

## IV. INNE

W tym rozdziale opisano wybrane narzędzia, skale, kwestionariusze, które mogą być stosowane w badaniach różnych grup osób, w różnych stanach klinicznych i funkcjonalnych, przebywających w różnych miejscach, np. środowisku domowym, podmiocie leczniczym, ośrodku pomocy społecznej, centrum symulacji medycznej, ośrodku akademickim itd. Sklasyfikowano je w pięć grup: Dietetyka, Zarządzanie w pielęgniarstwie, WF, Wielokulturowość w naukach o zdrowiu i naukach medycznych, Narzędzia stosowane dydaktyce medycznej.

Grupa 1. Dietetyka, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: *Uniwersalna przesiewowa metoda oceny niedożywienia (MUST)*, *Malnutrition Screening Tool (MST)*, *Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)*, *Nutrition Risk in the Critically Ill Score (NUTRIC)*, *Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)*, *Nutritional Risk Index (NRI)*, *Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)*, *Miniskala oceny stanu odżywienia (MNA)*, *Prognostic Inflammatory and Nutritional Index (PINI)*, *Prognostyczny Index Odżywienia (PNI)*; pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *Instant nutritional assessment (INA)*, *Nutritional screening initiative checklist (DETERMINE)*, *Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN)*, *Malnutrition inflammatory score (MIS)*, *South Manchester University Hospitals nutritional Assessment Score*, *Controlling nutritional status (CONUT)*, *British nutrition screening tool (NST)*, *Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)*, *Canadian Nutrition Screening Tool (CNST)*, *Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST)*, *Eating Validation Scheme (EVS)*, *Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT)*, *Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease Nutrition Risk Tool*, *Nutritional Screening inflammatory bowel diseases (NS-IBD)*, pakiet: *Wykaz skal powszechnie stosowanych: Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)*, *Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)*; grupa 2: Zarządzanie w pielęgniarstwie – część I: Wybrane narzędzia standaryzowane: *Skala pomiaru obciążenia pracą na poziomie OIOM (NEMS)*, *Skala czynności pielęgniarzkich (NAS)*, *Kwestionariusz niedostarczonej opieki (PIRNCA)*, *Skala zadowolenia z pielęgnacji (NEWCASTLE – NSNS)*, *Kwestionariusz postaw bezpieczeństwa – polska adaptacja (SAQ-SF-PL)*, *Kwestionariusz do oceny pominiętej opieki (BERNCA)*, *Kwestionariusz do pomiaru mobbingu w miejscu pracy (NAQ-R)*, pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: *Nurses Occupational Stressor Scale (NOSS)*, *Survey The Missed Nursing Care Survey (MISSCARE)*, *CLeNA*, *Global Trigger Tool (IHI)*, *NPC Scale Short Form*, *The Connor-Davidson*

*Resilience (CD-RISC), Intensive Care Unit Nurse-Physician Questionnaire (ICU-NPQ), Critical Care Nursing Competence Questionnaire for Patient Safety (C3Q-Safety), Healthy Work Environment Assessment Tool (AACN HWEAT), Workload Assessment of Nurses on Emergency (WANE), Safer Nursing Care Tool (SNCT), Nurse Operation Workload (NOW), The Revised Nursing Work Index (NWI-EO), Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL), Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist, pakiet: Wykaz skal powszechnie stosowanych: BOHIPSZPO, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Skala Oceny Bezpieczeństwa Farmakoterapii (NURIPH), Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag, Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy (PWP); grupa: WF, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja krótka (IPAQ- SF), Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja długa (IPAQ-LF), Duke Activity Status Index (DASI), Seven Day Physical Activity Recall (PAR), Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej (VSAQ); grupa: Wielokulturowość w naukach o zdrowiu i naukach medycznych, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane:*

*Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI), Nurse Cultural Competence Scale (NCCS), pakiet: Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich: Your Religiousness (P-NCCS), Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R); grupa: Narzędzia stosowane w dydaktyce medycznej, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Inwentarz klinicznego środowiska uczenia się (CLEI), Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży; grupa: Zarządzanie w pielęgniarstwie – część II, pakiet: Wybrane narzędzia standaryzowane: Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP).*

## IV.1. Dietetyka

*Rzadkowolska Katarzyna*

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

### IV. 1. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- IV. 1. A. 1. Uniwersalna przesiewowa metoda oceny niedożywienia (MUST)
- IV. 1. A. 2. Malnutrition Screening Tool (MST)
- IV. 1. A. 3. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)
- IV. 1. A. 4. Miniskala oceny stanu odżywienia (MNA)
- IV. 1. A. 5. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)
- IV. 1. A. 6. Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)
- IV. 1. A. 7. Prognostyczny Index Odżywienia (PNI)
- IV. 1. A. 8. Nutrition Risk in the Critically Ill Score (NUTRIC)
- IV. 1. A. 9. Nutritional Risk Index (NRI)
- IV. 1. A. 10. Prognostic Inflammatory and Nutritional Index (PINI)

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

- IV. 1. B. 1. Instant nutritional assessment (INA)
- IV. 1. B. 2. Nutritional screening initiative checklist (DETERMINE)
- IV. 1. B. 3. Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN)
- IV. 1. B. 4. Malnutrition inflammatory score (MIS)
- IV. 1. B. 5. South Manchester University Hospitals nutritional Assessment Score
- IV. 1. B. 6. Controlling nutritional status (CONUT)
- IV. 1. B. 7. British nutrition screening tool (NST)
- IV. 1. B. 8. Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)
- IV. 1. B. 9. Canadian Nutrition Screening Tool (CNST)
- IV. 1. B. 10. Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST)
- IV. 1. B. 11. Eating Validation Scheme (EVS)

IV. 1. B. 12. Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT)

IV. 1. B. 13. Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease Nutrition Risk Tool

IV. 1. B. 14. Nutritional Screening inflammatory bowel diseases (NS-IBD)

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

IV. 1. C. 1. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem (NRS 2002)

IV. 1. C. 2. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)

#### IV.1.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.1. Uniwersalna przesiewowa metoda oceny niedożywienia</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition Universal Screening Tool	
Skrót	MUST	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Marinos Elia
	Rok publikacji	2004
	Źródło	Elia M. Screening for malnutrition: A multidisciplinary responsibility. Development and Use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for Adults. Reddich: BAPEN; 2003
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Celem jest dokonanie przesiewowe w celu wykrycia ryzyka niedożywienia. (Stratton i in. 2004)
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Do oceny ryzyka wykorzystywane są: - Wskaźnik BMI (body mass index) - procentowa utrata masy ciała - ocena stanu klinicznego pacjenta Aby dokonać interpretacji należy zsumować punkty z trzech kroków.
	Orientacyjny czas badania	3-5 minut (Stratton i in. 2004)

## Dietetyka

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	MUST jest obecnie najszerzej stosowanym narzędziem do badania żywienia w Wielkiej Brytanii. (Kawalec-Kajstura i in 2019).	
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Powyżej 18 r. życia (dorośli) (Stratton i in. 2004)	
	Miejsce badanych	Może być stosowany w warunkach szpitalnych i środowiskowych (Stratton i in. 2004)	
	Stan badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani, także z nowotworami (Mziray i in, 2016)	
	Sytuacje		
	Inne		
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak		
Klucz do skali/interpretacja wyników	<b>FORMUŁA</b>		
	Dodanie wybranych punktów:		
	<b>Kryteria</b>		
	<b>Punktacja</b>		
	BMI, kg/m <sup>2</sup>	>20	0
		18,5-20	1
		<18,5	2
	Nieplanowana utrata wagi w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy	<5%	0
		5-10%	1
		>10%	2
Pacjent jest poważnie chory i nie przyjmował lub prawdopodobnie nie przyjmował składników odżywczych przez >5 dni	Nie	0	
	Tak	2	
<b>FAKTY I LICZBY</b>			
Interpretacja:			
<b>MUSI strzelić</b>	<b>Ogólne ryzyko niedożywienia</b>	<b>Sugerowane zarządzanie według wytycznych BAPEN</b>	
0	Niski	Rutynowa opieka kliniczna	
1	Średni	Przestrzegać; udokumentować spożycie diety i, jeśli jest to odpowiednie/niewielkie obawy, kontynuować badania przesiewowe; jeśli niewystarczające, popraw i zwiększ ogólne spożycie zgodnie z lokalną polityką	
≥2	Wysoki	Leczyć*; zwrócić się do dietetyka, poprawić i zwiększyć ogólne spożycie, zwiększyć częstotliwość monitorowania zgodnie z lokalną polityką	
*O ile nie oczekuje się szkodliwych lub żadnych korzyści ze wsparcia żywieniowego, np. nieuchronna śmierć.			
Formularz skali/ kwestionariusz			



# 'Malnutrition Universal Screening Tool'



BAPEN is registered charity number 1222227 www.bapen.org.uk

## 'MUST'

'MUST' is a five-step screening tool to identify **adults**, who are malnourished, at risk of malnutrition (undernutrition), or obese. It also includes management guidelines which can be used to develop a care plan.

It is for use in hospitals, community and other care settings and can be used by all care workers.

### This guide contains:

- A flow chart showing the 5 steps to use for screening and management
- BMI chart
- Weight loss tables
- Alternative measurements when BMI cannot be obtained by measuring weight and height.

## The 5 'MUST' Steps

### Step 1

Measure height and weight to get a BMI score using chart provided. *If unable to obtain height and weight, use the alternative procedures shown in this guide.*

### Step 2

Note percentage unplanned weight loss and score using tables provided.

### Step 3

Establish acute disease effect and score.

### Step 4

Add scores from steps 1, 2 and 3 together to obtain overall risk of malnutrition.

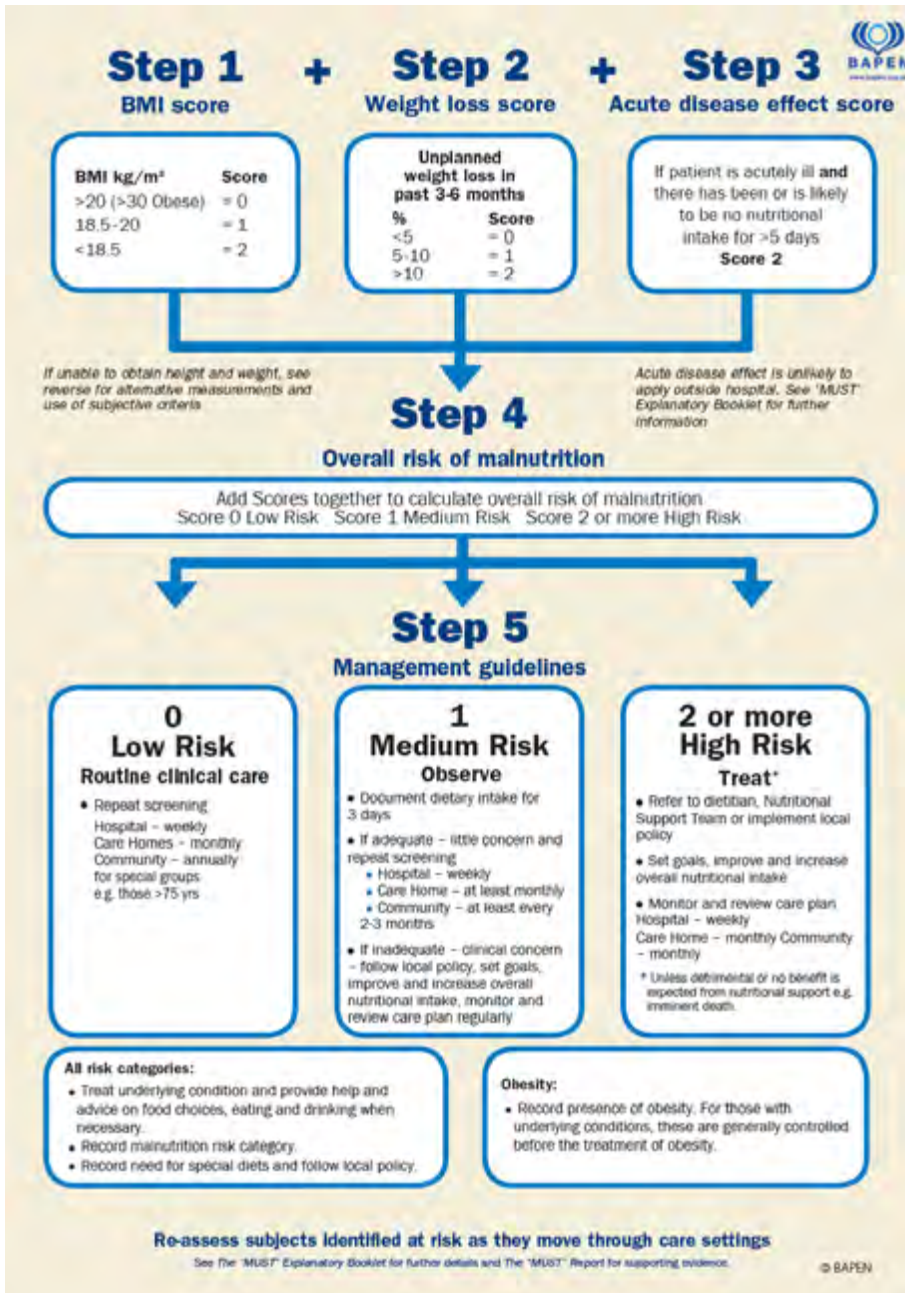
### Step 5

Use management guidelines and/or local policy to develop care plan.

Please refer to *The 'MUST' Explanatory Booklet* for more information when weight and height cannot be measured, and when screening patient groups in which extra care in interpretation is needed (e.g. those with fluid disturbances, plaster casts, amputations, critical illness and pregnant or lactating women). The booklet can also be used for training. See *The 'MUST' Report* for supporting evidence. Please note that 'MUST' has not been designed to detect deficiencies or excessive intakes of vitamins and minerals and is of **use only in adults**.









