb; 10(2): 386-395. |
| | Zakres badany skalą | Wieloaspektowa samoocena funkcjonowania seksualnego w przeciągu ostatnich czterech tygodni. Dotyczy 6 domen: pożądania, podniecenia, lubrykacji,orgazmu, satysfakcji seksualnej, dolegliwości bólowych związanych z seksualnością. |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Brak |
| | Struktura skali | Składa się z 19 pytań o łącznym zakresie punktacji od 4 do 95, gdzie niskie wyniki wskazują na niższy poziom funkcjonowania seksualnego. |
| | Orientacyjny czas badania | --- |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | W Japonii badano zależność między funkcjonowaniem seksualnym kobiet, a depresją i lękiem[1]. W Chinach badaniom poddano kobiety ze związków, w których para boryka się z niepłodnością [2]. Rogrigues- Eberhardt i wsp. przeprowadzili badania mające na celu skorelowanie dysfunkcji seksualnych z obrazem ciała wśród studentek [3]. Badacze oceniali także wpływ <i>mindfulness</i> na dysfunkcje seksualne wśród kobiet [4]. Badacze Shi C, Xu H i wsp. przeprowadzili metaanalizę, która dotyczyła wpływu endometriozy na spadek funkcji seksualnych oraz wzrost nasilenia bólu [5]. Badano również zależność między przywiązaniem, intymnością, a seksualnością kobiet [6]. Indeks wykorzystany był także w badaniach dotyczących siły mięśni dna miednicy i jej rzutowaniu na funkcje seksualne [7]. Hoehn i wsp badali funkcje seksualne po zabiegu usunięcia uchyłków cewki moczowej, natomiast Davis i wsp. badali kobiety po radykalnej cystektomii z powodu raka pęcherza [8,9]. Coelho i wsp. badali zależność między łagodnym obturacyjnym bezdechem sennym u kobiet, a dysfunkcją seksualną [10]. |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Grupy zróżnicowanych pod względem etapu seksualnego w życiu, zarówno w okresie przed-, jak i pomenopauzalnym. Dedykowane kobietom w przedziale wiekowym 18-70 lat. |
| | Miejsce badanych | Gabinet lekarza, położnej, psychologa |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Stan badanych | Kobiety aktywne seksualnie |
| | Sytuacje | Ocena zaburzeń seksualnych u kobiet np. chorujących na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, okaleczenia żeńskich narządów płciowych, obturacyjny bezdech senny, szum w uszach, uraz rdzenia kręgowego. Ocena po zabiegach w obrębie miednicy. |
| | Inne | Brak |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Lekarz, położna, pielęgniarka, psycholog | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | Brak | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | <p>Ocena obejmuje okres ostatnich 4 tygodni, dotyczy 6 domen: I – pożądania (1 i 2 pytanie), II – podniecenia (3,4, 5 i 6 pytanie), IV – lubrykacji (7, 8, 9 i 10 pytanie), IV – orgazmu (11, 12 i 13 pytanie), V – satysfakcji seksualnej (14, 15 i 16 pytanie), VI – dolegliwości bólowych związanych z seksualnością (17, 18 i 19 pytanie). Dla każdej domeny należy zsumować punkty i pomnożyć przez odpowiedni współczynnik, idąc po kolei od domeny I do VI: 0.6; 0.3; 0.3; 0.4; 0.4; 0.4, co daje ostateczny zakres punktacji od 0 do 6. Ocena: wyższy wskaźnik punktowy: lepsze funkcjonowanie w danej domenie. Należy zsumować następnie przeliczone wyniki punktowe a otrzymany rezultat będzie dotyczył ogólnego funkcjonowania seksualnego w zakresie od 2 do 36 punktów. Ocena: wartość 26 punktów lub mniejsza wskazuje na obecność znamiennej klinicznej dysfunkcji seksualnych. Uzyskany wynik mniejszy lub równy 26,55pkt pozwala rozpoznać dysfunkcje seksualne.</p> | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |
| <i>W ciągu ostatnich 4 tygodni (proszę wybrać tylko jedną odpowiedź):</i> | | |
| 1. Jak często odczuwała Pani pożądanie seksualne i zainteresowanie życiem seksualnym? | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 5. Prawie zawsze lub zawsze 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków) 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków) 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków) 1. Prawie nigdy lub nigdy | | |
| 2. Jak ocenilaby Pani natężenie (poziom) swojego pożądania seksualnego i zainteresowania życiem seksualnym? | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 5. Bardzo wysokie 4. Wysokie 3. Umiarkowane 2. Niskie 1. Bardzo niskie lub nieobecne | | |
| 3. Jak często czuła się Pani pobudzona seksualnie (podniecona) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego? | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 0. Nie odbywałam stosunków płciowych 5. Prawie zawsze lub zawsze 4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków) 3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków) 2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków) 1. Prawie nigdy lub nigdy | | |

4. Jak ocenilaby Pani natężenie (poziom) swojego pobudzenia seksualnego podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. Bardzo wysokie
4. Wysokie
3. Umiarkowane
2. Niskie
1. Bardzo niskie lub nieobecne

5. W jakim stopniu była Pani pewna, że zawsze będzie Pani w stanie pobudzić się seksualnie (podniecić) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. W bardzo dużym stopniu
4. W dużym stopniu
3. W niskim stopniu
2. W umiarkowanym stopniu
1. W bardzo niskim stopniu lub wcale

6. Jak często była Pani zadowolona ze swojego pobudzenia seksualnego (podniecenia) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. Prawie zawsze lub zawsze
4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
1. Prawie nigdy lub nigdy

7. Jak często odczuwała Pani wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. Prawie zawsze lub zawsze
4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
1. Prawie nigdy lub nigdy

8. Jak trudno było Pani uzyskać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
1. Niezwykle trudno
2. Bardzo trudno
3. Trudno
4. Trochę trudno
5. Nietrudno

9. Jak często była Pani w stanie utrzymać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. Prawie zawsze lub zawsze
4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
1. Prawie nigdy lub nigdy

10. Jak trudno było Pani utrzymać wilgotność w pochwie podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
1. Niezwykle trudno
2. Bardzo trudno
3. Trudno
4. Trochę trudno
5. Nietrudno

11. Jak często w czasie stymulacji seksualnej lub podczas stosunku płciowego przeżywała Pani orgazm?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. Prawie zawsze lub zawsze
4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
1. Prawie nigdy lub nigdy

12. Jak trudno było Pani osiągnąć orgazm w czasie stymulacji seksualnej lub podczas stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
1. Niezwykle trudno
2. Bardzo trudno
3. Trudno
4. Trochę trudno
5. Nietrudno

13. Jak określiłaby Pani poziom swojej satysfakcji z dotychczasowej możliwości osiągania orgazmu w czasie aktywności seksualnej lub podczas stosunku płciowego?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. Bardzo zadowolona
4. Raczej zadowolona
3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
2. Raczej niezadowolona
1. Bardzo niezadowolona

14. Jak określiłaby Pani poziom zadowolenia ze stopnia bliskości emocjonalnej pomiędzy Panią i partnerem w czasie aktywności seksualnej?