Step 2 – Weight loss score



<b>Score 0</b> Wt loss < 5%	<b>Score 1</b> Wt loss 5 - 10%	<b>Score 2</b> Wt loss > 10%
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

<b>Score 0</b> Wt loss < 5%	<b>Score 1</b> Wt loss 5 - 10%	<b>Score 2</b> Wt loss > 10%
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Weight loss in last  
3 to 6 months

Weight loss in last  
3 to 6 months

kg	Weight loss in last 3 to 6 months		
	Less than (kg)	Between (kg)	More than (kg)
30	1.6	1.6 - 3.3	3.3
31	1.6	1.6 - 3.4	3.4
32	1.7	1.7 - 3.6	3.6
33	1.7	1.7 - 3.7	3.7
34	1.8	1.8 - 3.8	3.8
35	1.8	1.8 - 3.9	3.9
36	1.9	1.9 - 4.0	4.0
37	1.9	1.9 - 4.1	4.1
38	2.0	2.0 - 4.2	4.2
39	2.1	2.1 - 4.3	4.3
40	2.1	2.1 - 4.4	4.4
41	2.2	2.2 - 4.6	4.6
42	2.2	2.2 - 4.7	4.7
43	2.3	2.3 - 4.8	4.8
44	2.3	2.3 - 4.9	4.9
45	2.4	2.4 - 5.0	5.0
46	2.4	2.4 - 5.1	5.1
47	2.5	2.5 - 5.2	5.2
48	2.5	2.5 - 5.3	5.3
49	2.6	2.6 - 5.4	5.4
50	2.6	2.6 - 5.6	5.6
51	2.7	2.7 - 5.7	5.7
52	2.7	2.7 - 5.8	5.8
53	2.8	2.8 - 5.9	5.9
54	2.8	2.8 - 6.0	6.0
55	2.9	2.9 - 6.1	6.1
56	2.9	2.9 - 6.2	6.2
57	3.0	3.0 - 6.3	6.3
58	3.1	3.1 - 6.4	6.4
59	3.1	3.1 - 6.6	6.6
60	3.2	3.2 - 6.7	6.7
61	3.2	3.2 - 6.8	6.8
62	3.3	3.3 - 6.9	6.9
63	3.3	3.3 - 7.0	7.0
64	3.4	3.4 - 7.1	7.1

kg	Weight loss in last 3 to 6 months		
	Less than (kg)	Between (kg)	More than (kg)
65	3.4	3.4 - 7.2	7.2
66	3.5	3.5 - 7.3	7.3
67	3.5	3.5 - 7.4	7.4
68	3.6	3.6 - 7.6	7.6
69	3.6	3.6 - 7.7	7.7
70	3.7	3.7 - 7.8	7.8
71	3.7	3.7 - 7.9	7.9
72	3.8	3.8 - 8.0	8.0
73	3.8	3.8 - 8.1	8.1
74	3.9	3.9 - 8.2	8.2
75	3.9	3.9 - 8.3	8.3
76	4.0	4.0 - 8.4	8.4
77	4.1	4.1 - 8.6	8.6
78	4.1	4.1 - 8.6	8.7
79	4.2	4.2 - 8.7	8.8
80	4.2	4.2 - 8.9	8.9
81	4.3	4.3 - 9.0	9.0
82	4.3	4.3 - 9.1	9.1
83	4.4	4.4 - 9.2	9.2
84	4.4	4.4 - 9.3	9.3
85	4.5	4.5 - 9.4	9.4
86	4.5	4.5 - 9.6	9.6
87	4.6	4.6 - 9.7	9.7
88	4.6	4.6 - 9.8	9.8
89	4.7	4.7 - 9.9	9.9
90	4.7	4.7 - 10.0	10.0
91	4.8	4.8 - 10.1	10.1
92	4.8	4.8 - 10.2	10.2
93	4.9	4.9 - 10.3	10.3
94	4.9	4.9 - 10.4	10.4
95	5.0	5.0 - 10.6	10.6
96	5.1	5.1 - 10.7	10.7
97	5.1	5.1 - 10.8	10.8
98	5.2	5.2 - 10.9	10.9
99	5.2	5.2 - 11.0	11.0

## Alternative measurements and considerations

### Step 1: BMI (body mass index)

#### If height cannot be measured

- Use recently documented or self-reported height (if reliable and realistic).
- If the subject does not know or is unable to report their height, use one of the alternative measurements to estimate height (ulna, knee height or demispan).

### Step 2: Recent unplanned weight loss

If recent weight loss cannot be calculated, use self-reported weight loss (if reliable and realistic).

### Subjective criteria

If height, weight or BMI cannot be obtained, the following criteria which relate to them can assist your professional judgement of the subject's nutritional risk category. Please note, these criteria should be used collectively not separately as alternatives to steps 1 and 2 of 'MUST' and are not designed to assign a score. Mid upper arm circumference (MUAC) may be used to estimate BMI category in order to support your overall impression of the subject's nutritional risk.

#### 1. BMI

- Clinical impression - thin, acceptable weight, overweight. Obvious wasting (very thin) and obesity (very overweight) can also be noted.

#### 2. Unplanned weight loss

- Clothes and/or jewellery have become loose fitting (weight loss).
- History of decreased food intake, reduced appetite or swallowing problems over 3-6 months and underlying disease or psycho-social/physical disabilities likely to cause weight loss.

#### 3. Acute disease effect

- Acutely ill and no nutritional intake or likelihood of no intake for more than 5 days.

Further details on taking alternative measurements, special circumstances and subjective criteria can be found in *The 'MUST' Explanatory Booklet*. A copy can be downloaded at [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk) or purchased from the BAPEN office. The full evidence-base for 'MUST' is contained in *The 'MUST' Report* and is also available for purchase from the BAPEN office.

BAPEN Office, Secure Hold Business Centre, Studley Road, Redditch, Worcs, B98 7LG. Tel: 01527 457 850. Fax: 01527 458 718. [bapen@sovereignconference.co.uk](mailto:bapen@sovereignconference.co.uk) BAPEN is registered charity number 1023927 [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)

© BAPEN 2003 ISBN 1 899467 90 4 Price £2.00

All rights reserved. This document may be photocopied for dissemination and training purposes as long as the source is credited and recognised.

Copy may be reproduced for the purposes of publicity and promotion. Written permission must be sought from BAPEN if reproduction or adaptation is required. If used for commercial gain a licence fee may be required.



## Alternative measurements: instructions and tables

If height cannot be obtained, use length of forearm (ulna) to calculate height using tables below.  
(See The 'MUST' Explanatory Booklet for details of other alternative measurements (knee height and demispán) that can also be used to estimate height).

### Estimating height from ulna length



Measure between the point of the elbow (olecranon process) and the midpoint of the prominent bone of the wrist (styloid process) (left side if possible).

Height (cm)	men (<65 years)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	men (≥65 years)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Ulina length (cm)		32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
Height (cm)	Women (<65 years)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
	Women (≥65 years)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
Height (cm)	men (<65 years)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	men (≥65 years)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
Ulina length (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
Height (cm)	Women (<65 years)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
	Women (≥65 years)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

### Estimating BMI category from mid upper arm circumference (MUAC)



The subject's left arm should be bent at the elbow at a 90 degree angle, with the upper arm held parallel to the side of the body. Measure the distance between the bony protrusion on the shoulder (acromion) and the point of the elbow (olecranon process). Mark the mid-point.

Ask the subject to let arm hang loose and measure around the upper arm at the mid-point, making sure that the tape measure is snug but not tight.



If MUAC is <23.5 cm, BMI is likely to be <20 kg/m<sup>2</sup>.  
If MUAC is >32.0 cm, BMI is likely to be >30 kg/m<sup>2</sup>.

The use of MUAC provides a general indication of BMI and is not designed to generate an actual score for use with 'MUST'. For further information on use of MUAC please refer to The 'MUST' Explanatory Booklet.

(Strona web: <https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself>)

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' (MUST) for adults. <i>The British Journal of Nutrition</i>. 2004; 92(5): 799-808</li> <li>2. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533269">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533269</a></li> <li>3. Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. <i>Gastroenterologia Polska</i> 2019; 27: 59-65 .</li> <li>4. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105</li> <li>5. Sharma Y, Thompson C, Kaambwa B, Shahi R, Miller M. Validity of Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in Australian hospitalized acutely unwell elderly patients. <i>Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition</i>. 2017;26(6):994-1000</li> <li>6. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28917223">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28917223</a></li> <li>7. Marphy J, Mayor A, Forde E. Identifying and treating older patients with malnutrition in primary care: the MUST screening tool. <i>Br J Gen Pract</i> 2018; 68(672):344-345</li> <li>8. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29954811">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29954811</a></li> <li>9. Strona web: <a href="https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself">https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself</a></li> <li>10. Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. <i>Food Forum</i> 2019;3 Dostępny w Internecie: <a href="https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow">https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow</a></li> <li>11. Rabito EI, Marcadenti A, da Silva fink J, Figueira L. Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service. <i>Nutr Clin Proct</i> 2017; 32 (4): 526-532</li> <li>12. Dent E, Hoogendijk EO, Visvanathan R, Wright ORL. Malnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review. <i>J Nutr Health Aging</i>. 2019;23(5):431-441</li> <li>13. Donini LM, Poggiogalle E, Molfino A, Rosano A, Lenzi A, Rossi Fanelli F, Muscaritoli M. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents. <i>J Am Med Dir Assoc</i>. 2016 Oct 1;17(10):959.e11-8. doi: 10.1016/j.jamda.2016.06.028. Epub 2016 Aug 12.</li> <li>14. Gomes-Neto AW, van Vliet IMY, Osté MCJ, de Jong MFC, Bakker SJL, Jager-Witenaar H, Navis GJ. Malnutrition Universal Screening Tool and Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form and their predictive validity in hospitalized patients. <i>Clin Nutr ESPEN</i>. 2021 Oct;45:252-261</li> </ol>

<b>Grupa skal</b>	<b>DIETETYKA</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.2. Narzędzie do badania niedożywienia</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition Screening Tool	
Skrót	MST	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ferguson i wsp.
	Rok publikacji	1999

## Dietetyka

	Źródło	Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. Nutrition 1999;15: 458-64
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Screening ryzyka niedożywienia
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Składa się z dwóch pytań dotyczących apetytu i niedawnej niezamierzonej utraty wagi.
	Orientacyjny czas badania	3-5 minut (Stratton i in. 2004)
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Powyżej 18 r. życia [Stratton i in. 2004]
	Miejsce badanych	Może być stosowany w warunkach szpitalnych i środowiskowych [Stratton i in. 2004]
	Stan badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani i ambulatoryjni [Stratton i in. 2004]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wynik równy lub większy niż 2 z łącznej liczby 7 wskazuje na potrzebę oceny żywieniowej i/lub interwencji [Ferguson 1999]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

### Narzędzie do badania niedożywienia (MST).

Czy schudłeś ostatnio, nie próbując?	
Nie	0
Nie jestem pewien	2
Jeśli tak, ile schudłeś (kilogramy)?	
1–5	1
6–10	2
11-15	3
>15	4
Nie jestem pewien	2

Czy źle się odżywiałeś z powodu zmniejszonego apetytu?	
Nie	0
Tak	1
Całkowity	
Wynik 2 lub więcej = pacjent zagrożony niedożywieniem.	

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' (MUST) for adults. <i>The British Journal of Nutrition</i>. 2004; 92(5): 799-808</li> <li>2. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. <i>Nutrition</i> 1999; 15: 458-464 <a href="https://doi.org/10.1016/S0899-9007(99)00084-2">https://doi.org/10.1016/S0899-9007(99)00084-2</a></li> <li>3. De Ulbarri Perez J.I., Giménez A.G.M., Pérez P.G., Fernandez G., Salvanés F.R., Estrada A.M.A., Diaz A., Travé T.D., Romero C.D., Sánchez P.H., et al. New Procedure for the Early Detection and Control of Under-Nourishment in Hospitals. <i>Nutr. Hosp.</i> 2002;17:179–188.</li> <li>4. Rabito EI, Marcadenti A, da Silva fink J, Figueira L. Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service. <i>Nutr Clin Proct</i> 2017; 32 (4): 526-532</li> <li>5. Deftereos I, Djordjevic A, Carter VM, McNamara J, Yeung JM, Kiss N. Malnutrition screening tools in gastrointestinal cancer: A systematic review of concurrent validity. <i>Surg Oncol</i>. 2021 Sep;38:101627. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101627. Epub 2021 Jun 16.</li> <li>6. Castillo-Martínez L, Castro-Eguiluz D, Copca-Mendoza ET, Pérez-Camargo DA, Reyes-Torres CA, Ávila EA, López-Córdova G, Fuentes-Hernández MR, Cetina-Pérez L, Milke-García MDP. Nutritional Assessment Tools for the Identification of Malnutrition and Nutritional Risk Associated with Cancer Treatment. <i>Rev Invest Clin</i>. 2018;70(3):121-125</li> <li>7. Vrdoljak D. Malnutrition screening tools for elderly in general practice. <i>Acta Med Croatica</i>. 2015 Nov;69(4):339-45.</li> <li>8. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, Partridge J, Misas J, Dennis R, Alba MJ, Chaves-Santiago W, Araque C. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. <i>Clin Nutr</i>. 2019 Jun;38(3):1310-1316</li> <li>9. Leipold CE, Bertino SB, L'Huillier HM, Howell PM, Rosenkotter M. Validation of the Malnutrition Screening Tool for use in a Community Rehabilitation Program. <i>Nutr Diet</i>. 2018 Feb;75(1):117-122.</li> <li>10. Cruz V, Bernal L, Buitrago G, Ruiz AJ. Screening for malnutrition among hospitalized patients in a Colombian University Hospital. <i>Rev Med Chil</i>. 2017 Apr;145(4):449-457.</li> <li>11. Di Bella A, Blake C, Young A, Pelecanos A, Brown T. Reliability of Patient-Led Screening with the Malnutrition Screening Tool: Agreement between Patient and Health Care Professional Scores in the Cancer Care Ambulatory Setting. <i>J Acad Nutr Diet</i>. 2018 Jun;118(6):1065-1071.</li> </ol>



## Dietetyka

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.3. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional Risk Screening 2002	
Skrót	NRS 2002	
Wersja skali	Właściwa <del>Skrócona</del>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Jens Kondrup
	Rok publikacji	2002
	Źródło	Kondrup J., Rasmussen HH., Homberg O., Stanga Z., Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3): 321-336
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Borek P., Chmielewski M., Małgorzewicz S., Dębska Ślizień A. Analysis of Outcomes od the NRS 2002 in Patients Hospilized in Nephrology Wards. Nutrients. 2017; 9 (3)
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	jest narzędziem punktowym umożliwiającym dokonanie klasyfikacji ryzyka wystąpienia powikłań związanych z niedożywieniem występującym w przebiegu choroby [Kawalec-Kajstura i in. 2019]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	W przypadku skali NRS 2002 oceny dokonuje się w kilku etapach obejmując ryzyko niedożywienia, skalę ciężkości choroby oraz przesiew wstępny i końcowy [Fizja i in, 2013; Kawalec-Kajstura i in. 2019]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	To jedna z najczęściej stosowanych skali służących do oceny stanu niedożywienia pacjentów. W kwestionariuszu tym ocenia się pogorszenie stanu odżywienia oraz nasilenie ciężkości choroby. Uwzględnia się również wiek osoby badanej. Bierze się pod uwagę utratę masy ciała we wskazanym przedziale czasowym (od jednego do trzech miesięcy) oraz wysokość spożycia produktów w odniesieniu do zapotrzebowania organizmu. [Mziray i in, 2016]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby powyżej 18 roku życia (dorośli) [Mziray i in, 2016]
	Miejsce badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani
	Stan badanych	
	Sytuacje	
Inne		
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	

Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak
Klucz do skali/interpretacja wyników	Na podstawie uzyskanej liczby punktów ocenia się, czy wskazane jest rozpoczęcie leczenia żywieniowego (wynik powyżej 3 punktów), czy też wystarczające będzie postępowania zachowawcze z kontrolną oceną po tygodniu hospitalizacji (wynik poniżej 3 punktów) [Mziraj i in, 2016]
Formularz skali/ kwestionariusz	

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA  
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)**

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
Brak = 0	Prawidłowy stan odżywienia	Brak = 0	Zwykłe zapotrzebowanie
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda Choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) - marskość wątroby, POChP Radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chory w oddziale Intensywnej Terapii
<b>Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt</b>			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: $\geq 3$ – wskazane leczenie żywieniowe $< 3$ – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień.			

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	1. Kawalec- Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. Gastroenterologia Polska 2019; 27: 59-65 2. Fizia K, Giętek M, Czech N, Muc-Wierzoń M, Nowakowska-Zajdel E. Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory. Pielęgniarstwo Polskie 2013,2(48):105-110

	<p>3. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedozżywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105.</p> <p>4. Mcclave SA, Bibaise JK, Mullin GE, Martindale RG. ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. <i>Am J Gastroenterol</i>. 2016;111(3):315-334 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578</a></p> <p>5. Mcclave SA, Taylor BE, Matindale RG, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). <i>JPEN J Parenter Enteral Nutr</i>. 2016,40(2):159-211 <a href="https://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/01_Site_Directory/Guidelines_and_Clinical_Resources/EN_Pathway/McClave_et_al-2016-Journal_of_Parenteral_and_Enteral_Nutrition.pdf">https://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/01_Site_Directory/Guidelines_and_Clinical_Resources/EN_Pathway/McClave_et_al-2016-Journal_of_Parenteral_and_Enteral_Nutrition.pdf</a></p> <p>6. Kondrup J, Rasmussen HH, Homberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. <i>Clin Nutr</i>. 2003;22(3): 321-336 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765673">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765673</a></p> <p>7. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765673">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765673</a></p> <p>8. Kłęk S, Jankowski M, Kruszewski WJ, i in. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii. <i>Onkol Prak Klin</i> 2016; 11:173-190</p> <p>9. Borek P., Chmielewski M., Małgorzewicz S., Dębska Ślizień A. Analysis of Outcomes of the NRS 2002 in Patients Hospitalized in Nephrology Wards. <i>Nutrients</i>. 2017; 9 (3) <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28300757">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28300757</a></p> <p>10. Deftereos I, Djordjevic A, Carter VM, McNamara J, Yeung JM, Kiss N. Malnutrition screening tools in gastrointestinal cancer: A systematic review of concurrent validity. <i>Surg Oncol</i>. 2021 Sep;38:101627. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101627. Epub 2021 Jun 16.</p>
--	--

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.4. Ryzyko żywieniowe w punktacji krytycznie chorych (NUTRIC)</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Nutrition Risk in the Critically Ill Score	
Skrót	NUTRIC	
Wersja skali	Właściwa <b>Skrócona</b>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Daren K. Heyland i wsp.
	Rok publikacji	2011
	Źródło	Heyland DK, Ghaliwal R, Jiang X, Day Ag. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of novel risk assessment tool. <i>Crit Care</i> 2011; 15(6): R268
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Punktacja NUTRIC identyfikuje pacjentów, u których istnieje szczególne prawdopodobieństwo, że agresywna terapia żywieniowa może odnieść korzyści. [Heyland, 2011, Rachman 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Punktacja Sekwencyjnej Oceny Niewydolności Narządowej (SOFA) Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score Wynik APACHE II [Heyland, 2011, Rachman 2016]

	Struktura skali		
	Orientacyjny czas badania		
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego		
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych		
	Miejsce badanych	Pacjenci OIOM [Heyland, 2011, Rachman 2016]	
	Stan badanych	Krytyczny [Heyland, 2011, Rachman 2016]	
	Sytuacje		
	Inne		
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywieniowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.		
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak		
Klucz do skali/interpretacja wyników	<b>Wynik NUTRIC</b>	<b>Ryzyko</b>	<b>28-dniowa śmiertelność</b>
	0	Niskie ryzyko	~1%
	1		~2%
	2		~3%
	3		~8%
	4		~11%
	5		~20%
	6	Wysokie ryzyko	~30%
	7		~45%
	8		~58%
	9		~70%
	10		~80%
Formularz skali/ kwestionariusz			

## FORMUŁA

Dodanie wybranych punktów:

	Punktacja			
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Wiek (lata)	<50	50–74	≥75	--
<u>APASZE II</u>	<15	15-19	20-27	≥28
Ocena SOFA *	<6	6–9	≥10	--
Liczba chorób współistniejących	0–1	≥2	--	--
Dni w szpitalu na OIOM przyznają	0	≥1	--	--
IL-6 (µ/ml)	0–399	≥400	--	--

\*Początkowe.

Interpretacja:

Wynik NUTRIC	Ryzyko	28-dniowa śmiertelność
0	Niskie ryzyko	~1%
1		~2%
2		~3%
3		~8%
4		~11%
5		~20%
6	Wysokie ryzyko	~30%
7		~45%
8		~58%
9		~70%
10		~80%

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Heyland DK, Ghaliwal R, Jiang X, Day Ag. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of novel risk assessment tool. <i>Crit Care</i> 2011; 15(6): R268 <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085763/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085763/</a></li> <li>Rahman A, Hasan RM, Agarwala R, Martin Cm Day AG, Heyland DK. Identifying critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the „modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool. <i>Lin Nutr</i> 2016; 35(1) L158-162 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698099">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698099</a></li> <li>Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' (MUST) for adults. <i>The British Journal of Nutrition</i>. 2004; 92(5): 799-808 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533269">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533269</a></li> <li>Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS. Use of Nutrition Risk in Critically ill (NUTRIC) Score to Assess Nutritional Risk in Mechanically Ventilated Patients: A Prospective Observational Study. <i>Indian J Crit Care Med</i>. 2017;21(5):253-256 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28584426">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28584426</a></li> <li>Rosa M, Heyland DK, Fernandes D, Rabito El, Oliviera ML, Marcadenti A. Translation and adaptation of the NUTRIC Score to identify critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy. <i>Clin Nutr ESPEN</i>. 2016;14:31-36 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28531396">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28531396</a></li> <li>Compher C, Chirram J, Sammarco T, Nicolo M, Heyland DK. Greater Protein and Energy Intake May Be Associated With Improved Mortality in Higher Risk Critically Ill Patients: A Multicenter Multinational Observational Study. <i>Crit Care Med</i>. 2017;45(2):156-163 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28098623">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28098623</a></li> <li>McClave SA, Dibaie JK, Mullin GE, Martindale RG. ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. <i>Am J Gastroenterol</i>. 2016;111(3):315-334 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578</a></li> <li>Zhang P, He Z., Yu G., Peng D., Feng Y., Ling J., Wang Y., Li S., Bian Y. The Modified NUTRIC Score Can Be Used for Nutritional Risk Assessment as Well as Prognosis Prediction in Critically Ill COVID-19 Patients. <i>Clin. Nutr</i>. 2021;40:534-541. doi: 10.1016/j.clnu.2020.05.051</li> </ol>

9.	Kondrup J. Nutrition Risk Screening in the ICU. <i>Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.</i> 2019;22:159–161. doi: 10.1097/MCO.0000000000000551.
10.	Cattani A., Eckert I.C., Brito J.E., Tartari R.F., Silva F.M. Nutritional Risk in Critically Ill Patients: How It Is Assessed, Its Prevalence and Prognostic Value: A Systematic Review. <i>Nutr. Rev.</i> 2020;78:1052–1068. doi: 10.1093/nutrit/nuaa031.

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.5. Uproszczony kwestionariusz apetytu żywieniowego</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Simplified Nutritional Appetite Questionnaire	
Skrót	SNAQ	
Wersja skali	Właściwa <del>Skrócona</del>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	dr John E. Morley
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Wilson MM, Thomas DR, Rubenstein LZ, Chibnall JT, Anderson S, Baxi A, Diebold MR, Morley JE. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. <i>Am J Clin Nutr.</i> 2005 Nov;82(5):1074-81
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Ocena apetytu i identyfikacja ryzyka utraty masy ciała. [Mziray i in. 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Kwestionariusz SNAQ składa się z czterech pytań, za które można otrzymać maksymalnie 20 punktów. [Mziray i in. 2016]
	Orientacyjny czas badania	Badanie przesiewowe pacjenta zajmuje mniej niż 5 minut [Mziray i in. 2016]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania wykazują, że włączenie SNAQ do rutynowej oceny geriatrycznej ułatwia identyfikację ryzyka utraty masy ciała [Mziray i in. 2016] Jest narzędziem o potwierdzonej skuteczności w wykrywaniu osób zagrożonych utratą masy ciała w przebiegu „jadłowstrętu wieku podeszłego [Kawalec-Kejstura i in. 2019]
	Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych
	Miejsce badanych	Szpital, Dom opieki społecznej
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Możliwość przeprowadzenia zarówno przez lekarza, jak i pielęgniarkę czy dietetyka [Mziray i in. 2016]	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	



Klucz do skali/ interpretacja wy- ników	Uzyskanie $\leq 14$ punktów wskazuje na ryzyko utraty, co najmniej 5% masy ciała w ciągu 6 miesięcy [Mziray i in, 2016]
Formularz skali/ kwestionariusz	

Uproszczony kwestionariusz apetytu żywieniowego.

## Simplified Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ)

*Tool*

The Simplified Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ) is a validated tool to assess for the risk of undernutrition in community-dwelling seniors over the age of 65 years.

	Item Score	Patient Score
1. My appetite is:		
a. Very poor.	1	<input type="text"/>
b. Poor.	2	
c. Average.	3	
d. Good.	4	
e. Very good.	5	
2. When I eat:		
a. I feel full after eating only a few mouthfuls.	1	<input type="text"/>
b. I feel full after eating about a third of my meal.	2	
c. I feel full after eating more than half of my meal.	3	
d. I feel full after eating most of my meal.	4	
e. I hardly ever feel full.	5	
3. Food tastes:		
a. Very bad.	1	<input type="text"/>
b. Bad.	2	
c. Average.	3	
d. Good.	4	
e. Very good	5	
4. Normally, I eat:		
a. Less than one meal a day.	1	<input type="text"/>
b. One meal a day	2	
c. Two meals a day	3	
d. Three meals a day	4	
e. More than three meals a day	5	
<b>SNAQ Score:</b>		<input type="text"/>

A SNAQ score of less than 14 indicates a high risk of at least 5% weight loss within 6 months.

Adapted from the SNAQ Questionnaire developed by EMGO+ institute of the VU University (Netherlands) [www.fightmalnutrition.eu](http://www.fightmalnutrition.eu). Used with permission.

Przeгляд doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedozżywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105.</li> <li>2. Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. <i>Gastroenterologia Polska</i> 2019; 27: 59-65</li> <li>3. Kruizenga H.M., Seidell J.C., de Vet H.C.W., Wierdsma N.J., van Bokhorst-de van der Schueren M.A.E. Development and Validation of a Hospital Screening Tool for Malnutrition: The Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ©) <i>Clin. Nutr.</i> 2005;24:75–82. doi: 10.1016/j.clnu.2004.07.015</li> <li>4. Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS. Use of Nutrition Risk in Critically ill (NUTRIC) Score to Assess Nutritional Risk in Mechanically Ventilated Patients: A Prospective Observational Study. <i>Indian J Crit Care Med.</i> 2017;21(5):253-256</li> <li>5. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28584426">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28584426</a></li> <li>6. Rahman A, Hasan RM, Agarwala R, Martin Cm Day AG, Heyland DK. Identify critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the „modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool. <i>Lin Nutr</i> 2016; 35(1)L158-162</li> <li>7. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698099">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698099</a></li> <li>8. Rosa M, Heyland DK, Fernandes D, Rabito El, Oliviera ML, Marcadenti A. Translation and adaptation of the NUTRIC Score to identify critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy. <i>Clin Nutr ESPEN.</i> 2016;14:31-36</li> <li>9. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28531396">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28531396</a></li> <li>10. Compher C, Chirrams J, Sammarco T, Nicolo M, Heyland DK. Greater Protein and Energy Intake May Be Associated With Improved Mortality in Higher Risk Critically Ill Patients: A Multicenter Multinational Observational Study. <i>Crit Care Med.</i> 2017;45(2):156-163</li> <li>11. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28098623">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28098623</a></li> <li>12. McClave SA, Dibaise JK, Mullin GE, Martindale RG. ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. <i>Am J Gastroenterol.</i> 2016;111(3):315-334</li> <li>13. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952578</a></li> <li>14. Dent E, Hoogendijk EO, Visvanathan R, Wright ORL. Malnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review. <i>J Nutr Health Aging.</i> 2019;23(5):431-441</li> <li>15. Lau S, Pek K, Chew J, Lim JP, Ismail NH, Ding YY, Cesari M, Lim WS. The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) as a Screening Tool for Risk of Malnutrition: Optimal Cutoff, Factor Structure, and Validation in Healthy Community-Dwelling Older Adults. <i>Nutrients.</i> 2020 Sep 21;12(9):2885.</li> </ol>

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.6. Wskaźnik ryzyka niedożywienia</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional Risk Index	
Skrót	NRI	
Wersja skali	Właściwa <del>Skrócona</del>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Gordon P. Buzby
	Rok publikacji	1988

## Dietetyka

	Źródło	Buzby GB, Williford WO, Peterson OL et al. A randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients: the rationale and impact of previous clinical trials and pilot study on protocol design. <i>Am J Clin Nutr.</i> 1988;47(2):357-365
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Ocena ryzyka i stopnia niedożywienia [Mziray i in. 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Stężenie albumin w surowicy [Mziray i in. 2016]
	Struktura skali	Obliczenia z wzoru. [Mziray i in. 2016]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Przydatny wskaźnik oceny ryzyka niedożywienia u hospitalizowanych starszych pacjentów [Mziray i in. 2016]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pacjenci w starszym wieku [Mziray i in. 2016]
	Miejsce badanych	Szpital [Mziray i in. 2016]
	Stan badanych	Wszyscy pacjenci hospitalizowani [Mziray i in. 2016]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Dobry stan odżywienia rozpoznaje się, gdy NRI jest większy niż 100. Łagodne niedożywienie rozpoznaje się, gdy NRI mieści się w granicach 97,5-100, umiarkowane niedożywienie, gdy NRI wynosi od 83,5 do 97,5, a ciężkie niedożywienie, kiedy NRI jest mniejszy od 83,5 [Mziray i in, 2016]	
NRI oblicza się według następującego wzoru: $NRI = (1,5 \times \text{stężenie albumin [g/l]}) + (\text{obecna masa ciała [kg]}/\text{należna masa ciała [kg]})$ [Mziray i in, 2016]		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali	
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105.</li> <li>Buzby GB, Williford WO, Peterson OL et al. A randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients: the rationale and impact of previous clinical trials and pilot study on protocol design. <i>Am J Clin Nutr.</i> 1988;47(2):357-365 <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3124597/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3124597/</a></li> <li>Perioperative Total Parenteral Nutrition in Surgical Patients. <i>N Engl J Med</i> 1991; 325:525-532 <a href="https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199108223250801?url_ver=Z39.88-2003&amp;rfr_id=ori:rid:crossref.org&amp;rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov">https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199108223250801?url_ver=Z39.88-2003&amp;rfr_id=ori:rid:crossref.org&amp;rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov</a></li> </ol>	

4.	Adejumo OL, Koelling TM, Hummel SL. Nutritional Risk Index predicts mortality in hospitalized advanced heart failure patients J. Heart Lung Transplant. 2015;34(11): 1385-1389 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26250966">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26250966</a>
5.	Prasad N, Sinha A, Gupta A, et al. Validity of nutritional Risk Index as a malnutrition screening tool compared with subjective global assessment in end-stage renal disease patients on peritoneal dialysis, Indian J Nephrol. 2016;26 (1): 27-32 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26937075">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26937075</a>
6.	Naber T.H.J. i wsp. Specificity of indexes of malnutrition when applied to apparently healthy people: the effect of age. Am J Clin Nutr, 1997, 65: 1721–1725.
7.	Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. Food Forum 2019;3 Dostępny w Internecie: <a href="#">Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów - Food Forum – czasopismo eksperckie o zdrowym odżywianiu (food-forum.pl)</a>
8.	Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. Gastroenterologia Polska 2019; 27: 59-65
9.	Deftereos I, Djordjevic A, Carter VM, McNamara J, Yeung JM, Kiss N. Malnutrition screening tools in gastrointestinal cancer: A systematic review of concurrent validity. Surg Oncol. 2021 Sep;38:101627. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101627. Epub 2021 Jun 16.
10.	Silva DFO, Lima SCVC, Sena-Evangelista KCM, Marchioni DM, Cobucci RN, Andrade FB. Nutritional Risk Screening Tools for Older Adults with COVID-19: A Systematic Review. Nutrients. 2020 Sep 27;12(10):2956.