0. Nie odbywałam stosunków płciowych
5. Bardzo zadowolona
4. Raczej zadowolona
3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
2. Raczej niezadowolona
1. Bardzo niezadowolona

15. Jak określiłaby Pani stopień zadowolenia ze związku seksualnego ze swoim partnerem?

5. Bardzo zadowolona
4. Raczej zadowolona
3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
2. Raczej niezadowolona
1. Bardzo niezadowolona

16. Jak określiłaby Pani poziom swojej satysfakcji z dotychczasowego życia seksualnego?

5. Bardzo zadowolona
4. Raczej zadowolona
3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)
2. Raczej niezadowolona
1. Bardzo niezadowolona

17. Jak często odczuwała Pani dyskomfort lub ból podczas penetracji w czasie stosunku płciowego?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Prawie zawsze lub zawsze
2. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
4. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
5. Prawie nigdy lub nigdy

18. Jak często odczuwała Pani dyskomfort lub ból podczas penetracji i całego stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Prawie zawsze lub zawsze
2. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)
3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)
4. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)
5. Prawie nigdy lub nigdy

19. Jak określiłaby Pani stopień dyskomfortu lub bólu podczas penetracji i całego stosunku płciowego aż do jego zakończenia?

0. Nie próbowałam odbywać stosunków płciowych
1. Bardzo wysoki
2. Wysoki
3. Umiarkowany
4. Niski
5. Bardzo niski lub wcale

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Harding Y,Ueda S. et al. Relationship between Female Sexual Function and Depression or Anxiety in Japan. <i>Open Journal of Nursing</i>. 2022,Vol.12 No.5 2. Wang Q., Geng H., et al. Association between the international index of erectile function-15 and female sexual function index in Chinese infertile couples. <i>Andrologia</i> 2022, Volume 54, Issue 4 e14360. doi.org/10.1111/and.14360. 3. Rodrigues Eberhardt P, Lucia La Rosa V., et al. Sexual dysfunctions in female university students and the correlation with body image: a cross-sectional study. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i>. 2022, Volume 43. 4. Sood R., L. Kuhle C., Association of mindfulness with female sexual dysfunction. <i>Maturitas</i>. 2022, Volume 161, P: 27-32. 5. Shi C., Xu H., Zhang T. et al. Endometriosis decreases female sexual function and increases pain severity: a meta-analysis. <i>Arch Gynecol Obstet</i> 2022. https://doi.org/10.1007/s00404-022-06478-4. 6. Ribeiro F.N., Sousa-Gomes V., Moreira D. et al. The Relationship Between Romantic Attachment, Intimacy, and Dyadic Adjustment for Female Sexual Function. <i>Sex Res Soc Policy</i> 2022 https://doi.org/10.1007/s13178-022-00738-3. 7. Pasqualotto L., Riccetto C., Biella A.F. et al. Impact of pelvic floor muscle strength on female sexual function: retrospective multicentric cross-sectional study. <i>Int Urogynecol J</i> 2022, 33, 1591–1599 https://doi.org/10.1007/s00192-021-05032-1. 8. Hoehn D., Mohr S. et al. A prospective cohort trial evaluating sexual function after urethral diverticulectomy. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> 2022,Volume 272 P: 144-149. 9. Davis L, Isali I. et al. Female Sexual Function Following Radical Cystectomy in Bladder Cancer. <i>Sex Med Rev</i>. 2022 Apr;10(2):231-239. doi: 10.1016/j.sxmr.2021.10.005. 10. Coelho G, Bittencourt . et al. Depression and obesity, but not mild obstructive sleep apnea, are associated factors for female sexual dysfunction. <i>Sleep and Breathing</i> 2022, 26, 697–705. |