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.7. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Subjective Global Assessment	
Skrót	SGA	
Wersja skali	Właściwa <del>Skrócona</del>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Detsky i wsp.
	Rok publikacji	1982
	Źródło	Baker J.P., Detsky A.S., Wesson D.E., Wolman S.L., Stewart S., Whitewell J., Langer B., Jeejeebhoy K.N. A Comparison of Clinical Judgment and Objective Measurements. <i>N. Engl. J. Med.</i> 1982;306:969–972..
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Celem jest ocena stanu odżywienia. [Kawalec-Kajstura i in 2019]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Łączy w sobie trzy elementy: wywiad, badanie fizykalne oraz subiektywną, globalną ocenę stanu odżywienia. Wywiad zawiera pytania dotyczące zmian masy ciała i w przyjmowaniu pokarmów, dolegliwości dyspeptycznych, wydolności w zakresie codziennego funkcjonowania oraz schorzeń współistniejących. W badaniu fizykalnym oceniany jest natomiast stopień zaawansowania

## Dietetyka

		następujących zmian: utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej, zanik mięśni (czworogłowy, naramienny), obrzęk nad kością krzyżową i kostek oraz wodobrzusze [Kawalec-Kajstura i in 2019]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz SGA daje zdecydowanie głębszą możliwość poznania problemów żywieniowych chorego, dzięki czemu trafniej można dokonać jego oceny [Solecka 2017]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Może być stosowany u dzieci i dorosłych [Solecka 2017]
	Miejsce badanych	Jest to metoda zalecana przez ASPEN i jest szeroko stosowana u pacjentów hospitalizowanych [Reber i in. 2021] Osoby zamieszkujące m.in. domy opieki społecznej, placówki opiekuńcze [Kulczycki 2019]
	Stan badanych	Pacjenci hospitalizowani, zwłaszcza u chorych na nowotwory. Został on zwalidowany u pacjentów, chirurgicznych, w stanie krytycznym, pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek i rakiem, a także u pacjentów geriatrycznych [Seron-Arbeloa i in. 2022]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Jego użycie wymaga pewnego doświadczenia klinicznego. W praktyce wszystkie jego elementy przeprowadza lekarz prowadzący, co zmniejsza jego użyteczność dla innych członków zespołu terapeutycznego [Kawalec-Kajstura i in. 2019]	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	W oparciu o uzyskane informacje dokonywana jest klasyfikacja pacjenta do jednej z trzech grup: osoba prawidłowo odżywiona, z niedożywieniem średniego stopnia lub jako osoba z dużym niedożywieniem [Kawalec-Kajstura i in. 2019]	
Formularz skali/ kwestionariusz		

## SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

### I. Wywiad

1. **Wiek** (lata) ..... **wzrost** (cm) ..... **masa ciała** (kg) ..... **pleć**  K  M
2. **Zmiana masy ciała**      utrata masy w ostatnich 6 miesiącach ..... (kg) ..... (%)  
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:  
 zwiększenie       bez zmian       zmniejszenie
3. **Zmiany w przyjmowaniu pokarmów**  
 bez zmian       zmiany: czas trwania ..... (tygodnie)  
Rodzaj diety:  
 zbliżona do optymalnej diety oparta na pokarmach stałych  
 dieta płynna kompletna  
 dieta płynna hipokaloryczna  
 głodzenie
4. **Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymuje się ponad 2 tygodnie)**  
 bez objawów    Nudności    Wymioty    Biegunka    Jądlowstręt
5. **Wydolność fizyczna**  
 bez zmian       zmiany: czas trwania ..... (tygodnie)  
rodzaj:  praca w ograniczonym zakresie  
 chodzi  
 leży
6. **Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:**  
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby  
 brak       mały       średni       duży

### II. Badanie fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

(0 - bez zmian, 1 - lekki, 2 - średni, 3 - ciężki) .....

- utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym na klatce piersiowej
- zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- obrzęk nad kością krzyżową
- obrzęk kostek
- wodobrzusze

### III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- prawidłowy stan odżywienia
- podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
- wyniszczenie
- duże ryzyko niedożywienia

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia



Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. <i>Gastroenterologia Polska</i> 2019; 27: 59-65</li> <li>2. Solecka M. Test stanu odżywienia pacjenta onkologicznego. Dostępny w internecie: <a href="https://www.zwrotnikraka.pl/test-stanu-odzywienia-dla-pacjentow-chorobanowotworowa/">https://www.zwrotnikraka.pl/test-stanu-odzywienia-dla-pacjentow-chorobanowotworowa/</a></li> <li>3. Reber E., Schönenberger K.A., Vasiloglou M.F., Stanga Z. Nutritional Risk Screening in Cancer Patients: The First Step toward Better Clinical Outcome. <i>Front. Nutr.</i> 2021;8:1–9. doi: 10.3389/fnut.2021.603936.</li> <li>4. Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. <i>Food Forum</i> 2019;3 Dostępny w Internecie: <a href="https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow">https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow</a></li> <li>5. Seron-Arbeloa C, Labarta-Monzon L, Puzo-Foncillas J i in. Malnutrition Screening and Assessment. <i>Nutrients</i> 2022; 14: 2392 <a href="https://doi.org/10.3390/nu14122392">https://doi.org/10.3390/nu14122392</a></li> <li>6. Dziewiatowska J. i wsp. Przyczyny niedożywienia, ocena stanu odżywienia i zalecenia żywieniowe w marskości wątroby. <i>Forum Zaburzeń Metabolicznych</i>, 2016, 7, 1: 16–23.</li> <li>7. Mahan L.K., Escott-stump S. <i>Krauses's food nutrition and diet therapy</i>. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia 2000.</li> <li>8. Baker J.P., Detsky A.S., Wesson D.E., Wolman S.L., Stewart S., Whitewell J., Langer B., Jeejeebhoy K.N. A Comparison of Clinical Judgment and Objective Measurements. <i>N. Engl. J. Med.</i> 1982;306:969–972. doi: 10.1056/NEJM198204223061606.</li> <li>9. Fizia K, Giętek M, Czech N, Muc-Wierzgoń M, Nowakowska-Zajdel E. Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> 2013,2(48):105-110</li> <li>10. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105.</li> </ol>

Grupa skal	DIETETYKA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.8. Miniskala oceny stanu odżywienia</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Mini Nutritional Assessment	
Skrót	MNA	
Wersja skali	Właściwa <del>Skrócona</del>	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Guigoza Y; Vellas B; Garry PJ
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. <i>Facts Res Gerontol.</i> 1994;v4;i:Suppl2:15-59
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Przesiewowa ocena stanu odżywienia [Mziray i in, 2016]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak

	Struktura skali	W kwestionariuszu tym ocenia się BMI pacjenta, utratę masy ciała w ostatnich trzech miesiącach, spadek ilości przyjmowanych płynów i występowanie ostrych chorób somatycznych (również w ostatnich trzech miesiącach). Bierze się też pod uwagę stan psychiczny i mobilność badanej osoby. [Kulczycki 2019]
	Orientacyjny czas badania	10-15 minut [Vellas i in. 2006]
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Jego celem jest wczesne wykrycie ryzyka niedożywienia u pacjentów w podeszłym wieku w celu przeprowadzenia wczesnej interwencji żywieniowej bez konieczności stosowania specjalistycznego zespołu żywieniowego [Guigoz i in. 1996]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Przeznaczony jest szczególnie do oceny odżywienia osób starszych [Solecka 2017]
	Miejsce badanych	Kwestionariusz, początkowo stworzony do oceny ryzyka niedożywienia u osób w wieku podeszłym w domach opieki, placówkach opiekuńczych i szpitalach, stał się niezwykle przydatny do wykrywania ryzyka niedożywienia u seniorów również w sytuacji, gdy inne parametry są jeszcze prawidłowe (poziom albumin i BMI) [Mziray i in. 2016]
	Stan badanych	
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywieniowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Możliwe jest uzyskanie maksymalnie 30 punktów. Zagrożenie niedożywieniem wskazuje się przy otrzymaniu 17–23,5 punktów, a niedożywienie interpretuje się poniżej 17 punktów	
Formularz skali/ kwestionariusz		

# Ocena stanu odżywienia

## Mini Nutritional Assessment - MNA®



Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_  
 Płeć: \_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_ Masa ciała, kg: \_\_\_\_\_ Wzrost, cm: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Proszę uzupełnić formularz, wpisując w kratki odpowiednią cyfrę oznaczającą odpowiedź. Dodaj cyfry w celu uzyskania oceny końcowej. Jeśli uzyskana ocena wynosi 11 punktów lub poniżej, kontynuuj ocenę pacjenta w celu uzyskania wyniku wskaźnika niedożywienia (Malnutrition Indicator Score).

### Badanie przesiewowe

- A Czy ograniczenie spożycia posiłków w ostatnich 3 miesiącach wiązało się z utratą apetytu, zaburzeniami trawienia, polykaniem czy żucia?**  
 0 = ciężkie ograniczenie spożycia posiłków  
 1 = umiarkowane ograniczenie spożycia posiłków  
 2 = brak ograniczenia spożycia posiłków
- B Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy**  
 0 = utrata masy ciała powyżej 3 kg  
 1 = niezmienna  
 2 = utrata masy ciała między 1 a 3 kg  
 3 = brak utraty masy ciała
- C Możliwość poruszania**  
 0 = uwięzienie w łóżku lub fotelu  
 1 = może wstać z łóżka lub fotela, ale bez opuszczania mieszkania  
 2 = pełna sprawność
- D Czy pacjent/ka w ciągu ostatnich 3 miesięcy cierpiała z powodu stresu psychologicznego lub ciężkiej choroby?**  
 0 = tak 2 = nie
- E Zaburzenia neuropsychologiczne**  
 0 = ciężkie osłabienie lub depresja  
 1 = łagodne osłabienie  
 2 = bez zaburzeń psychologicznych
- F Wskaźnik masy ciała (BMI) (masa ciała w kg) / (wzrost w m)<sup>2</sup>**  
 0 = BMI < 19  
 1 = 19 ≤ BMI < 21  
 2 = 21 ≤ BMI < 23  
 3 = BMI ≥ 23

**Wynik oceny z badania przesiewowego (maksymalnie 14 punktów)**  
 12-14 punktów: Prawidłowy stan odżywienia  
 8-11 punktów: Zagrożenie niedożywieniem  
 0-7 punktów: Niedożywienie

W celu przeprowadzenia dokładniejszej oceny proszę odpowiedzieć na pytania G-R.

### Ocena pacjenta/ki

- G Czy pacjent/ka mieszka samodzielnie we własnym domu (nie w domu opieki czy szpitalu)?**  
 1 = tak 0 = nie
- H Czy pacjent/ka przyjmuje więcej niż 3 leki przepisane na receptę dziennie?**  
 0 = tak 1 = nie
- I Odleżyny lub owrzodzenia skóry**  
 0 = tak 1 = nie

#### Źródła

1. Vellas B, Willet H, Andrieu G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2008; 12: 466-469.  
 2. Rubenstein LZ, Hawke JO, Sukia A, Guigoz Y, Willet H. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M399-372.  
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)® Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10: 466-481.  
 4. Société des Produits Nestlé SA, Träskman Dietens.  
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: [www.mna-euinfo.com](http://www.mna-euinfo.com)

**J Ile pełnych posiłków dziennie spożywa pacjent/ka?**  
 0 = 1 posiłek  
 1 = 2 posiłki  
 2 = 3 posiłki

**K Wybrane pokarmy określające spożycie białka**

- Co najmniej jedna porcja produktów mlecznych (mleko, ser, jogurt) dziennie tak  nie
- Dwie lub więcej porcji roślin strączkowych lub jajek tygodniowo tak  nie
- Porcja mięsa, rybu lub drobiu codziennie tak  nie

0,0 = jeśli 0 lub 1 x tak   
 0,5 = jeśli 2 x tak   
 1,0 = jeśli 3 x tak

**L Czy pacjent/ka spożywa dwie lub więcej porcji owoców lub warzyw dziennie?**  
 0 = nie 1 = tak

**M Ile filiżanek/szklanek napojów (woda, sok, kawa, herbata, mleko...) pacjent/ka wypija dziennie?**  
 0,0 = mniej niż 3  
 0,5 = od 3 do 5  
 1,0 = powyżej 5

**N Sposób żywienia**  
 0 = wymaga pomocy w czasie jedzenia  
 1 = je posiłki samodzielnie ale z pewnymi trudnościami  
 2 = je posiłki samodzielnie bez żadnego problemu

**O Samodzielna ocena stanu odżywienia**  
 0 = pacjent/ka twierdzi, że jest niedożywiony/a  
 1 = pacjent/ka nie jest pewny/a własnego stanu odżywienia  
 2 = pacjent/ka nie dostrzega żadnego problemu w związku z własnym stanem odżywienia

**P Jak pacjent/ka ocenia własny stan zciwiwa w porównaniu z rówieśnikami?**  
 0,0 = nie tak dobry  
 0,5 = nie potrafi ocenić  
 1,0 = tak samo dobry  
 2,0 = lepszy

**Q Obwód ramienia w połowie długości (MAC) w cm**  
 0,0 = MAC < 21  
 0,5 = 21 ≤ MAC < 22  
 1,0 = BMI > 22

**R Obwód łydki (CC) w cm**  
 0 = CC < 31  
 1 = CC ≥ 31

**Wynik oceny pacjenta/ki (maksymalnie 16 punktów)**

**Wyniki oceny z badania przesiewowego**

**Wynik końcowy oceny pacjenta/ki (maksymalnie 30 punktów)**

**Wynik oceny wskaźnika niedożywienia**

- 24 do 30 punktów  Prawidłowy stan odżywienia
- 17 do 23,5 punktu  Zagrożenie niedożywieniem
- Poniżej 17 punktów  Niedożywienie

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedozżywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. <i>Annales Academiae Medicae Gedanensis</i>, 2016, 46: 95–105.</li> <li>Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. <i>Food Forum</i> 2019;3 Dostępny w Internecie: <a href="https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow">https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow</a></li> <li>Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. Overview of the MNA-Its history and challenges. <i>The Journal of Nutrition, Health and Aging</i> 2006;10 (6):456-465</li> <li>Guigoz Y, Vellas B., Garry P.J. Nutrition Surveys in the Elderly Assessing the Nutritional Status of the Elderly: The Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation. <i>Nutr. Rev.</i> 1996;54:S59–S65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.</li> <li>Solecka M. Test stanu odżywienia pacjenta onkologicznego. Dostępny w internecie: <a href="https://www.zwrotnikraka.pl/test-stanu-odzywienia-dla-pacjentow-chorobanowotworowa/">https://www.zwrotnikraka.pl/test-stanu-odzywienia-dla-pacjentow-chorobanowotworowa/</a></li> <li>Gariballa S.E., Sinclair A.J. Diagnosing undernutrition in elderly people. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i>. 1997, 7: 367–371.</li> <li>Fizja K, Giętek M, Czech N, Muc-Wierzoń M, Nowakowska-Zajdel E. Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> 2013,2(48):105-110</li> <li>Gariballa S.E., Sinclair A.J. Diagnosing undernutrition in elderly people. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i>. 1997, 7: 367–371.</li> <li>Bauer J.M., Kaiser M.J., Anthony P., Guigoz Y., Sieber C.C. The Mini Nutritional Assessment®—Its History, Today’s Practice, and Future Perspectives. <i>Nutr. Clin. Pract.</i> 2008;23:388–396. doi: 10.1177/0884533608321132</li> <li>Joaquín C., Puig R., Gastelurrutia P., Lupón J., de Antonio M., Domingo M., Moliner P., Zamora E., Martín M., Alonso N., et al. Mini Nutritional Assessment Is a Better Predictor of Mortality than Subjective Global Assessment in Heart Failure Out-Patients. <i>Clin. Nutr.</i> 2019;38:2740–2746. doi: 10.1016/j.clnu.2018.12.001.</li> </ol>

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.9. Prognostyczny wskaźnik stanu zapalnego i żywieniowego</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Prognostic Inflammatory and Nutritional Index	
Skrót	PINI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Ingenbleek Y, Carpentier YA
	Rok publikacji	1985
	Źródło	Ingenbleek Y, Carpentier YA. A prognostic inflammatory and nutritional index scoring critically ill patients. <i>Int J Vitam Nutr Res</i> 1985;55(1):91-101.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocenia ryzyko zachorowalności lub śmiertelności pacjentów hospitalizowanych [Ożga, Małgorzewicz 2013]
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	