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

| Przykład 1. | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.B.1. Kwestionariusz jakości życia w okresie menopauzy |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Lewis Jacqueline E., Hilditch John R., Wong Cindy J. |
| Państwo | Kanada |
| Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Kwestionariusz służy do oceny jakości życia kobiet w okresie klimakterium. Składa się z 29 podpunktów z 7 stopniową skalą od 0 do 6. Każdy z podpunktów zawiera objaw mogący pojawić się w trakcie klimakterium, zawiera cztery domeny: wazomotoryczną (punkty 1-3), psychosocjalną (punkty 4-10), fizyczną (punkty 11-26) i seksualną (punkty 27-29). Respondentki określają czy dany problem dotyczył ich w przeciągu ostatniego miesiąca czy nie. Jeśli tak, to zaznaczają w jakim stopniu ten problem przeszkadzał określając to w skali od 0 do 6, gdzie 0 oznacza w ogóle nie przeszkadzał, a 6 bardzo przeszkadzał. |
| Źródło bibliograficzne | Hilditch JR, Lewis J., Peter A, Guyatt G H, Norton PG, Dunn E. A menopause – specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. <i>Maturitas</i> 1996; 24: 161–175. Lewis JE, Hilditch JR, Wong CJ. Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, the MENQOL-Intervention questionnaire. <i>Maturitas</i> 2005; 50: 209-221. |
| Źródło on-line | doi: 10.1016/j.maturitas.2004.06.015 |
| Przykład 2. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.B.2. Skala oceny objawów Menopauzy |
| Nazwa skali w języku angielskim | Menopause Rating Scale (MRS) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Heinemann Klass, Assmann Anita, Möhner Sabine, Schneider Hermann P, Heinemann Lothar A. |
| Państwo | Niemcy |
| Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala ma zastosowanie do oceny objawów menopauzy. Składa się z 11 punktów uwzględniających objawy związane z wystąpieniem menopauzy: uderzenia gorąca, pocenie się, kłopoty z sercem, problemy ze snem, nastrój depresyjny, drażliwość, lęk, wyczerpanie fizyczne i umysłowe, problemy seksualne, problemy z pęcherzem, suchość pochwy, dyskomfort związany ze stawami i mięśniami. Skala obejmuje trzy obszary objawów: somatyczne (4 pozycje), psychologiczne (4 pozycje) oraz moczowo-płciowe (3 pozycje) w 5-punktowej skali Likerta (od 0 do 4 punktów), w kategoriach: brak objawów, łagodne, umiarkowane, znaczne i ciężkie. Całkowity wynik MRS wynosi od 0 (bez objawów) do 44 punktów (najwyższy stopień dolegliwości objawów). |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Źródło bibliograficzne | <p>Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG. Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale) Zentralbl Gynakol. 1994; 116: 16–23.</p> <p>Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric. 2000 Mar;3(1):59-64.</p> <p>Heinemann K, Assmann A, Möhner S, Schneider HP, Heinemann LA. Reliability of the Menopause Rating Scale (MRS): Investigation in the German population. Zentralbl Gynakol. 2002; 124(3): 161–163. German.</p> <p>Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2: 45.</p> |
| Źródło on-line | doi: 10.3109/13697130009167600 |
| Przykład 3. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.B.3. Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) – Self-Administered |
| Nazwa skali w języku angielskim | Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) – Self-Administered |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Cronin Lisa, Guyatt Gordon, Griffith Lauren, Wong Eric, Azziz Ricardo, Futterweit Walter, Cook Deborah, Dunaif Andrea |
| Państwo | Stany Zjednoczone |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali / Dotychczasowe wykorzystanie skali | <p>Kwestionariusz służy do oceny wpływu problemów wynikających z zespołu policystycznych jajników na jakość życia kobiet. Składa się z 26 pytań oceniających jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia kobiet w obszarze pięciu sfer: emocje, nadmierne owłosienie / hirsutyzm, masa ciała, problemy z płodnością oraz zaburzenia miesiączkowania. Pytania zostały opracowane w oparciu o siedmiostopniową skalę, gdzie 1 odzwierciedla największy, a 7 najmniejszy stopień odczuwania danego problemu przez badaną kobietę. Im wyższy wynik, tym dana sfera stanowi mniejszy problem, lepszą jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia wynikającą choroby.</p> |
| Źródło bibliograficzne | <p>Cronin L, Guyatt G, Griffith L, et al.: Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). J Clin Endocrinol Metab. 1998; 83(6): 1976-1987.</p> <p>Jones G.L., Benes K., Clark T.L., et al.: The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. Hum Reprod. 2004; 19(2): 371–77.</p> |
| Źródło on-line | doi: 10.1210/jcem.83.6.4990 |
| Przykład 4. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.B.4. Kwestionariusz EHP-30 |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Endometriosis Health Profile-30 |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Johnes Georgina, Kennedy Stephen, Barnard Angela, Wong Josephine, Jenkinson Crispin |
| Państwo | Wielka Brytania |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badanej skali / Dotychczasowe wykorzystanie skali | <p>Kwestionariusz służy do oceny jakości życia kobiet endometriozą. Składa się z 30 pytań obejmujących pięć skali: ból, kontrola i bezsilność, samopoczucie emocjonalne, wsparcie społeczne oraz obraz siebie. Odpowiedzi są oceniane w 5-punktowej skali Likerta (od 0 do 4 punktów).</p> |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Suma punktów w każdej skali wynosi od 0 do 100 punktów, każdy poszczególny wynik jest dzielony przez maksymalną liczbę punktów, a następnie mnożony przez 100; im mniejszy wynik, tym lepszy stan zdrowia (0 oznacza najlepszy możliwy stan zdrowia, a 100 oznacza najgorszy możliwy stan zdrowia). |
| Źródło bibliograficzne | Jones, G., Kennedy, S., Jenkinson, C. (2002) Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecological conditions: a systematic review. <i>American Journal of Obstetrics & Gynecology</i> 2002; 187: 501-511. Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., Jenkinson, C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. <i>Obstetrics & Gynecology</i> 2001; 98: 258-64. Jones, G.L., Jenkinson, C., Kennedy, S.H. The development of the short form Endometriosis Health Profile-30. <i>Quality of Life Research</i> 2004; 13: 695-704. Jones, G.L., Jenkinson, C., Kennedy, S.H. Evaluating the sensitivity to change of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. <i>The EHP-30. Quality of Life Research</i> 2004; 13: 705-713. Jones, G.L., Jenkinson, C., Kennedy, S.H. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology</i> 2004; 25: 123-33. |
| Źródło on-line | doi: 10.1016/s0029-7844(01)01433-8 |
| Przykład 5 | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.B.5. Skala Satysfakcji z Porodu |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Birth Satisfaction Scale (BSS) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Hollins Martin Caroline J., Fleming Valerie |
| Państwo | Wielka Brytania |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala składa się z 30 pozycji, z 5-stopniową skalą Likerta od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Osiem pytań dotyczy jakości opieki, osiem odnosi się do indywidualnych odczuć danej kobiety, czternaście pytań dotyczy stresu odczuwanego przez kobietę w trakcie porodu. |
| Źródło bibliograficzne | Hollins Martin, CJ, Fleming V. The Birth Satisfaction Scale (BSS). <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> 2011; 24 (2): 124-135. |
| Źródło on-line | https://doi.org/10.1108/09526861111105086 |
| Przykład 6. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.B.6. Zrewidowana Skala Satysfakcji z Porodu |
| Nazwa skali w języku angielskim | The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | Hollins Martin Caroline J., Fleming Valerie |
| Państwo | Wielka Brytania |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala składa się z 10 pozycji, z 5-stopniową skalą Likerta od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Cztery pytania dotyczą jakości opieki, dwa odnoszą się do indywidualnych odczuć danej kobiety, cztery pytania dotyczą stresu odczuwanego przez kobietę w trakcie porodu. |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Źródło bibliograficzne | Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). <i>Midwifery</i> 2014; 30; 6: 610-619. Hollins Martin. CJ, Jimenez Martinez L, Martin CR. Measuring women's experiences of childbirth using the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). <i>British Journal Midwifery</i> 2020; 28(5): 306-312. Mortazavi F, Mehrabadi M, Hollins Martin CJ, Martin CR. Psychometric properties of the birth satisfaction scale-revised (BSS-R) in a sample of postpartum Iranian women. <i>Health Care for Women International</i> 2020; 42: 1-16. |
| Źródło on-line | https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006 |
| Przykład 7. | |
| Nazwa skali w języku polskim | III.4.B.7. Skala Zachowań Zdrowotnych w Ciąży |
| Nazwa skali w języku angielskim | Pregnancy Health Behaviors Scale (PHBS) |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię | DeLuca Robyn S., Lobel Marci |
| Państwo | Stany Zjednoczone Ameryki |
| Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali | Skala składa się z 24 pozycji*, z 5-stopniową skalą Likerta od 0 (nigdy) do 5 (bardzo często), gdzie każde pytanie rozpoczyna się od stwierdzenia „Jak często, w ciągu ostatnich dwóch tygodni...?”. Zadaniem pacjentki jest określenie stopnia zaangażowania w każde z wymienionych zachowań, w ciągu ostatnich dwóch tygodni. |
| Źródło bibliograficzne | DeLuca RS, Lobel M. Conception, commitment, and health behavior practices in medically high-risk pregnant women. <i>Women's Health</i> 1995; 1(3): 257-271. Auerbach MV, Nicoloro-SantaBarbara J, Rosenthal L, et al. Psychometric properties of the Prenatal Health Behavior Scale in mid- and late pregnancy. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology</i> 2017; 38(2): 143-151. |
| Źródło on-line | PMID: 9373383 https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1285899 |

* *Uaktualniona wersja kwestionariusza składa się z 20 pozycji.*

III.5. Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne

Cichocka Renata, Sieczka Sylwia

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

5. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

III. 5. A. 1. Skala GRBAS

III. 5. A. 2. Skala Lund- Mackay

III. 5. A. 3. Skala House'a- Brackmana

III. 5. A. 4. Skala Centora

III.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

| Grupa skal | LARYNGOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|------------------|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa skali w języku polskim | III.5.A.1. Skala GRBAS- skala do oceny głosu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G- stopień chrypki, R- szorstkość głosu wynikająca z nieregularności drgań fałdów głosowych, B- głos chuchający, będący wynikiem wydobywania się powietrza w czasie fonacji przez niezwartą głośnię, A- głos słaby i asteniczny, S- głos napięty, hiperfunkcjonalny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa skali w języku angielskim | G- grade of hoarseness, R- roughness, B- breathiness, A- asthenic, S- strained | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skrót | GRBAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wersja skali | Właściwa Skrócona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Hirano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rok publikacji | 1981 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Źródło | https://core.ac.uk/download/pdf/157772713.pdf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Wiskirska – Woźnica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rok publikacji | 2002 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Źródło | http://www.wbc.poznan.pl/Content/290283/PDF/index.pdf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Skalą tą badamy zaburzenia głosu za pomocą pięciu parametrów. Określa ona nasilenie każdego z nich w czterostopniowej skali: 0 – głos normalny, fizjologiczny; 1 – lekkie zmiany; 2 – mierne zmiany; 3 – zmiany ciężkie, bardzo nasilone. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Wynik G0 R0 B0 A0 S0 oznacza głos dźwięczny, bez elementów szorstkości, z pełnym zwarcie fonacyjnym, bez nadmiernego napięcia mięśniowego, natomiast wynik G1 R1 B1 A1 S1 oznacza głos nieznacznie zmieniony, matowy, szorstki, z domieszką powietrza. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Struktura skali | Skala czterostopniowa: 0 – głos normalny, fizjologiczny; 1 – lekkie zmiany; 2 – mierne zmiany; 3 – zmiany ciężkie, bardzo nasilone. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Orientacyjny czas badania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | <p>Tabela 1. Prospektywna ocena głosu w skali GRBAS.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">G – chrypka</td> <td>stopień nasilony</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>stopień lekki</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>głos normalny</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">R – głos szorstki</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B – głos chuchający</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A – głos asteniczny, słaby</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">S – głos napięty</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | G – chrypka | stopień nasilony | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | stopień lekki | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | głos normalny | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | R – głos szorstki | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | B – głos chuchający | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | A – głos asteniczny, słaby | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | S – głos napięty | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G – chrypka | stopień nasilony | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | stopień lekki | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | głos normalny | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R – głos szorstki | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B – głos chuchający | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A – głos asteniczny, słaby | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S – głos napięty | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | [2] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

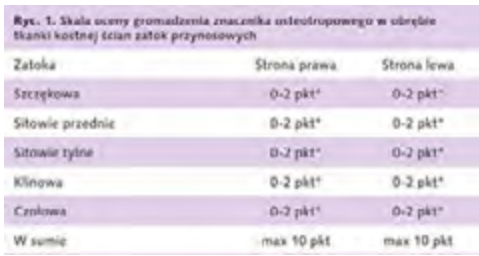
Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | 20 -50 lat [2], 23-57 [4] 29-75 [5] |
| | Miejsce badanych | Oddział otolaryngologii wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie [2], Centrum Profilaktyki i Leczenia Zaburzeń Głosu i Słuchu IMP w Łodzi [4] Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM [5] |
| | Stan badanych | 40 osób [2] 95[3], Badaniami objęto grupę 83 pracujących zawodowo nauczycielek w wieku od 23 do 57 lat [4] 25 osób [5], 108 pacjentów [6] 40 pacjentów [7] 100 pacjentów [8], 112 osób [9] |
| | Sytuacje | Po operacjach przegrody nosa [2], badanie głosu u pacjentów z dysfonią zawodową – nauczyciele[3] badanie głosu u nauczycieli [4], po porażeniu krtani o podłożu jatrogennym [5] Wielowymiarowe percepcyjne, subiektywne i instrumentalne zmiany głosu akustycznego w grupie pacjentów z refluksowym zapaleniem krtani [6] pacjenci z refluksem gardłowo- krtaniowym [7][8] [9] |
| | Inne | W badaniu wzięły udział 2 grupy kobiet: jako grupa badana – 55 nauczycielek z dysfoniemi zawodowymi (średni wiek: 45 lat) oraz jako grupa porównawcza – 40 kobiet z głosem prawidłowym (średni wiek: 43 lata) [3] |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? Otolaryngolodzy, Foniatry Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | np. zgoda autora zgoda PTP | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | <p>Z przeprowadzonych badań wynika, iż powrót do zdrowia po operacjach przegrody nosa, która ma za zadanie poprawić drożność nosa, manifestujący się głosem eufonicznym jest możliwy jedynie u osób młodych. U chorych w wieku średnim i starszym do całkowitej likwidacji zburzeń głosu dochodzi w pojedynczych przypadkach.[2]</p> <p>W skali GRBAS dla całej grupy przyjęła wartości G1R1B2A2S1. Cechę dystyngtywną głosu B (głoschuchający) w stopniu 2. określono u 49,1%, czyli prawie połowy nauczycielek, a w stopniu 3. u 7,3%. Głos jako A (asteniczny) w stopniu 2. został określony u 54,5% nauczycielek, a w stopniu 3. u 3,6% nauczycielek. [3]</p> <p>Najczęściej występującymi dolegliwościami z zakresu narządu głosu, z powodu których pacjentki kierowano do foniatry, były: chrypka okresowa (66,3% osób) lub stała (30,1% osób), zasychanie w gardle (88% osób), załamywanie się głosu (78,3% osób) oraz uczucie „kluski” w gardle (73,5% osób). U około 70% nauczycielek w badaniu wstępnym stwierdzano nadmierne napięcie mięśni szyi podczas fonacji, u ponad 50% – głos matowy, tworzony z „twardym” nastawieniem głosowym, ponadto – piersiowy tor oddechowy (71%), słabe uczynnianie rezonatorów (68,7%) oraz obecność nosowania (41% osób) [4]</p> <p>W ocenie percepcyjnej głosu z wykorzystaniem skali GRBAS obserwowano: chrypkę, głos chuchający oraz osłabienie głosu w stopniu lekkim lub średnim. Głos żadnego z pacjentów nie został oceniony jako eufoniczny (parametr G: średnia +/-SD:1,44 +/- 0,5; mediana: 1; zakres: 1–2; parametr R: średnia +/- SD 0,68 +/-0,63; mediana: 1; zakres: 0–2; parametr B: średnia +/-SD 1,6 +/-0,82; mediana: 2; zakres: 0–3; parametr A: średnia +/-SD 1,16 +/-0,69; mediana: 1; zakres: 0–2; parametr S: średnia +/-SD: 0,36 +/-0,57; mediana: 0; zakres 0–2) [5]</p> <p>W grupie pacjentów RL przeważała nieznaczna chrypka według skali GRB (G-grade, R-szorstki, B-breathy) [6]</p> <p>Średni RSI na początku leczenia wynosił 19,3 (+/- 8,9 odchylenie standardowe) i poprawił się do 13,9 (+/- 8,8) po 2 miesiącach leczenia (p <0,05). Nie odnotowano dalszej znaczącej poprawy po 4 miesiącach (13,1 +/- 9,8) lub 6 miesiącach (12,2 +/- 8,1) leczenia. Wskaźnik RFS na początku wynosił 11,5 (+/- 5,2) i poprawił się</p> | |

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>do 9,4 (+/- 4,7) po 2 miesiącach, 7,3 (+/- 5,5) po 4 miesiącach i 6,1 (+/- 5,2) po 6 miesiącach leczenia ($P < 0,05$ z trendem). [7]</p> <p>Istotnie więcej pacjentów w grupie badanej wykazało klinicznie istotną zmianę w punktacji RSI, VHI i GRBAS w 1, 2 i 3 miesiącu obserwacji. Nie osiągnięto klinicznie istotnej zmiany w RFS w żadnej grupie po 1 lub 2 miesiącach, ale znacznie większą zmianę osiągnięto w grupie badanej po 3 miesiącach.[8]</p> <p>Wszystkie wartości zaburzeń częstości uzyskane u pacjentów z obiektywnym i objawowym LPR były wyższe niż u osób z grupy kontrolnej ($p < 0,01$). Średnia częstotliwość podstawowa, miary zaburzeń amplitudy i stosunek szumu do harmonicznych nie różniły się istotnie między grupami. Wnioski: Pacjenci z LPR mają istotnie różne wartości zaburzeń częstotliwości niż osoby kontrolne.[9]</p> |
| Formularz skali/ kwestionariusz | |