	Struktura skali	Prognostyczny wskaźnik stanu zapalnego i żywieniowego (PINI) to prosty system punktacji, który agreguje dwa markery we krwi stanów zapalnych [białko C-reaktywne (CRP) i orosomukoid] oraz stanów odżywienia (albumina i prealbumina) [Oźga, Małgorzewicz 2013]
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Przydatny i coraz powszechniej stosowany wskaźnik oceny ryzyka niedożywienia wśród starszych hospitalizowanych pacjentów [Kawalec-Kajstura i in, 2019]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Jest stosowany w rutynowej praktyce w medycynie geriatrycznej, zwłaszcza u hospitalizowanych pacjentów w podeszłym wieku [Dupire 2012]
	Miejsce badanych	
	Stan badanych	Początkowo stosowana u pacjentów w stanie krytycznym, u których okazała się czułym i swoistym markerem stanu odżywienia i stanu zapalnego, została później zastosowana u innych typów pacjentów, np. pacjentów chirurgicznych i hemodializowanych, chorych na raka, z chorobami wątroby, po urazach, oparzeniach i operacjach [Ingenbleek i in. 1985]
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywieniowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Zagrożenie życia rozpoznaje się, kiedy PINI > 30, wysokie ryzyko zagrożenia, gdy mieści się w granicach 21-30, średnie ryzyko, kiedy wynosi 11-20, niskie ryzyko, kiedy PINI mieści się w granicach 1-10 [Mziray i in, 2016]	
Formularz skali/ kwestionariusz		
$PINI = \frac{\textit{kwasna alfa - glikoproteina} \left[ \frac{\textit{mg}}{\textit{l}} \right] \times \textit{białko C - reaktywne} \left[ \frac{\textit{mg}}{\textit{l}} \right]}{\textit{albumina} \left[ \frac{\textit{mg}}{\textit{l}} \right] \times \textit{prealbumina} \left[ \frac{\textit{mg}}{\textit{l}} \right]}$		
[Oźga, Małgorzewicz 2013]		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Oźga E, Małgorzewicz S. Ocena stanu odżywienia osób starszych. <i>Geriatrics</i> 2013;7:1-6</li> <li>Kawalec-Kejstura E, Rewiuk i in. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. <i>Gastroenterologia Polska</i> 2019; 27: 59-65</li> <li>Dupire S, Wemeau M i in. Prognostic value of PINI index in patients with multiple myeloma. <i>European Journal of Haematology</i> 2012; 88 (4): 306-313</li> <li>Ingenbleek Y., Carpentier Y.A. A Prognostic Inflammatory and Nutritional Index Scoring Critically Ill Patients. <i>Int. J. Vitam. Nutr. Res.</i> 1985;55:91–101.</li> </ol>

	<p>5. Strugała M, Wieczorkowska-Tobis. Ocena stanu odżywienia pacjentów Oddziału Geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej. <i>Geriatrics</i>. 2011;(5):89-93.</p> <p>6. Piórecka B, Międzobrodzka A. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób starszych zamieszkałych w Krakowie. <i>Nowiny Lekarskie</i>.1989; 58 (1):249-54</p> <p>7. Oh CA, et al. Nutritional risk index as a predictor of postoperative wound complications after gastrectomy. <i>WJG</i> 2012;18(7):673-8</p> <p>8. Kulczycki B. Wskaźniki stosowane w ocenie niedożywienia pacjentów. <i>Food Forum</i> 2019;3 Dostępny w Internecie: <a href="https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow">https://food-forum.pl/artukul/wskazniki-stosowane-w-ocenie-niedozywienia-pacjentow</a></p> <p>9. Gariballa S.E., Sinclair A.J. Diagnosing undernutrition in elderly people. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i>. 1997, 7: 367–371.</p> <p>10. Dessi M, Noce A, Agnoli A, De Angelis S, Fuiano L, Tozzo C, Taccone-Gallucci M, Fuiano G, Federici G. The usefulness of the prognostic inflammatory and nutritional index (PNI) in a haemodialysis population. <i>Nutr Metab Cardiovasc Dis</i>. 2009 Dec;19(11):811-5.</p> <p>11. Terrier N, Senécal L, Dupuy AM, Jaussent I, Delcourt C, Leray H, Rafaelsen S, Bosc JY, Maurice F, Canaud B, Cristol JP. Association between novel indices of malnutrition-inflammation complex syndrome and cardiovascular disease in hemodialysis patients. <i>Hemodial Int</i>. 2005 Apr;9(2):159-68.</p>
--	---

Grupa skal	Dietetyka	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.A.10. Prognostyczny Index Odżywienia</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Prognostic Nutritional Index	
Skrót	PNI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Mullen J.L., Buzby G.P., Waldman T.G., Gertner M.H., Hobbs C.L., Rosato E.F
	Rok publikacji	1979
	Źródło	Mullen J.L., Buzby G.P., Waldman T.G., Gertner M.H., Hobbs C.L., Rosato E.F. Prediction of Operative Morbidity and Mortality by Preoperative Nutritional Assessment. <i>Surg. Forum</i> . 1979;30:80–82
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Wskaźnik oceny ryzyka niedożywienia
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	
	Struktura skali	
	Orientacyjny czas badania	
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>W badaniu oceniającym wpływ wartości indeksu PNI wykazano, że wysoki indeks wpływa korzystnie na długość przeżycia chorych i jest niezależnym statystycznie parametrem [Sun i wsp. 2017]</p> <p>U chorych poddanych zabiegom paliatywnym częściej obserwuje się powikłania pooperacyjne przy niskich wartościach PNI [Nie i wsp. 2016]</p>

## Dietetyka

		Autorzy stwierdzają, że ocena indeksu PNI jest zarówno prosta jak i tania, zaś wynik badania ma wpływ na określenie rokowania co do przeżycia, powikłań i wznowy miejscowej chorych [Kanda i wsp. 2016]
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	
	Miejsce badanych	Pacjenci hospitalizowani
	Stan badanych	Pacjenci chirurgiczni
	Sytuacje	
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Ocena stanu odżywienia powinna być przez wykwalifikowany personel medyczny tj. lekarza (przyjmującego chorego do szpitala lub prowadzącego leczenie) oraz członka Zespołu Żywnościowego – dietetyka lub pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Wartość graniczna, dzieląca PNI na wysoki i niski wynosi 45 (PNI wysoki > 45, PNI niski < 45).	
Formularz skali/ kwestionariusz		
$PNI = 10x \text{ (poziom albumin w surowicy krwi w g/dL)} + 0.005x \text{ (całkowita ilość limfocytów w mm)}$		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sun J. i wsp.: Value of the prognostic nutritional index in advanced gastric cancer treated with preoperative chemotherapy. <i>J Surg Res</i> 2017;209:37-44;</li> <li>2. Nie R. i wsp.: Prognostic nutritional index is an independent prognostic factor for gastric cancer patients with peritoneal dissemination. <i>Chin J Cancer Res</i> 2016;28:570-578;</li> <li>3. Kanda M. i wsp.: Nutritional predictors for postoperative short-term and long-term outcomes of patients with gastric cancer. <i>Medicine</i> 2016;95:24(1-8);</li> <li>4. Mullen J.L., Buzby G.P., Waldman T.G., Gertner M.H., Hobbs C.L., Rosato E.F. Prediction of Operative Morbidity and Mortality by Preoperative Nutritional Assessment. <i>Surg. Forum</i>. 1979;30:80–82</li> <li>5. Bullock AF, Greenley SL, McKenzie GAG, Paton LW, Johnson MJ. Relationship between markers of malnutrition and clinical outcomes in older adults with cancer: systematic review, narrative synthesis and meta-analysis. <i>Eur J Clin Nutr</i>. 2020 Nov;74(11):1519-1535.</li> <li>6. Mirili C, Yılmaz A, Demirkan S, Bilici M, Basol Tekin S. Clinical significance of prognostic nutritional index (PNI) in malignant melanoma. <i>Int J Clin Oncol</i>. 2019 Oct;24(10):1301-1310.</li> <li>7. Wang Z, Zhao L, He S. Prognostic nutritional index and the risk of mortality in patients with hypertrophic cardiomyopathy. <i>Int J Cardiol</i>. 2021 May 15;331:152-157.</li> <li>8. Ge K, Fang C, Zhu D, Yan H, Wang Q, Chen W, Wu J. The Prognostic Value of the Prognostic Nutritional Index (PNI) in Radically Resected Esophagogastric Junction Adenocarcinoma. <i>Nutr Cancer</i>. 2021;73(11-12):2589-2596.</li> <li>9. Zhang Q, Bao J, Zhu ZY, Jin MX. Prognostic nutritional index as a prognostic factor in lung cancer patients receiving chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. <i>Eur Rev Med Pharmacol Sci</i>. 2021 Sep;25(18):5636-5652</li> <li>10. Kim SI, Kim SJ, Kim SJ, Cho DS. Prognostic nutritional index and prognosis in renal cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. <i>Urol Oncol</i>. 2021 Oct;39(10):623-630.</li> </ol>

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

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.1. Natychmiastowa ocena stanu odżywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Instant nutritional assessment (INA, 1979)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Seltzer M.H., Bastidas J.A., Cooper D.M., Engler P., Slocum B., Fletcher H.S.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie bierze pod uwagę poziom albumin w surowicy i całkowita liczba limfocytów.  Stosowany w chirurgii, onkologii, u pacjentów z chorobami wątroby i trzustki.
Źródło bibliograficzne	Seltzer M.H., Bastidas J.A., Cooper D.M., Engler P., Slocum B., Fletcher H.S. Instant Nutritional Assessment. <i>J. Parenter. Enter. Nutr.</i> 1979;3:157–159.
Przykład 2.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.2. Lista kontrolna inicjatywy badań żywieniowych</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional screening initiative checklist (DETERMINE, 1994)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Dwyer J.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Kwestionariusz dotyczący dobrego samopoczucia żywieniowego stosowany u osób w wieku podeszłym.
Źródło bibliograficzne	Dwyer J. Strategies to Detect and Prevent Malnutrition in the Elderly; the Nutrition Screening Initiative. <i>Nutr. Today.</i> 1994;29:14–24.
Przykład 3.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.3. Ocena ryzyka dla jedzenia i odżywiania</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN, 2000).
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Keller H., Hedley M., Brownlee S.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala bierze pod uwagę: Czynniki wpływające na spożycie pokarmu, dostęp do pokarmu, czynniki społeczne, antropometria, spożycie. Stosowana u osób w wieku podeszłym.
Źródło bibliograficzne	Keller H., Hedley M., Brownlee S. The Development of Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN) <i>Can. J. Diet. Pract. Res.</i> 2000;61:67–72.



<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.4. Wskaźnik stanu zapalnego niedożywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition inflammatory score (MIS, 2001)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphreys M.H.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Metoda SGA w połączeniu z BMI, albuminą surowicy i TIBC w surowicy stosowana u pacjentów dializowanych.
Źródło bibliograficzne	Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphreys M.H. A Malnutrition-Inflammation Score Is Correlated with Morbidity and Mortality in Maintenance Hemodialysis Patients. <i>Am. J. Kidney Dis.</i> 2001;38:1251–1263.
<b>Przykład 5</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.5. Ocena żywieniowa Szpitala Uniwersyteckiego w South Manchester</b>
Nazwa skali w języku angielskim	South Manchester University Hospitals nutritional Assessment Score (2001)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Burden S.T., Bodey S., Bradburn Y.J., Murdoch S., Thompson A.L., Sim J.M., Sowerbutts A.M.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Wiek, stan psychiczny, waga, spożycie, zdolność do jedzenia, stan zdrowia i czynność jelit. Stosowana wśród wszystkich pacjentów hospitalizowanych
Źródło bibliograficzne	Burden S.T., Bodey S., Bradburn Y.J., Murdoch S., Thompson A.L., Sim J.M., Sowerbutts A.M. Validation of a Nutrition Screening Tool: Testing the Reliability and Validity. <i>J. Hum. Nutr. Diet.</i> 2001;14:269–275.
<b>Przykład 6</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.6. Kontrolowanie stanu odżywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Controlling nutritional status (CONUT, 2002)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	De Ulibarri Perez J.I., Giménez A.G.M., Pérez P.G., Fernandez G., Salvanés F.R., Estrada A.M.A., Diaz A., Travé T.D., Romero C.D., Sánchez P.H., et al.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Dane laboratoryjne (albumina surowicy, cholesterol, całkowita liczba limfocytów i hematokryt). Stosowana u wszystkich pacjentów hospitalizowanych.
Źródło bibliograficzne	De Ulibarri Perez J.I., Giménez A.G.M., Pérez P.G., Fernandez G., Salvanés F.R., Estrada A.M.A., Diaz A., Travé T.D., Romero C.D., Sánchez P.H., et al. New Procedure for the Early Detection and Control of Under-Nourishment in Hospitals. <i>Nutr. Hosp.</i> 2002;17:179–188.

<b>Przykład 7</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.7. Brytyjskie narzędzie do badania żywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	British nutrition screening tool (NST) 2004
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Weekes E., Marinos E., Peter E.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Waga, wzrost, niedawna niezamierzona utrata wagi i apetyt Stosowana u wszystkich pacjentów hospitalizowanych.
Źródło bibliograficzne	Weekes E., Marinos E., Peter E. The Development, Validation and Reliability of a Nutrition Screening Tool Based on the Recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) <i>Clin. Nutr.</i> 2004;23:1104–1112.
<b>Przykład 8</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.8. Geriatryczny Indeks Ryzyka Żywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI, 2005)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Bouillanne O., Morineau G., Dupont C., Coulombel I., Vincent J.-P., Nicolis I., Benazeth S., Cynober L., Aussel C.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Poziom albumin w surowicy krwi, aktualna masa ciała w porównaniu do należnej masy ciała. Stosowana u pacjentów w wieku podeszłym
Źródło bibliograficzne	Bouillanne O., Morineau G., Dupont C., Coulombel I., Vincent J.-P., Nicolis I., Benazeth S., Cynober L., Aussel C. Geriatric Nutritional Risk Index: A New Index for Evaluating at-Risk Elderly Medical Patients. <i>Am. J. Clin. Nutr.</i> 2005;82:777–783.
<b>Przykład 9</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.9. Kanadyjskie narzędzie do badania stanu żywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Canadian Nutrition Screening Tool (CNST, 2015)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Laporte M., Keller H.H., Payette H., Allard J.P., Duerksen D.R., Bernier P., Jeejeebhoy K., Gramlich L., Davidson B., Vesnaver E., et al.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Utrata masy ciała, zmniejszone spożycie pokarmu, wskaźnik masy ciała (BMI) Stosowana u pacjentów hospitalizowanych.
Źródło bibliograficzne	Laporte M., Keller H.H., Payette H., Allard J.P., Duerksen D.R., Bernier P., Jeejeebhoy K., Gramlich L., Davidson B., Vesnaver E., et al. Validity and Reliability of the New Canadian Nutrition Screening Tool in the “Real-World” Hospital Setting. <i>Eur. J. Clin. Nutr.</i> 2015;69:558–564.

<b>Przykład 10</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.10. Narzędzie do badań przesiewowych Royal Marsden Nutrition</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST, 2015)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Shaw C., Fleuret C., Pickard J.M., Mohammed K., Black G., Wedlake L.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy, spożycie pokarmu mniejsze niż 50% normalnego w ciągu ostatnich 5 dni, objawy wpływające na spożycie Stosowana u pacjentów z nowotworem.
Źródło bibliograficzne	Shaw C., Fleuret C., Pickard J.M., Mohammed K., Black G., Wedlake L. Comparison of a Novel, Simple Nutrition Screening Tool for Adult Oncology Inpatients and the Malnutrition Screening Tool (MST) against the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) <i>Supportive Care Cancer</i> . 2015;23:47–54.
<b>Przykład 11</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.11. Program walidacji jedzenia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Eating Validation Scheme (EVS, 2013)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Beck A.M., Beermann T., Kjær S., Rasmussen H.H
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę nawyki żywieniowe. Wykorzystuje się ją u osób w podeszłym wieku w podstawowej opiece zdrowotnej.
Źródło bibliograficzne	Beck A.M., Beermann T., Kjær S., Rasmussen H.H. Ability of Different Screening Tools to Predict Positive Effect on Nutritional Intervention among the Elderly in Primary Health Care. <i>Nutrition</i> . 2013;29:993–999.
<b>Przykład 12</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.12. Narzędzie ryzyka zapalenia niedożywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT, 2016)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Jansen I., Prager M., Valentini L., Büning C.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę BMI, utrata masy ciała, CRP. Wykorzystuje się ją u osób z chorobami zapalnymi jelit.
Źródło bibliograficzne	Jansen I., Prager M., Valentini L., Büning C. Inflammation-Driven Malnutrition: A New Screening Tool Predicts Outcome in Crohn's Disease. <i>Br. J. Nutr.</i> 2016;116:1061–1067.