Wpisz formularz/ kwestionariusz skali

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hans Behrbohm, Oliver Kaschke, Tadeus Nawka, Andrew Swift, " Choroby ucha nosa i gardła z chirurgią głowy i szyi", wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2022, str. 338 2. Ratajczak.J., Rapijko.P, Wojdas.A., Jurkiewicz.D., " Wpływ upośledzonej drożności nosa na jakość tworzonego głosu", Otolaryngologia Polska, wrzesień 2009, str. 58-63, file:///C:/Users/euro/Downloads/5639.pdf, [dostęp: 30.08.2022] 3. Niebudek-Bogusz.E., Strumiłło.P., Wiktorowicz.J., Śliwińska-Kowalska.M., Porównanie wyników analizy cepstralnej z innymi parametrami oceny głosu u pacjentów z dysfoniami zawodowymi", Medycyna Pracy 2013, 64(6), str. 805-816, http://medpr.imp.lodz.pl/pdf-514-2872?filename=Porownanie%20wynikow.pdf, [dostęp: 30.08.2022] 4. Woźnicka.E., Niebudek-Bogusz.E., Wiktorowicz.J., Śliwińska-Kowalska.M., „Ocena wartości manualnej terapii krtani w rehabilitacji głosu u pacjentów z dysfonią”, Otolaryngologia 2016, 15(1), str. 39-46, https://docplayer.pl/67154517-Ocena-skuteczności-terapii-głosowej-w-leczeniu-zaburzeń-głosu-u-nauczycieli.html, [dostęp 28.08.2022] 5. Jędra.K., Sielska-Badurek.E., Niemczyk.K., „Stopień dysfonii u pacjentów w pierwszych dobach porażenia krtani o podłożu jatrogennym", Otolaryngol Pol 2017, str. 23-28, file:///C:/Users/euro/Downloads/Stopie%C5%84_dysfonii_u_pacjent%C3%B3w_w_pier-1.pdf, [dostęp: 28.08.2022] 6. Pribuisiene R, Uloza V, Kupcinskas L, Jonaitis L. Perceptual and acoustic characteristics of voice changes in reflux laryngitis patients. J Voice 2006;20(1):128-136, 7. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux symptoms improve before changes in physical findings. Laryngoscope 2001;111:979-981, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11404607/, [dostęp: 30.08.2022] 8. Park JO, Shim MR, HWang YS, Cho KJ, Joo YH, Cho JH, Nam IC, Kim MS, Sun DI. Combination of voice therapy and antireflux therapy rapidly recovers voice-related symptoms in laryngopharyngeal reflux patients. Otolaryngol Head Neck Surg 2012;146(1):92 – 97, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21908799/, [dostęp: 30.08.2022] 9. Oguz H, Tarchan E, Korkmaz M, Yilmaz U, Safak MA, Demirci M et al. Acoustic analysis finding in objective laryngopharyngeal reflux patients. J Voice 2007; 21(2):203-210, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16406737/, [dostęp: 30.08.2022] 10. Reichel O, Dressel H, Wiederänders K, Issing WJ. Doubleblind, placebo-controlled trial with esomeprazole for symptoms and sings associated with laryngopharyngeal reflux. Otolaryngol Head Neck Surg 2008;139:414-420, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18722223/, [dostęp: 30.08.2022] |

| Grupa skal | LARYNGOLOGIA I PIEŁĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.5.A.2. Skala Lund- Mackay ciężkość zmian zatokowych w badaniu tomografii komputerowej | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Lund-Mackay score | |
| Skrót | | |
| Wersja skali | Właściwa Skrócona | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Lund, Mackay |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Wśród metod szacowania nasilenia CRS w obrazach tomografii komputerowej skala LundMackay to jedna z popularniejszych skal, dzięki prostej konstrukcji: każdej z 5 zatok przyznaje się od 0 do 2 punktów (0 — zdrowa, 1 — częściowo zajęta, 2 — całkowicie zajęta), a kompleksowi ujściowo-przewodowemu przyznaje się 0 lub 2 punkty. Maksymalny wynik dla jednej strony to 12 punktów. Należy wspomnieć, że wśród populacji nieprezentującej objawów zatokowych przeciętny wynik w skali Lund-Mackay to przeszło 4 punkty. |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Zaawansowanie CRS w badaniu TK zatok przy-nosowych wg skali Lund-Mackay Zatoki: 0 – brak zmian zapalnych, 1 – częściowe zacinienie, 2 – całkowite zacinienie Kompleks ujściowo-przewodowy: 0 – drożny, 2 – niedrożny |
| | Struktura skali |  |
| Orientacyjny czas badania | 2-5 minut | |
| Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | 1. Piotr Kwast, Olga Olszewska-Sosińska, Maria Wolniewicz, Katarzyna Zybert, Dorota Sands, Lidia Zawadzka-Głós, „Ocena ciężkości przewlekłego zapalenia zatok u dzieci z mukowiscydozą w skali Lund-Mackaya w zależności od genotypu”, New Medicine 3/2019, s. 75-80, https://www.czytelniamedyczna.pl/6779,assessment-of-the-severity-of-chronic-sinusitis-in-children-with-cystic-fibrosis.html , [dostęp: 30.08.2022] | |

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | W każdym wieku |
| | Miejsce badanych | Laryngologia, pracownie CT |
| | Stan badanych | Chorzy na zapalenie zatok przynosowych |
| | Sytuacje | Chorzy na zapalenie zatok przynosowych |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? Lekarze, technicy radiografii komputerowej Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | np. zgoda autora zgoda PTP | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | Zaawansowanie CRS w badaniu TK zatok przy-nosowych wg skali Lund-Mackay Zatoki: 0 – brak zmian zapalnych, 1 – częściowe zacienienie, 2 – całkowite zacienienie Kompleks ujściowo-przewodowy: 0 – drożny, 2 – niedrożny | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Piotr Kwast, Olga Olszewska-Sosińska, Maria Wolniewicz, Katarzyna Zybert, Dorota Sands, Lidia Zawadzka-Głós, „Ocena ciężkości przewlekłego zapalenia zatok u dzieci z mukowiscydozą w skali Lund-Mackaya w zależności od genotypu”, <i>New Medicine</i> 3/2019, s. 75-80, https://www.czytelniamedyczna.pl/6779,assessment-of-the-severity-of-chronic-sinusitis-in-children-with-cystic-fibrosis.html, [dostęp: 30.08.2022] 2. prof. dr hab. med. Józef Mierzwi, stud. Paulina Mierzwińska, lek. Karolina Haber, „Zapalenie zatok przynosowych u dzieci „„Mag. ORL, 2021, 78, XX, 44–58), https://magazynorl.pl/wp-content/uploads/2021/04/NR.-78_OTOLA_1_Zapalenie.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 3. Katarzyna Stańska, Mariola Zagor, Elżbieta Sarnowska, Natalia Rusetska, Małgorzata Tomaszewska, Janusz A. Siedlecki, Antoni Krzeski, „Ocena ilościowa kompleksu remodelującego chromatynę typu SWI/SNF w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych – wyniki wstępne”, <i>Otorynolaryngologia</i> 2017, 16(1): 13-1, https://www.otorynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-17-1-e1-stanska.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 4. Wójcik Gustaw, Szulc Anna, Stawińska Teresa, „Diagnostyka zapalenia zatok obocznych nosa w kontekście badań obrazowych”, <i>Journal of Education, Health and Sport</i>. 2016;6(11):63-72, file:///C:/Users/euro/Downloads/admin,+%7B%7D,+3963.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 5. Marta Podwysocka, Katarzyna Dąbrowska, Wojciech Fendler, Konrad Pagacz, Wioletta Pietruszewska, „Analiza wpływu astmy oskrzelowej 6. i nadwrażliwości na aspirynę na przebieg kliniczny przewlekłego zapalenia zatok z polipami nosa”, <i>Otolaryngol Pol</i> 2019,73(5): 37-43, file:///C:/Users/euro/Downloads/Analiza_wp%C5%82ywu_astmy_oskrzelowej_i_.pdf, [dostęp: 30.08.2022], 7. Claire Hopkins, John P Browne, Rob Slack, Valerie Lund, Peter Brown, “The Lund-Mackay staging system for chronic rhinosinusitis: how is it used and what does it predict?”, <i>Otolaryngol Head Neck Surg</i> 2007 Oct;137(4):555-61, https://journals.sagepub.com/doi/10.1016/j.otohns.2007.02.004, [dostęp: 30.08.2022] 8. Paulina Kalińczak-Górna, Kamil Radajewski, Paweł Burduk, „Relationship between the Severity of Inflammatory Changes in Chronic Sinusitis and the Level of Vitamin D before and after the FESS Procedure”, <i>J Clin Med</i> 2021 Jun 27;10(13):2836, https://www.mdpi.com/2077-0383/10/13/2836, [dostęp: 30.08.2022], 9. Weiping Qi, Liang Feng, Fengyan Yang, Weihuan Ma, ” Effects of Age on Recovery of Olfactory Function After Endoscopic Sinus Surgery and Related Risk Factors”, <i>Ear Nose Throat J</i> 2021 May 18;1455613211012927,https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01455613211012927, [dostęp: 30.08.2022] |

Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne

| | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>10. Tatiana Fijałkowska-Ratajczak, Jakub Kopec, Małgorzata Leszczyńska, Łukasz Borucki, „Balloon sinuplasty in one-day surgery”, <i>Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne</i> 2021 Jun;16(2):423-428, https://www.termedia.pl/Balloon-sinuplasty-in-one-day-surgery,42,43379,1,1.html, [dostęp: 30.08.2022]</p> <p>11. I B Popov, D A Shcherbakov, O B Tyryk, T A Aleksanyan, „[New approach to treatment of polypous rhinosinusitis], 2020;85(3):48-51, https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2020/3/1004246682020031048, [dostęp: 30.08.2022]</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Grupa skal | LARYNGOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa skali w języku polskim | III.5.A.3. Skala oceny nerwu twarzewego 2.0 | |
| Nazwa skali w języku angielskim | House'a- Brackmana scale | |
| Skrót | | |
| Wersja skali | Właściwa Skrócona | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | Dr Johna W. House'a i Dr Deralda E. Brackmana |
| | Rok publikacji | 1985 |
| | Źródło | https://upwikipl.top/wiki/House%E2%80%93Brackmann_score |
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | |
| | Rok publikacji | |
| | Źródło | |
| Krótką charakterystyka skali | Zakres badany skalą | <p>Klasyfikacja czynności nerwu twarzewego według House'a i Brackmana pozwala ocenić stopień uszkodzenia i prześledzić przebieg procesu gojenia. Wyróżniono sześć stopni uszkodzenia nerwu.</p> <p>I - czynność prawidłowa - prawidłowa czynność wszystkich mięśni twarzy</p> <p>II - niewielki niedowład - prawidłowa symetria i napięcie w spoczynku; całkowite zamknięcie oka przy niewielkim wysiłku; niewielka asymetria ust</p> <p>III - niedowład umiarkowany - widoczna asymetria stron przy ruchach; występują współruchy, przykurcze lub połowiczny kurcz twarzy; w spoczynku symetria zachowana; upośledzenie czynności mięśni czoła, całkowite zamknięcie oka przy wysiłku, asymetria ust przy ruchach</p> <p>IV - niedowład znaczny - widoczna wyraźna asymetria przy ruchach; zachowana symetria i napięcie w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykanie szpary powiekowej; asymetria ust nawet przy maksymalnym wysiłku</p> <p>V - niedowład ciężki - śladowe ruchy; asymetria twarzy w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykalność szpary powiekowej; śladowe ruchy ust</p> <p>VI - porażenie całkowite - brak ruchów</p> |

| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | <p>I - czynność prawidłowa - prawidłowa czynność wszystkich mięśni twarzy</p> <p>II - niewielki niedowład - prawidłowa symetria i napięcie w spoczynku; całkowite zamknięcie oka przy niewielkim wysiłku; niewielka asymetria ust</p> <p>III - niedowład umiarkowany - widoczna asymetria stron przy ruchach; występują współruchy, przykurcze lub połowiczny kurcz twarzy; w spoczynku symetria zachowana; upośledzenie czynności mięśni czoła, całkowite zamknięcie oka przy wysiłku, asymetria ust przy ruchach</p> <p>IV - niedowład znaczny - widoczna wyraźna asymetria przy ruchach; zachowana symetria i napięcie w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykanie szpary powiekowej; asymetria ust nawet przy maksymalnym wysiłku</p> <p>V - niedowład ciężki - śladowe ruchy; asymetria twarzy w spoczynku; brak ruchów mięśni czoła; niedomykalność szpary powiekowej; śladowe ruchy ust</p> <p>VI - porażenie całkowite - brak ruchów</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|-------|---------------------|---|----------|------------|----------|----------|----------|-----|----|-------------------------------|------------|---------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|----|-----|------------------------------|------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------------|------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|----|---|----------------------------|-----------|------------|------------|----------------------------------|----|----|---------------------|------------------------------|--|--|--|---|
| | Struktura skali | <p>Tablica 1. Skala klasyczna oceny porażenia nerwu trójdzielnego (Hollnagel 1963)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Stopień</th> <th>Przebieg kliniczny</th> <th>Kliniczne objawy i objawy</th> <th>Okno</th> <th>Okno</th> <th>Skala</th> <th>Wykazana liczba (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>Normalny</td> <td>Prawidłowy</td> <td>Normalny</td> <td>Normalny</td> <td>Normalny</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>Uśrednione niewielkie stopnie</td> <td>Prawidłowy</td> <td>Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku</td> <td>Lejka asymetria</td> <td>Marginalna szpary powiekowe lub z niewielką asymetrią</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>Uśrednione średniego stopnia</td> <td>Prawidłowy</td> <td>Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku</td> <td>Niewielka asymetria przy ruchu</td> <td>Marginalne czoła upośledzenie w stopniu od niewielkiego do umiarkowanego</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>Uśrednione średnio-wysokie stopnie</td> <td>Prawidłowy</td> <td>Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku</td> <td>Wyraźna asymetria przy maksymalnym wysiłku</td> <td>Brak możliwości upośledzenia czoła</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>Uśrednione wysokie stopnie</td> <td>Asymetria</td> <td>Ślad ruchu</td> <td>Ślad ruchu</td> <td>Brak możliwości zamknięcia czoła</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>VI</td> <td>Całkowite porażenie</td> <td>Całkowity brak ruchów twarzy</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Stopień | Przebieg kliniczny | Kliniczne objawy i objawy | Okno | Okno | Skala | Wykazana liczba (%) | I | Normalny | Prawidłowy | Normalny | Normalny | Normalny | 100 | II | Uśrednione niewielkie stopnie | Prawidłowy | Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku | Lejka asymetria | Marginalna szpary powiekowe lub z niewielką asymetrią | 85 | III | Uśrednione średniego stopnia | Prawidłowy | Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku | Niewielka asymetria przy ruchu | Marginalne czoła upośledzenie w stopniu od niewielkiego do umiarkowanego | 65 | IV | Uśrednione średnio-wysokie stopnie | Prawidłowy | Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku | Wyraźna asymetria przy maksymalnym wysiłku | Brak możliwości upośledzenia czoła | 45 | V | Uśrednione wysokie stopnie | Asymetria | Ślad ruchu | Ślad ruchu | Brak możliwości zamknięcia czoła | 25 | VI | Całkowite porażenie | Całkowity brak ruchów twarzy | | | | 5 |
| Stopień | Przebieg kliniczny | Kliniczne objawy i objawy | Okno | Okno | Skala | Wykazana liczba (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I | Normalny | Prawidłowy | Normalny | Normalny | Normalny | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II | Uśrednione niewielkie stopnie | Prawidłowy | Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku | Lejka asymetria | Marginalna szpary powiekowe lub z niewielką asymetrią | 85 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III | Uśrednione średniego stopnia | Prawidłowy | Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku | Niewielka asymetria przy ruchu | Marginalne czoła upośledzenie w stopniu od niewielkiego do umiarkowanego | 65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV | Uśrednione średnio-wysokie stopnie | Prawidłowy | Opóźnione zamknięcie oka przy maksymalnym wysiłku | Wyraźna asymetria przy maksymalnym wysiłku | Brak możliwości upośledzenia czoła | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V | Uśrednione wysokie stopnie | Asymetria | Ślad ruchu | Ślad ruchu | Brak możliwości zamknięcia czoła | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI | Całkowite porażenie | Całkowity brak ruchów twarzy | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Orientacyjny czas badania | 2-5 minut | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | .Mielcarek-Kuchta.D., Iwanik.K., Szyfter.W., „Nerwiak nerwu twarzewego zlokalizowany w obrębie ślinianki przyusznej – opis przypadku”, Postępy w chirurgii głowy i szyi 2011;1: 11-14, https://www.termia.pl/Nerwiak-nerwu-twarzowego-zlokalizowany-w-obrebie-slinianki-przyusznej-opis-przypadku,11,17047,1,0.html , [dostęp: 30.08.2022] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | Dorośli | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Miejsce badanych | Laryngologia, Neurologia, POZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Stan badanych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sytuacje | Z porażeniem nerwu twarzewego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Inne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto? Lekarze, Pielęgniarki Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | np. zgoda autora zgoda PTP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> Hans Behrbohm, Oliver Kaschke, Tadeus Nawka, Andrew Swift, "Choroby ucha nosa i gardła z chirurgią głowy i szyi", wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2022, str. 442 Mielcarek-Kuchta.D., Iwanik.K., Szyfter.W., „Nerwiak nerwu twarzewego zlokalizowany w obrębie ślinianki przyusznej – opis przypadku”, Postępy w chirurgii głowy i szyi 2011;1: 11-14, https://www.termedia.pl/Nerwiak-nerwu-twarzewego-zlokalizowany-w-obrebie-slinianki-przyusznej-opis-przypadku,11,17047,1,0.html, [dostęp: 30.08.2022] Simone.M., Vesperini.E., Viti.C., Camaioni.A., Lepanto.L., Raso.F., Intraparotid facial nerve schwannoma: two case reports and a review of the literature, Acta Otorhinolaryngol Ital 2018, Feb;38(1):73-77, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5952989/, [dostęp: 30.08.2022] Wu. J.F., Dai. L.Y., Cui.M., Wang. J.H, Zhang. X.J., Li.G, Du.W., Liu.S.T, "Analysis of clinical diagnosis and treatment of 12 cases of intraparotid facial nerve schwannoma", Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi 2020 Jul 7;55(7):691-694, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668880/, [dostęp: 30.08.2022] Kuczkowski.J., Narożny.W., Brzoznowski.W., Jabłońska-Brudło. J., Czaczkowski. J., Garsta.E., „Zaburzenie czynności nerwu twarzewego w ostrym zapaleniu ucha środkowego”, Ann. Acad. Med. Gedan., 2010, 40, 55–63, file:///C:/Users/euro/Downloads/05 an40_Kuczkowski.pdf [dostęp: 30.08.2022] Christopher.J., Danner. MD." Facial Nerve Paralysis", Otolaryngologic Clinics of North America 2008, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0030666508000091?via%3Dihub [dostęp 30.08.2022] Berk. T., Hans-Christoph.P., Jukema. G.N., "Perforating foreign body causing incomplete facial paralysis", Trauma Case Reports, Volume 30, December 2020, 100370, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352644020300947?via%3Dihub [dostęp 30.08.2022] Weiju.H., "Surgical Treatment of Peripheral Facial Paralysis", Journal of Otology, Volume 7, Issue 2, December 2012, Pages 78-81, https://doi.org/10.1016/S1672-2930(12)50020-6 [dostęp: 30.08.2022] Sienkiewicz-Jarosz.H., "Nerw twarzowy – fizjologia i najczęstsze choroby", Neurologia po Dyplomie 2013; 8 (2): 52-57, https://podyplomie.pl/neurologia/13512,nerw-twarzowy-fizjologia-i-najczestsze-choroby, [dostęp: 30.08.2022] Sasinowski.J., „PORAŻENIE BELLA KINESIO R TAPING”, Artykuły z czasopisma 3 marca 2013 NR 37, https://www.praktycznafizjoterapia.pl/arttykul/porazenie-bella-kinesio-r-taping, [dostęp: 30.08.2022] |

| Grupa skal | LARYNGOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO LARYNGOLOGICZNE | |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nazwa skali w języku polskim | III.5.A.4. Skala Centora- używana w diagnostyce zakażeń spowodowanych przez paciorkowca β-hemolizującego z grupy A | |
| Nazwa skali w języku angielskim | Centor's scale | |
| Skrót | Skala wg Centora/McIssaca | |
| Wersja skali | Właściwa Skrócona | |
| Autor/ autorzy wersji oryginalnej | Nazwisko i imię | |
| | Rok publikacji | |