Przykład 13	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.13.</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease Nutrition Risk Tool (SaskIBD-NRT, 2018)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Haskey N., Peña-Sánchez J.N., Jones J.L., Fowler S.A.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: utratę masy ciała, objawy żołądkowo-jelitowe, anoreksja, ograniczenie przyjmowania pokarmów. Wykorzystuje się ją u osób z chorobami zapalnymi jelit.
Źródło bibliograficzne	Haskey N., Peña-Sánchez J.N., Jones J.L., Fowler S.A. Development of a Screening Tool to Detect Nutrition Risk in Patients with Inflammatory Bowel Disease. <i>Asia Pac. J. Clin. Nutr.</i> 2018;27:756–762.
Przykład 14	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.B.14. Badanie przesiewowe chorób zapalnych jelit</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Nutritional Screening inflammatory bowel diseases (NS-IBD, 2021)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Fiorindi C., Dragoni G., Scaringi S., Staderini F., Nannoni A., Ficari F., Giudici F.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Aspekty brane pod uwagę: BMI, niezamierzona utrata masy ciała, objawy żołądkowo-jelitowe, operacja IBD. Wykorzystuje się ją u osób z chorobami zapalnymi jelit.
Źródło bibliograficzne	Fiorindi C., Dragoni G., Scaringi S., Staderini F., Nannoni A., Ficari F., Giudici F. Relationship between Nutritional Screening Tools and Glim in Complicated IBD Requiring Surgery. <i>Nutrients.</i> 2021;13:3899.

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

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.C.1. Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Nutritional Risk Screening 2002
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Dr Jens Kondrup
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	W przypadku skali NRS 2002 oceny dokonuje się w kilku etapach obejmując ryzyko niedożywienia, skalę ciężkości choroby oraz przesiew wstępny i końcowy
Źródło bibliograficzne	Kondrup J., Rasmussen HH., Homberg O., Stanga Z., Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. <i>Clin Nutr.</i> 2003;22(3): 321-336

## Dietetyka

<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.1.C.2. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Subjective Global Assessment
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Detsky i wsp.
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Łączy w sobie trzy elementy: wywiad, badanie fizykalne oraz subiektywną, globalną ocenę stanu odżywienia. Wywiad zawiera pytania dotyczące zmian masy ciała i w przyjmowaniu pokarmów, dolegliwości dyspeptycznych, wydolności w zakresie codziennego funkcjonowania oraz schorzeń współistniejących. W badaniu fizykalnym oceniany jest natomiast stopień zaawansowania następujących zmian: utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej, zanik mięśni (czworogłowy, naramienny), obrzęk nad kością krzyżową i kostek oraz wodobrzusze
Źródło bibliograficzne	Baker J.P., Detsky A.S., Wesson D.E., Wolman S.L., Stewart S., Whitewell J., Langer B., Jeejeebhoy K.N. A Comparison of Clinical Judgment and Objective Measurements. <i>N. Engl. J. Med.</i> 1982;306:969–972..

## IV.2. Zarządzanie w pielęgniarstwie

*Beata Wieczorek-Wójcik<sup>1</sup>, Aleksandra Gaworska-Krzemińska<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Uniwersytet Pomorski w Słupsku, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Akademia Pomorska w Słupsku*

<sup>2</sup> *Gdański Uniwersytet Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie*

### IV. 2. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- IV. 2 . A. 1. Skala pomiaru obciążenia pracą na poziomie OIOM (NEMS)
- IV. 2 . A. 2. Skala czynności pielęgniarzkich (NAS)
- IV. 2 . A. 3. Kwestionariusz niedostarczonej opieki (PIRNCA)
- IV. 2 . A. 4. Skala zadowolenia z pielęgnacji (NEWCASTLE – NSNS)
- IV. 2 . A. 5. Kwestionariusz postaw bezpieczeństwa – polska adaptacja (SAQ-SF-PL)
- IV. 2 . A. 6. Kwestionariusz do oceny pominiętej opieki (BERNCA)
- IV. 2 . A. 7. Kwestionariusz do pomiaru mobbingu w miejscu pracy (NAQ-R)

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

- IV. 2. B. 1. Nurses Occupational Stressor Scale (NOSS)
- IV. 2. B. 2. Survey The Missed Nursing Care Survey (MISSCARE)
- IV. 2. B. 3. CLeeNA
- IV. 2. B. 4. Global Trigger Tool (IHI)
- IV. 2. B. 5. NPC Scale Short Form
- IV. 2. B. 6. The Connor-Davidson Resilience (CD-RISC)
- IV. 2. B. 7. Intensive Care Unit Nurse-Physician Questionnaire (ICU-NPQ)
- IV. 2. B. 8. Critical Care Nursing Competence Questionnaire for Patient Safety (C3Q-Safety)
- IV. 2. B. 9. Healthy Work Environment Assessment Tool (AACN HWEAT)
- IV. 2. B. 10. Workload Assessment of Nurses on Emergency (WANE)
- IV. 2. B. 11. Safer Nursing Care Tool (SNCT)

- IV. 2. B. 12. Nurse Operation Workload (NOW)
- IV. 2. B. 13. The Revised Nursing Work Index (NWI-EO)
- IV. 2. B. 14. Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL)
- IV. 2. B. 15. Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist

#### IV .2. C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

- IV. 2. C. 1. BOHIPSZPO
- IV. 2. C. 2. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)
- IV. 2. C. 3. Skala Oceny Bezpieczeństwa Farmakoterapii (NURIPH)
- IV. 2. C. 4. Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag
- IV. 2. C. 5. Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy (PWP)

## IV.2.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.A.1. Skala pomiaru obciążenia pracą na poziomie OIOM</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Nine equivalents of nursing manpower use score	
Skrót	NEMS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	<u>Miranda Dinis Rejs, Moreno Rui, G. Lapichino</u>
	Rok publikacji	1997
	Źródło	Miranda DR, Moreno R, Iapichino G (1997). Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Med 23(7): 760–765. DOI: 10.1007/s001340050406.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	D.Dyk i E.Cudak-Kasprzak
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Cudak–Bańska E., Dyk D., Zadroga M., Krysiak I., Gabryszak M. Ilościowa ocena obciążenia pracą pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii z użyciem skal TISS-28 (Therapeutic Intervention Simplified Scoring System - 28) i NEMS (Nine Equivalent of Nursing Manpower Score). Medycyna Intensywna i Ratunkowa. 2005; 8 (3): 137-143
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	NEMS jest indeksem terapeutycznym do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek. Skala opracowana w 1997r. wywodzi się z TISS i TISS28. Zawiera pozycje związane ze specyficznym wsparciem narządów, interwencjami pielęgniarskimi i diagnostycznymi / terapeutycznymi na OIOM lub poza nim. Skala obejmuje dziewięć zakresów: podstawowy monitoring (co godzinny pomiar parametrów życiowych, obliczanie bilansu płynów, leczenie dożylnie podstawowymi lekami, mechaniczne wspomaganie oddychania, dodatkowa terapia oddechu, terapia naczyniowa, leczenie nerkozastępcze, wybrane specyficzne interwencje, którym poddawani są pacjenci na oddziale intensywnej terapii i poza nim. Wstępna adaptacja skali NEMS do polskich warunków przeprowadzona została w 2005r.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Skala zawiera dziewięć pozycji związanych ze specyficznym wsparciem narządów, interwencjami pielęgniarskimi i diagnostycznymi / terapeutycznymi na OIOM lub poza nim.
	Orientacyjny czas badania	15 min.



## Zarządzanie w pielęgniarstwie

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Zastosowanie NEMS jest wskazane do: a) wielośrodkowych badań na OIOM; b) makro oceny zarządzania w OIOM i porównywania obciążenia pracą na poziomie OIOM; c) przewidywania obciążenia pracą i planowania przydziału personelu pielęgniarzkiego na poszczególnych pacjentów[1,2]. Skala wykorzystywana do oceny zapotrzebowania na pielęgniarki [3] oraz oszacowania wydajności zasobów pielęgnacyjnych takich jak: wskaźnik wykorzystania pracy, poziom opieki operacyjnej i planowanej [4,5]. Skala ma również zastosowanie do oceny zależności między ciężkością stanu pacjentów, a kosztami personelu pielęgniarzkiego na oddziałach intensywnej terapii [6]. Potwierdzono również zasadność zastosowania skali do modelowania przepływu pacjentów z oddziału intensywnej terapii do innych oddziałów i zabezpieczenia odpowiedniej liczby łóżek oddziałowych [7]. Narzędzie NEMS jest również wykorzystywane do porównywania obciążenia pracą i zapotrzebowania na opiekę w oddziałach intensywnej terapii z innymi narzędziami np. TISS 28 [8]. W Polsce narzędzie wykorzystywano do oceny zapotrzebowania na opiekę pacjentów (w tym geriatrycznych) hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii [9,10].										
Rekomendacje zastosowania skali	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wiek badanych</td> <td style="width: 50%;">dorośli</td> </tr> <tr> <td>Miejsce badanych</td> <td>szpital, oddziały intensywnej terapii</td> </tr> <tr> <td>Stan badanych</td> <td>pacjenci wymagający intensywnej terapii</td> </tr> <tr> <td>Sytuacje</td> <td>ocena obciążenia pracą pielęgniarek</td> </tr> <tr> <td>Inne</td> <td></td> </tr> </table>	Wiek badanych	dorośli	Miejsce badanych	szpital, oddziały intensywnej terapii	Stan badanych	pacjenci wymagający intensywnej terapii	Sytuacje	ocena obciążenia pracą pielęgniarek	Inne		
Wiek badanych	dorośli											
Miejsce badanych	szpital, oddziały intensywnej terapii											
Stan badanych	pacjenci wymagający intensywnej terapii											
Sytuacje	ocena obciążenia pracą pielęgniarek											
Inne												
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, studenci studiów pielęgniarzskich II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania											
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Skala jest dalej walidowana przez polskich autorów (E.Cudak-Kasprzak, D.Dyk), należy się z nimi kontaktować.											
Klucz do skali/interpretacja wyników	Instrukcja wypełniania formularzy skali NEMS dla poszczególnych punktów w tabeli: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotyczy każdego pacjenta.</li> <li>2. Dotyczy każdego pacjenta.</li> <li>3. Dotyczy każdego pacjenta w 1. dobie po zabiegu, a w następnych w zależności od stanu pacjenta.</li> <li>4. Dotyczy każdego pacjenta.</li> <li>5. Dotyczy niektórych pacjentów, najczęściej jednak chory mieści się w kategorii punktu 6, który wyklucza punkt 5.</li> <li>6. Dotyczy większości pacjentów.</li> <li>7. Hemodializa, dializa otrzewnowa, hemofiltracja, wlew furosemidu.</li> <li>8. Do czynności zamieszczonych w opisie należy dołączyć kontrapulsację wewnątrzaoortalną, (IABP), cewnik Swan-Ganza, reanimację. Do nagłych zabiegów zalicza się retorakotomię, ponowne zeszywanie mostka, chirurgiczne usunięcie balonu do kontrapulsacji, tracheotomię, laparotomię.</li> <li>9. Dotyczy wyjazdu do zakładu hemodynamiki w celu wykonania badania tomografii komputerowej lub biopsji serca.</li> </ol> Pacjent może maksymalnie uzyskać 63 punkty, natomiast maksymalne obciążenie pielęgniarki na podstawie skali NEMS powinno wynosić 46 punktów [5]. Obciążenie											

	oszacowane na podstawie tej skali notowano dla każdego chorego pod koniec zmiany pielęgniarskiej dziennej i nocnej. Każdego dnia sumowano liczbę punktów dla danego pacjenta i jednocześnie dla wszystkich chorych, a następnie dzielono tę liczbę przez liczbę pielęgniarek pracujących na danym dyżurze. Uzyskana w ten sposób liczba punktów wskazywała nakład pracy pielęgniarek na poszczególnych dyżurach [9].			
<b>Formularz skali</b>				
<b>Tabela 1. Skala NEMS (Nine equivalents of nursing manpower use score)</b>				
Lp.	Pozycja skali	Liczba punktów	Dyżur ranny (dzienny)	Dyżur nocny
1	Monitorowanie podstawowe: pomiar parametrów życiowych co godzinę, obliczanie bilansu płynowego	9		
2	Leczenie lekami podawanymi drogą dożylną: w postaci pojedynczej iniekcji lub wlewu ciągłego; pozycja ta nie obejmuje podawania leków naczynioaktywnych	6		
3	Mechaniczne wspomaganie oddechu: wszystkie formy mechanicznej wentylacji kontrolowanej/wspomaganej, z zastosowaniem leków zwiotczających mięśnie lub bez ich stosowania	12		
4	Dodatkowa terapia oddechowa: oddech spontaniczny przez rurkę dotchawiczą, tlenoterapia bierna (oprócz procedur w pkt 3)	3		
5	Leczenie pojedynczym lekiem naczynioaktywnym: każdy rodzaj leku naczynioaktywnego	7		
6	Leczenie przy użyciu kilku leków naczynioaktywnych: więcej niż jeden lek naczynioaktywny (w jakiegokolwiek dawce)	12		
7	Zastosowanie technik dializacyjnych: wszystkie rodzaje technik	6		
8	Interwencje specyficzne na oddziale intensywnej terapii: intubacja dotchawicza, elektryczna stymulacja serca, endoskopia, nagły zabieg operacyjny wykonany w ciągu ostatnich 24 godzin, płukanie żołądka. Do tej pozycji nie są zaliczane rutynowe procedury, takie jak: wykonanie RTG, echokardiografia, elektrokardiografia, zmiana opatrunków, linia tętnicza lub żylna	5		
9	Specyficzne interwencje poza oddziałem intensywnej terapii: zabiegi operacyjne lub procedury diagnostyczne, wykonanie zabiegów lub procedur diagnostycznych; wiąże się to z ciężkością choroby pacjentów oddziału intensywnej terapii i wymaga zwiększonego nakładu pracy personelu	6		
Suma:				