| | Źródło | https://www.google.pl/search?q=centor+skala&source=hp&ei=UfnPZLvGA_u59u8PuIGX2AY&ifsig=AD69kcEAAAAAZNAHYU84xdhy5tRoGZt0sAarCIOTRzHg&oq=centor+skale+&gs_lp=Egdn3Mtd216IgljW50b3Igc2thbGUgKgIIADIGEAAyFhgeSLMuUIUHWMQicAF4AJABAZgB_QSgAaUhqgELMC4yLjQuMy4zLjG4AQHIAQD4AQGoAgDCAgSQAABiKBRixAxiDAcICcxAAAGIAEGLEDGIMBwgIFEAAYgATCAggQABiABBixA8ICERAUgIAEGLEDGIMBGMcBGNEdwgILEC4YgAQYsQMYgwHCAhEQLhiAB-BixAxiDARjHARivAcICERAUgIMBGK8BGMcBGL EDGIAEwgILEC4YgAQYxwEY0PCAgS QLhiABB jHARivAcICBxAAAGIAEGArCAg0QABiABBixAxiD ARgKwgILEC4YrweYxwEYgATCAgUQLhiABMIC BAAGBYHhgK&scient=gws-wiz#vhid=EbhHmQ9uO7xj8M&vssid=1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|---|------------|---|-----------------------------------------|---|--------------------------------|---|----------------|---|-----------------|---|-----------------|----|-----------------------|--|-------------------------|---|--------------------|---|-----------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------|
| Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich | Nazwisko i imię | Na podstawie wyników badań różnicujących etiologię bakteryjną i wirusową została opracowana skala oceny prawdopodobieństwa zakażenia skalę Centora zmodyfikowaną przez McIsaaca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rok publikacji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Źródło | https://farmacja.pl/fakty-i-mity-o-zapaleniu-gardla/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krótka charakterystyka skali | Zakres badany skalą | Stosowanie skali Centora zwiększa stopień racjonalnej antybiotykoterapii. Uważa się, że około 70 – 80% wszystkich zapaleń gardła wywołane jest przez wirusy, a wówczas antybiotykoterapia jest nieskuteczna, a wręcz szkodliwa. Skala Centora pozwala na dość dokładną identyfikację osób z infekcjami bakteryjnymi i wprowadzenie do leczenia antybiotyków, kiedy są niezbędne. (według danych w Polsce antybiotyki są stosowane w około 75% infekcji dróg oddechowych, czyli około 3-krotnie za często). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający | Stosowanie skali Centora zwiększa stopień racjonalnej antybiotykoterapii. Uważa się, że około 70 – 80% wszystkich zapaleń gardła wywołane jest przez wirusy, a wówczas antybiotykoterapia jest nieskuteczna, a wręcz szkodliwa. Skala Centora pozwala na dość dokładną identyfikację osób z infekcjami bakteryjnymi i wprowadzenie do leczenia antybiotyków, kiedy są niezbędne. (według danych w Polsce antybiotyki są stosowane w około 75% infekcji dróg oddechowych, czyli około 3-krotnie za często)[3]. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Struktura skali | <p>Tabela 3. Skala Centora-McIsaaca</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Wzrostowe kryteria</th> <th>Klasyfikacja punktowa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temperatura > 38°C</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ból gardła</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Przewracanie szyi (tętno szyjne gardła)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Łagodzenie bólu (nie stosować)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3-14 rok życia</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>15-44 rok życia</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>> 45 roku życia</td> <td>-1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Skala punktowa</td> </tr> <tr> <td>Chłodzię: heterogenność</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Leczenie: obrotowe</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Badanie bakteriologiczne: wymaz (tyc. 2) lub szybki test*</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Wzrostowe: w wieku 16-18 lat bakteriologiczne wymazy nie wykonuje się</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Antybiotykoterapia i ewentualna chemioterapia diagnostyczną bakteriologiczną**</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Chłodzię: temu, ponieważ wynosi < 80%, a innym względu < 20% wskazuje na brak bakteryjnego zapalenia gardła. **W przypadku ujemnego wyniku badania bakteriologicznego wskazane jest zastosowanie antybiotyku. Opisano: na podstawie poz. 12</p> | Wzrostowe kryteria | Klasyfikacja punktowa | Temperatura > 38°C | 1 | Ból gardła | 1 | Przewracanie szyi (tętno szyjne gardła) | 1 | Łagodzenie bólu (nie stosować) | 1 | 3-14 rok życia | 1 | 15-44 rok życia | 0 | > 45 roku życia | -1 | Skala punktowa | | Chłodzię: heterogenność | 0 | Leczenie: obrotowe | 1 | Badanie bakteriologiczne: wymaz (tyc. 2) lub szybki test* | 2 | Wzrostowe: w wieku 16-18 lat bakteriologiczne wymazy nie wykonuje się | 0 | Antybiotykoterapia i ewentualna chemioterapia diagnostyczną bakteriologiczną** |
| Wzrostowe kryteria | Klasyfikacja punktowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura > 38°C | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ból gardła | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przewracanie szyi (tętno szyjne gardła) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Łagodzenie bólu (nie stosować) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3-14 rok życia | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15-44 rok życia | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 45 roku życia | -1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skala punktowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chłodzię: heterogenność | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leczenie: obrotowe | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Badanie bakteriologiczne: wymaz (tyc. 2) lub szybki test* | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wzrostowe: w wieku 16-18 lat bakteriologiczne wymazy nie wykonuje się | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antybiotykoterapia i ewentualna chemioterapia diagnostyczną bakteriologiczną** | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Laryngologia i pielęgniarstwo laryngologiczne

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Orientacyjny czas badania | 2- 5 minut |
| | Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego | Leszczyńska M. Przewlekłe zapalenie gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 135-141 |
| Rekomendacje zastosowania skali | Wiek badanych | |
| | Miejsce badanych | |
| | Stan badanych | |
| | Sytuacje | |
| | Inne | |
| Osoby, które mogą stosować skalę | Profesjoniści, kto?..... | |
| | Osoby nieprofesjonalne, kto?..... | |
| Dodatkowe kryteria zastosowania skali | np. zgoda autora zgoda PTP | |
| Klucz do skali/interpretacja wyników | | |
| Formularz skali/ kwestionariusz | | |

| Przegląd doniesień | Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibliografia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Szyfter W., „Laryngologia- wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic”, wyd. Termedia, Poznań 2012, str. 113 2. Elżbieta Jeżewska, Wojciech Kukwa, Anna Ścińska, Andrzej Kukwa: „Stany zapalne błony śluzowej nosa i gardła u dzieci i dorosłych – strategia leczenia”, Przew Lek 2006; 2: 12-25 3. Piotr Dąbrowski: „Zapalenia górnych dróg oddechowych”, Przew Lek 2002, 5, 3, 37-4, https://www.termedia.pl/Zapalenia-gornych-drog-oddechowych,8,722,0,0.html, [dostęp: 30.08.2022] 4. Waśniewska-Okupniak, „ Ból gardła”, Choroby laryngologiczne w POZ”, Lekarz POZ 5/2020, str. 253-257, file:///C:/Users/euro/Downloads/LPOZ_Art_42945-20.pdf, [dostęp: 30.08.2022] 5. Leszczyńska M. Przewlekłe zapalenie gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 135-141 6. Andrew M Fine, Victor Nizet, Kenneth D Mandl, “Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis”, Arch Intern Med 2012 Jun 11; 172(11): 847-52, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22566485/, [dostęp: 30.08.2022] 7. Robert M Centor, “Adolescent and adult pharyngitis: more than “strep throat”: comment on “Large-scale validation of the Centor and McIsaac Scores to predict group A streptococcal pharyngitis”, 8. Arch Intern Med 2012 Jun 11; 172(11):852 https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1157414, [dostęp: 30.08.2022] 9. Brian H Willis, Dyuti Coomar, Mohammed Baragilly, “Comparison of Centor and McIsaac scores in primary care: a meta-analysis over multiple thresholds”, Br J Gen Pract 2020 Mar 26; 70(693), https://bjgp.org/content/70/693/e245, [dostęp: 30.08.2022] |

- | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="278 192 1033 331">10. Jolien Aalbers, Kirsty K O'Brien, Wai-Sun Chan, Gavin A Falk, Conor Teljeur, Borislav D Dimitrov, Tom Fahey, "Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score", BMC Med 2011 Jun 1;9:67, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21631919/, [dostęp: 30.08.2022]<li data-bbox="278 337 1033 413">11. Mielcarek-Kuchta D. Ostre zapalenia gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 111-133 |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|