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Miranda DR, Moreno R, Iapichino G (1997). Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). <i>Intensive Care Med</i> 23(7): 760–765. Dostępny w Internecie: <a href="http://DOI: 10.1007/s001340050406">http://DOI: 10.1007/s001340050406</a>. Dostęp 16.10.2022</li> <li>Vuković, Lj. Assessment of Nurses' Workload in Intensive Care Unit by Use of Scoring Systems. <i>Croatian Nursing Journal</i> [serial online]. 2020; 4 (1), 59-71. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.hrcaak.srce.hr/file/347226/">https://www.hrcaak.srce.hr/file/347226/</a> Dostęp: 7.10.2022.</li> <li>Carmona-Monge FJ, Rollán Rodríguez GM, Quirós Herranz C, García Gómez S, Marín-Morales D. Evaluation of the nursing workload through the nine equivalents for nursing manpower use scale and the nursing activities score: A prospective correlation study, <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> [serial online]. 2013, 29/4: 228-233 Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713000244">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713000244</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>Valls-Matarín, J., Salamero-Amorós, M., &amp; Roldán-Gil, C. (2015). Analysis of the workload and the use of the nursing resources in an intensive care unit. <i>Enfermería intensiva</i>, 26(2), 72-81. Dostępny w Internecie: <a href="https://europepmc.org/article/med/25882964">https://europepmc.org/article/med/25882964</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>Moreno R, Miranda DR. Nursing Staff in Intensive Care in Europe: The Mismatch Between Planning and Practice. <i>Clinical Investigations in Critical Care</i> [serial online]. 1998, 3: 752-758. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369216338521">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369216338521</a> Dostęp: 7.10.2022</li> <li>Stafseth, S. K., Tønnessen, T. I., &amp; Fagerström, L. (2018). Association between patient classification systems and nurse staffing costs in intensive care units: An exploratory study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 45, 78-84. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717301544">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717301544</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>Rodrigues FF, Zaric GS, Stanford DA. Discrete event simulation model for planning Level 2 “step-down” bed needs using NEMS, <i>Operations Research for Health Care</i> [serial online]. 2018, 17: 42-54 Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211692316301564">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211692316301564</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>Dayane K, Velozo S, Ramos Garcia PC, Piva JP, Fiori HH, Cabral DD, Einloft PR, Bruno F, Tonial CT, Drumond Costa CA, Simone Travi Canabarro ST. Scores TISS-28 versus NEMS to size the nursing team in a pediatric intensive care unit Escores TISS-28 versus NEMS para dimensionar a equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. <i>einstein</i> [serial online]. 2017;15(4):470-5 Dostępny w Internecie: <a href="https://www.scielo.br/j/eins/a/NCZkzGD3dQpNMmgqDH6GGNb/abstract/?lang=en">https://www.scielo.br/j/eins/a/NCZkzGD3dQpNMmgqDH6GGNb/abstract/?lang=en</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>Cudak E, Dyk D. The assessment of nursing workload in Intensive Care Unit based on the scale „Nine equivalents of nursing manpower use score” (NEMS). <i>Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa</i>. 2007;15(1):7-12.</li> <li>Wysokiński M, Fidecki W, Cieszko K, Wrońska I, Kędzióra-Kornatowska K, Ślusarz R, Kulina D, rian. Demand for nursing care from elderly patients hospitalised in Intensive Care Units, based on the Nine Equivalents of the Nursing Manpower Use Score (NEMS scale) <i>GERONTOLOGIA POLSKA</i> [serial online]. 2015, 2: 47-00. Dostępny w Internecie: <a href="https://pdfs.semanticscholar.org/cde6/65865bad996f9ee6d-2d0a462f7f693489b84.pdf">https://pdfs.semanticscholar.org/cde6/65865bad996f9ee6d-2d0a462f7f693489b84.pdf</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> </ol>

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEGNIASTWIE
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.A.2. Skala czynności pielęgniarstkich</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Nursing Activity Score
Skrót	NAS

Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	<u>Miranda Dinis Reis</u>
	Rok publikacji	2003
	Źródło	Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003). TISS Workigng Group. Therapeutic Intervention Scoring System. <i>Nursing activities score. Crit Care Med</i> , 31(2), 374-82.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Dyk Danuta, Cudak Edyta
	Rok publikacji	2008
	Źródło	Dyk D, Cudak E. (2008). Zastosowanie skali czynności pielęgniariskich (Nursing Activities Score) do planowania obsad pielęgniariskich na oddziałach intensywnej terapii. <i>Anestezjologia i Ratownictwo</i> , 1: 70–75. Cudak E: Analiza wykorzystania czasopracy Personelu pielęgniariskiego na oddziałach intensywnej terapii. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego; 2007.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala NAS-Nursing Activity Score została opracowana w 2003 roku. Wywodzi się z TISS 28. Ma na celu opis czynności pielęgniariskich niekoniecznie skorelowanych z ciężkością choroby. Stanowi narzędzie do oceny prawidłowego wykorzystania zasobów intensywnej terapii. Do listy interwencji terapeutycznych w Systemie Punktacji Interwencji Terapeutycznej-28 dodano łącznie pięć nowych pozycji i 14 podpunktów opisujących czynności pielęgnacyjne na oddziale intensywnej terapii (m.in. monitorowanie, opieka nad bliskimi, zadania administracyjne).
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Skala zawiera 23 pozycje główne oraz podskale. Każdemu jest przydzielona wartość punktowa. Sumę oblicza się wg. instrukcji.
	Orientacyjny czas badania	15 min.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala wykorzystywana do oceny obciążenia pracą pielęgniarek w przypadku procedur tradycyjnych i wykonywanych metoda małoinwazyjną [1]. Ma również zastosowanie do oceny występowania niedostarczonej opieki (missed care) [2]. Narzędzie jest wykorzystywane do poszukiwania związków między obciążeniem pracą a występowaniem powikłań u krytycznie chorych pacjentów, w tym odleżyn [3] czy zakażeń szpitalnych [4]. Skala czynności pielęgniariskich (NAS) została opracowana w wyniku modyfikacji systemu punktacji interwencji terapeutycznych-28 (TISS-28). Badania wskazują, że NAS jako narzędzie do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek na OIOM jest dwa razy skuteczniejsze w pomiarze czasu opieki nad krytycznie chorymi pacjentami, niż TISS-28 [5]. Narzędzie wykorzystywane jest do oceny wpływu obciążenia pracą na śmiertelność

## Zarządzanie w pielęgniarstwie

		w oddziałach intensywnej terapii [6] oraz na powtórne, nieplanowe hospitalizacje [7]. Skala (NAS) jest szeroko stosowanym narzędziem do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek. Skutecznie oddaje czas realizacji opieki w oddziałach intensywnej opieki medycznej (OIOM); jest powszechnie walidowana do stosowania [9]. Dzięki szacowaniu obciążenia pracą i liczby wykonywanych czynności przez pielęgniarki służy również do oceny wskaźnika pacjent-pielęgniarka [9]. Weryfikacji skuteczności pomiaru obciążenia pracą za pomocą NAS dokonywano z uwzględnieniem innych narzędzi, np. skali Bradena [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli
	Miejsce badanych	szpital, oddziały intensywnej terapii
	Stan badanych	pacjenci hospitalizowani w oddziałach intensywnej terapii
	Sytuacje	ocena obciążenia pracą i zapotrzebowania na opiekę
	Inne	brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, studenci studiów pielęgniarskich II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Skala jest dalej walidowana przez polskich autorów (D.Dyk, E.Cudak-Kasprzak), należy się z nimi kontaktować.
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Aby obliczyć liczbę pielęgniarek należy notować jakie czynności zostały wykonane w ciągu dyżuru. Skala czynności pielęgniarskich NAS musi być wypełniana dla każdego pacjenta raz na dobę w czasie całego pobytu chorego w oddziale. W momencie sumowania punktacji w odniesieniu do pozycji: 1, 4, 6, 7, 8 należy dodać tylko jedną pozycję danej podskali: a, b, lub c tę, która prezentuje większy nakład pracy w stosunku do całej doby. W pozycjach 1, 4, 6, 7 i 8 można punktować tylko jedną pozycję (a, b lub c). Punktacja reprezentuje procentowy czas spędzony przez jedną pielęgniarkę przy czynności wymienionej w danej pozycji, jeśli została ona wykonana.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zgodnie z instrukcjami podanymi przez autora narzędzia należy wziąć pod uwagę:</li> <li>2. Punkt 2 uwzględnić się wówczas gdy pacjent ma dodatkowe badania laboratoryjne wykonywane poza przyjętym w danym oddziale schematem np. nie uwzględniamy pobieranie próbek krwi do oznaczenia gazometrii krwi tętniczej</li> <li>3. Jeżeli czynności dotyczące fizjoterapii (punkt 11) są wykonywane przez fizjoterapeutów nie wliczamy tego punktu jako czynności pielęgniarskiej</li> <li>4. W odniesieniu do punktu 12 należy wziąć pod uwagę leki o działaniu obkurczającym naczynia krwionośne np. katecholaminy oraz rozszerzającym łożysko naczyniowe np. nitrogliceryna. Zaznaczyć trzeba również to, że leki takie jak np. salbutamol, lignokaina nie są podawane do celów wazodylatoryjnych jednakże uboczne ich efekty mogą wymagać dodatkowego monitoringu, bądź korygowanie tych efektów podawaniem leków naczynioaktywnych.</li> <li>5. W odniesieniu do punktu 19: należy go uwzględnić wówczas kiedy kwasica była korygowana podażą dwuwęglanów nie zaś dostosowaniem parametrów wentylacji mechanicznej czy terapii płynowej</li> <li>6. Żywnienie dożylnie (punkt 20) uwzględnić należy wówczas kiedy pacjent otrzymuje więcej niż 40kcal/dobę</li> <li>7. Włączenie interwencji specyficznych w OIT powinno uwzględnić dodatkowe zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską.</li> </ol>	

	Po zanotowaniu wymienianych czynności należy zsumować punkty (wówczas otrzymamy liczbę punktów na indywidualnego pacjenta). Następnie należy zsumować punktację wszystkich pacjentów w oddziale i podzielić ilość punktów przez liczbę pacjentów w danym dniu badania, co da ilość punktów przypadającą na pacjenta w danej dobie.
Formularz skali	

### Skala czynności pielęgniarskich (NAS)

CZYNNOŚCI PODSTAWOWE		PUNKTACJA
1a	Pomiary parametrów życiowych co godzinę, regularna rejestracja i obliczanie bilansu płynów	4,5
1b	Obecność przy łóżku pacjenta i ciągła obserwacja lub aktywność przez 2 godziny lub dłużej na którejkolwiek zmianie, dla celów bezpieczeństwa, ciężkości przypadku lub terapii takiej jak: nieinwazyjna wentylacja mechaniczna, odstawienie od karmienia, pobudzenie, dezorientacja, pozycja na brzuchu, pobieranie krwi, przygotowanie i podanie płynów, leków, pomoc przy konkretnych czynnościach i procedurach	12,1
1c	Obecność przy łóżku chorego i aktywność przez 4 godziny lub więcej godzin na którymkolwiek z dyżurów dla bezpieczeństwa, ciężkości choroby lub terapii jak wyżej (1b)	19,6
2	Badania laboratoryjne: biochemiczne i mikrobiologiczne	4,3
3	Terapia lekami z wyjątkiem leków wazoaktywnych	5,6
4a	Wykonywanie procedur takich jak: opatrywanie ran, pielęgnacja cewników donaczyniowych, zmiana bielizny pościelowej, toaleta pacjenta (nietrzymanie moczu, wymioty, oparzenia, ciekące rany, złożone opatrunki chirurgiczne połączone z płukaniem) oraz procedury specjalne (pielęgnacja związana z reżimem sanitarnym, powiązana z zakażeniem, porządkowanie sali chorego, higiena personelu)	4,1
4b	Wykonywanie procedur higienicznych zajmowało więcej niż 2 godziny podczas jakiegokolwiek zmiany	16,5
4c	Wykonywanie procedur higienicznych zajmowało więcej niż 4 godziny podczas jakiegokolwiek zmiany	20,0
5	Pielęgnacja drenów z wyjątkiem zgłębnika Żołądkowego	1,8
6	Uaktywnianie pacjenta, zmiana ułożenia pacjenta (obracanie, przenoszenie z łóżka na fotel, podnoszenie zespołowe pacjenta np. w przypadku pacjenta unieruchomionego, z wyciągiem, układanie w pozycji na brzuchu)	
6a	Wykonywanie procedur do 3 razy na dobę	5,5
6b	Wykonywanie procedur więcej niż 3 razy na dobę, lub z dwiema pielęgniarkami, jakkolwiek częstotliwością	12,4
6c	Wykonywanie powyższych procedur z trzema lub więcej pielęgniarkami, przy jakiegokolwiek częstotliwości	17,0
7	Wspieranie i opieka nad krewnymi i pacjentem obejmująca takie procedury jak: telefony, wywiady, porady (często wsparcie i opieka nad krewnymi czy pacjentem pozwala personelowi kontynuowanie innych czynności takich jak komunikowanie podczas czynności higienicznych, czy z rodziną bądź krewnymi podczas obserwacji przy łóżku chorego)	
7a	Wsparcie i opieka nad pacjentem i jego krewnymi wymagającymi pełnego poświęcenia się przez około 1 godzinę na którejkolwiek zmianie (np. wyjaśnienie stanu klinicznego, uporanie się z bólem i ciężkim stanem oraz ciężkimi okolicznościami rodzinnymi)	4,0

Zarządzanie w pielęgniarstwie

7b	Wsparcie i opieka nad pacjentem i jego krewnymi wymagającymi pełnego poświęcenia się przez 3 godziny lub więcej na jakiegokolwiek zmianie w takich przypadkach jak: śmierć, wymagające okoliczności np. duża ilość krewnych, problemy językowe, wrogość, agresja krewnych	32,0
8	Zadania kierownicze i administracyjne	
8a	Wykonywanie zadań rutynowych takich jak przetwarzanie danych klinicznych, zlecenie badań, wymiana informacji np. podczas wizyty	4,2
8b	Wykonywanie zadań administracyjnych wymagających pełnego poświęcenia się przez około 2 godziny na jakiegokolwiek zmianie takich jak: działalność badawcza, procedury przyjęcia w oddział i wypisu z oddziału	23,2
8c	Wykonywanie zadań administracyjnych wymagających pełnego poświęcenia się przez 4 godziny i więcej na jakiegokolwiek zmianie takich jak: śmierć, procedury związane z przygotowaniem do pobrania narządów, współpraca z innymi dyscyplinami medycyny	30,0
9	Terapia oddechowa	
9a	Zastosowanie wentylacji mechanicznej z lub bez dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego, z lub bez zwiotczenia mięśni, oddech spontaniczny z lub bez ciśnienia dodatniego końcowo-wydechowego, z lub bez rurki intubacyjnej, tlenoterapia bierna	1,4
10	Pielęgnowanie sztucznych dróg oddechowych: rurki intubacyjnej bądź tracheotomii	1,8
11	Leczenie wspomagające czynność układu oddechowego: fizjoterapia klatki piersiowej, spirometria, inhalacje, odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego	4,4
	Terapia krążeniowa	
12	Leczenie lekami wazoaktywnymi, bez względu na ich dawkę i rodzaj	1,2
13	Uzupełnianie drogą dożylną dużych strat płynów. Przetaczanie powyżej 3 l/m <sup>2</sup> /dzień, bez względu na rodzaj uzupełnianego płynu	2,5
14	Monitorowanie czynności lewego przedsionka: cewnik tętnicy płucnej z lub bez pomiaru rzutu serca	1,7
15	Resuscytacja po zatrzymaniu krążenia w ciągu ostatnich 24h (pojedyncze uderzenie w klatkę nie jest wliczane do punktacji)	7,1
	Leczenie wspomagające czynność wydalniczą nerek	
16	Hemofiltracja, hemodializa	7,7
17	Pomiar diurezy godzinowej (poprzez założony cewnik)	7,0
	Monitorowanie czynności OUN	
18	Pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ICP)	1,6
	Leczenie zaburzeń metabolicznych	
19	Leczenie powikłań metabolicznych: kwasicy/zasadowicy	1,3
20	żywienie dożylnie	2,8
21	żywienie enteralne; przez sondę lub inną drogą (np. przez jejunosomię)	1,3
	Czynności specyficzne	
22	Pojedyncza inna czynność (czynności) interwencyjna w OIT: intubacja dotchawicza, elektryczna stymulacja serca, kardiowersja, endoskopia, nagły zabieg w czasie ostatniej doby, płukanie Żołądka. Rutynowe czynności bez wpływu na kliniczny stan pacjenta rtg, echokardiografia, EKG. Nie dotyczy zakładania cewników żylnych i tętniczych oraz zmiany opatrunków	2,8
23	Specyficzne czynności wykonywane poza OIT: procedury diagnostyczne lub chirurgiczne	1,9
SUMA ZDOBYTYCH PUNKTÓW		

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krupa S, Ozga D, Kolowca M, Widenka K. Effect of the 'Enhanced Recovery After Surgery Protocol' on the workload of nurses in cardiac patients. Journal homepage: <a href="http://kont.zsf.jcu.cz">http://kont.zsf.jcu.cz</a> [serial online]. 2020: 1212-4117. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.researchgate.net/profile/Sabina-Krupa/publication/343809365_Effect_of_the_'Enhanced_Recovery_After_Surgery_Protocol'_on_the_workload_of_nurses_in_cardiac_patients/links/5f40bcb6a6fdcccc43e528a2/Effect-of-the-Enhanced-Recovery-After-Surgery-Protocol-on-the-workload-of-nurses-in-cardiac-patients.pdf">https://www.researchgate.net/profile/Sabina-Krupa/publication/343809365_Effect_of_the_'Enhanced_Recovery_After_Surgery_Protocol'_on_the_workload_of_nurses_in_cardiac_patients/links/5f40bcb6a6fdcccc43e528a2/Effect-of-the-Enhanced-Recovery-After-Surgery-Protocol-on-the-workload-of-nurses-in-cardiac-patients.pdf</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>2. Jones TJ, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. International Journal of Nursing Studies [serial online]. 2015; 52 (6): 1121-1137. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000589">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000589</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>3. Mariana F Cremasco, MF, SV Wenzel, F, Zanei, SV, Whitaker IY.: Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. Journal of Clinical Nursing [serial online]. 2013, 22:15-16. Dostępny w Internecie: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2012.04216.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2012.04216.x</a> Dostęp: 7.10.2022.</li> <li>4. Daud-Gallotti RM, Costa SF, Guimarães, T, Padilha, KG, Inoue, EN, Vasconcelos TN, Cunha Rodrigues FS, Vasconcelos Barbosa E, Barcelos Figueiredo W, Levin AS. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. PLOS ONE [serial online]. 2012, 27 Dostępny w Internecie: <a href="https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0052342">https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0052342</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>5. Gonçalves LA, Padilha KG, Cardoso Sousa RM. Nursing activities score (NAS): A proposal for practical application in intensive care units. Intensive and Critical Care Nursing [serial online]. 2007, 23(6): 355-361. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433970700047X">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433970700047X</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>6. Faso, G.; Patsiou, E.C.; Stavropoulou, A.; Kaba, E.; Papageorgiou, D.; Toylia, G.; Goula, A.; Kelesi, M. Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units (ICU) Using the Nursing Activities Score (NAS) Scale. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2021, 18, 79. Dostępny w Internecie: <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph18010079">https://doi.org/10.3390/ijerph18010079</a> Dostęp: 17.10.2022</li> <li>7. Haruna, J.; Masuda, Y.; Tatsumi, H.; Sonoda, T. Nursing Activities Score at Discharge from the Intensive Care Unit Is Associated with Unplanned Readmission to the Intensive Care Unit. <i>J. Clin. Med.</i> 2022, 11, 5203. Dostępny w Internecie: <a href="https://doi.org/10.3390/jcm11175203">https://doi.org/10.3390/jcm11175203</a> Dostęp: 17.10.2022</li> <li>8. Joanie L; Frédéric D; Machado OE; Clémence D; Julie H; Cecilia GM Validation of the French-Canadian version of the Nursing Activities Score. Canadian Journal of Critical Care Nursing [serial online]. 2020, 31(3): 12-22. 11. Dostępny w Internecie: <a href="http://EBSCOhost 149993981 Validation%20of%20the%20French-Canadian%20version%20of%20the%20Nursing%20Activities%20Score">http://EBSCOhost   149993981   Validation of the French-Canadian version of the Nursing Activities Score.</a> Dostęp: 16.10.2022</li> <li>9. Bruyneel A, Tack J, Droguet M, Maes J, Wittebole X, Miranda DR, Pierdomenico LD. Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium, Journal of Critical Care [serial online]. 2019, 54:205-211 Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944119306161">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944119306161</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>10. Lucchini A, de Felippis C, Elli S, Schifano L, Rolla F, Pegoraro F, Fumagalli R. Nursing Activities Score (NAS): 5 Years of experience in the intensive care units of an Italian University hospital, Intensive and Critical Care Nursing [serial on line]. 2014, 30(3): 152-158. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713001134">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713001134</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> </ol>



Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.A.3. Kwestionariusz niedostarczonej opieki</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Perceived Implicit Rationing of Nursing Care	
Skrót	PIRNCA	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Terry L Jones
	Rok publikacji	2014
	Źródło	Jones TL. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) Instrument. Nursing Forum independent voice for Nursing [service online]. 2014, 48(2): 77-87. Dostępny w Internecie: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12076">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12076</a> Dostęp: 16.10.2022.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Izabela Uchmanowicz, Aleksandra Kołtuniuk, Agnieszka Młynarska, Katarzyna Łagoda, Joanna Rosinczuk, Terry L Jones
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Uchmanowicz, I.; Kołtuniuk, A.; Młynarska, A.; Łagoda, K.; Witeczak, I.; Rosińczuk, J.; Jones, T. Polish adaptation and validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) questionnaire: A cross-sectional validation study. <i>BMJ Open</i> 2020, 10: e031994.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Ocena zakresu minimalizacji i pomijania opieki pielęgniarstwiej oraz czynników wpływających na racjonowanie opieki.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Kwestionariusz PIRNCA składa się z 31 opisów czynności pielęgniarstwiej, które respondenci oceniają jako niekompletne z powodu niewystarczających zasobów (tj. personel lub niedobory czasu) podczas ostatnich siedmiu dni. Każdy element w kwestionariuszu PIRNCA jest w skali 0–3, gdzie 0 to „nigdy”, 1 to „rzadko”, 2 to „czasami”, a trzy to „często”, a wynik całkowity, czyli ocena wskaźnika racjonowania opieki, jest średnią z oceny. Jeśli pacjenci przydzieleni do pielęgniarki podczas tych siedmiu dni nie wymagali odpowiedniej czynności, respondent powinien oznaczyć „nie dotyczy”. Ostateczny wynik PIRNCA to średni wynik dla wszystkich pytań, z wyłączeniem pytań oznaczonych jako „nie dotyczy”. Tak więc całkowity wynik waha się od 0 do 3 i może być interpretowany w następujący sposób: wyższe wyniki wskazują na bardziej ukryte racjonowanie opieki pielęgniarstwiej. Kwestionariusz zawiera również dwa dodatkowe pytania. Jedno dotyczy dokonywanej przez pielęgniarki oceny opieki nad pacjentem. Pytanie to jest punktowane od 1 do 10 przy użyciu skali typu Likerta, gdzie 1 wskazuje na niebezpiecznie niską

		jakość opieki, podczas gdy 10 oznacza bardzo dobrą jakość opieki. Drugie pytanie dotyczy ogólnej satysfakcji z pracy.
	Orientacyjny czas badania	30 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Pielęgniarski w sytuacji ograniczonych zasobów, są zmuszone minimalizować i pomijać niektóre zadania, co może prowadzić do zdarzeń niepożądanych. Istotnym czynnikiem wpływającym na racjonowanie opieki jest organizacja pracy w oddziale, zmęczenie i brak satysfakcji z pracy [1]. Skala została zwalidowana i zastosowana do oceny racjonowania opieki w wielu krajach, badania prowadzone w Słowacji, Chorwacji, Czechach potwierdziły że jest trafnym i wiarygodnym narzędziem do oceny racjonowania opieki [2,3,4,5,6]. Jest skutecznym narzędziem do monitorowania satysfakcji z pracy i jakości opieki pielęgniarskiej [7]. Badania realizowane przy pomocy skali wykazały związek niedostarczonej opieki pielęgniarskiej z rodzajem oddziału, jakością opieki pielęgniarskiej i środowiskiem pracy [8,9 ] oraz wykształceniem, rodzajem zmiany, doświadczeniem pielęgniarek na obecnym oddziale, nadgodzinami, absencją, zamiarem odejścia ze stanowiska, oceną adekwatności personelu, jakością opieki nad pacjentem i satysfakcją z pracy [9], stylem przywództwa [10] czy występowaniem zdarzeń niepożądanych [11]. Badania za pomocą narzędzia wykazały, że pracodawcy powinni opracowywać programy adaptacji pracowników, aby uniknąć wypalenia zawodowego oraz inwestować w czynniki zwiększające satysfakcję pielęgniarek, takie jak atmosfera w pracy [12].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli
	Miejsce badanych	szpital, oddziały
	Stan badanych	pacjenci szpitala
	Sytuacje	ocena jakości opieki i wpływu na wyniki leczenia pacjentów
	Inne	
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Wymagana zgoda autora polskiej wersji
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala zawiera 31 pytań dotyczących pominiętej lub zaniechanej opieki oraz dwa pytania dotyczące pielęgniarskiej oceny jakości opieki nad pacjentem i satysfakcji z pracy. W każdym z 31 pytań w tej części kwestionariusza przyjęto następującą skalę punktową: (zgodnie z kluczem): „nigdy”(0), „rzadko”(1), „czasami”(2) i „często”(3). Ostateczny wynik to średnia punktów z pytań, w których zaznaczono jedną z powyższych odpowiedzi. Pytania, w których zaznaczono „nie dotyczy” zostały wykluczone. Zatem całkowity wynik jest liczbą z przedziału 0–3 i może również interpretować zgodnie z powyższym schematem. W dwóch pytaniach dotyczących oceny pielęgniarskiej jakości opieki nad pacjentem i satysfakcji z pracy, skala odpowiedzi wynosiła od 0 do 10, gdzie wyższe liczby oznaczają lepszą ocenę jakości opieki nad pacjentem przez pielęgniarki i większą satysfakcję z pracy.	

## Formularz skali/instrukcja wypełniania

**Postrzeganie Niejawnego Racjonowania Opieki Pielęgniarskiej (PIRNCA)  
RN Wersja dla Zarejestrowanych Pielęgniarek (RN)**

**1. NA TEMAT ANKIETY**

Niniejsza ankieta została opracowana w celu zmierzenia postrzegania przez pielęgniarkę niejawnego racjonowania opieki pielęgniarskiej. Niejawne racjonowanie opieki pielęgniarskiej ma miejsce, gdy pielęgniarka wstrzymuje lub nie zapewnia dostatecznych działań pielęgniarskich dla pacjentów z powodu braku zasobów (personelu lub czasu). Niezbędne działania obejmują ocenę pielęgniarską, identyfikację problemu, planowanie opieki, wdrażanie interwencji (niezależnych, współzależnych i zależnych) i ocenę opieki, które są akceptowane biorąc pod uwagę pielęgniarski osąd, standardy praktyki pielęgniarskiej i wiedzy pielęgniarskiej jako ważne dla pacjenta, aby osiągnąć pożądany rezultat. Ankieta PIRNCA składa się z 31 powszechnych zadań pielęgniarskich, które mogą być konieczne do osiągnięcia pożądanych wyników leczenia pacjentów hospitalizowanych leczonych chirurgicznie.

**2. INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA ANKIETY**

Po wypełnieniu ankiety PIRNCA należy zastanowić się nad ostatnimi siedmioma zmianami (dyżurami) zakończonymi w podstawowej pracy pielęgniarskiej. Zostaniesz poproszona o wskazanie, jak często podczas tych siedmiu zmian nie mogłaś ukończyć każdej z 31 opisanych czynności pielęgniarskich z powodu braku zasobów (personelu lub czasu). Powinnaś ocenić częstotliwość występowania poszczególnej czynności jako „Nigdy”, „Rzadko”, „Czasami” lub „Często” w oparciu o swoje doświadczenie zawodowe, umieszczając krzyżyk „X” w odpowiednim polu. Jeśli żaden z przydzielonych pacjentów podczas tych siedmiu zmian nie wymagał opisanej czynności pielęgniarskiej, powinnaś wybrać „Nie dotyczy”. Jeśli nie byłaś w stanie osobiście wykonać zadania, ale udało Ci się poprosić kogoś innego, aby zrobił to za Ciebie (np. inna pielęgniarka lub nielicencjonowany personel pomocniczy) zadanie to powinno być uznane za kompletne w drodze oddelegowania innej osoby. Szacuje się, że ukończenie tej ankiety zajmie Ci około pięciu do dziesięciu minut. Na zakończenie ankiety masz do dyspozycji miejsce, w którym możesz dodać swój komentarz na temat zdolności do wykonywania niezbędnych czynności pielęgniarskich dla przydzielonych Ci pacjentów, jeśli masz takie życzenie.

Jak często zdarzało się to w ciągu ostatnich 7 roboczych zmian		Nie dotyczy	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
1	nie można było przeprowadzić rutynowej higieny u pacjentów (np. kąpieli, higieny jamy ustnej, opieki stomatologicznej) lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
2	nie można było przeprowadzić rutynowej pielęgnacji skóry u pacjentów lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
3	nie można było zmienić w odpowiednim czasie pościeli zabrudzonej krwią lub płynami ustrojowymi lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
4	nie można było asystować pacjentowi potrzebującemu chodzenia lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					

5	nie byłeś w stanie uruchomić pacjenta ani zmienić pozycji pacjenta z ograniczoną mobilnością lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
6	nie można zapewnić szybkiej pomocy w opróżnieniu jelit lub pęcherza (na przykład przy użyciu basenu, krzesła toaletowego lub w łazience) lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
7	nie można odpowiednio pomóc pacjentom niezdolnym do jedzenia ani picia niezależnie od sposobu przyjmowania pokarmu lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
8	nie można było wdrożyć środków promujących komfort fizyczny (np. terminowe podawanie leków przeciwbólowych, dostosowanie temperatury, masaże pleców lub karku) lub zapewnić wykonanie tego zadania poprzez oddelegowanie innej osoby?					
9	nie było możliwości podania leków (w tym terapii dożylnych) zgodnie z zaleceniami i zasadami bezpiecznej farmakoterapii?					
10	nie było możliwości podawania żywienia dojelitowego lub pozajelitowego zgodnie z zaleceniami i zgodnie z bezpiecznymi praktykami?					
11	nie było możliwości prowadzenia opieki nad ranami (w tym zmianę opatrunków), zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za stosowne?					
12	nie było możliwości zmiany miejsca dostępu dożylnego, rurki i / lub opatrunków w określonym czasie zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za stosowne?					
13	nie było możliwości odpowiedniego przestrzegania zalecanych wytycznych dotyczących bezpiecznego obchodzenia się z pacjentem (np. korzystania ze sprzętu wspomagającego oraz podnośników i / lub dodatkowego personelu)?					
14	nie było możliwości odpowiedniego przestrzegania zalecanych wytycznych dotyczących kontroli infekcji (np. higiena rąk, technika aseptyczna, izolacja)?					
15	nie można było zapewnienia odpowiedniego czasu edukacji, który według Ciebie był wskazany dla pacjenta i / lub jego rodziny?					
16	nie można było odpowiednio przygotowania pacjentów do leczenia, badań lub procedur?					

Zarządzanie w pielęgniarstwie

17	Jak często zdarzało się to w ciągu ostatnich nie można było zaoferować odpowiedniego poziomu wsparcia emocjonalnego lub psychologicznego pacjentowi lub rodzinie, które w danym momencie było potrzebne?					
18	nie można było monitorować stanu fizjologicznego pacjenta (np. parametry życiowe, wartości laboratoryjne) zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za konieczne?					
19	nie można było monitorować emocji i zachowania pacjenta (np. przestrzeganie zażywania leków, nawyki żywieniowe, kontakty społeczne, nastrój) zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za konieczne?					
20	nie można było monitorować fizycznego bezpieczeństwa pacjenta zgodnie z zaleceniami lekarza / standardami jednostki lub gdy uznasz to za konieczne?					
21	nie można było śledzić zmian stanu pacjenta, niezrealizowanych próśb o interwencję u pacjenta (w tym oceny lub skierowania) lub niejasne zlecenia?					
22	trzeba było trzymać w oczekiwaniu pacjenta lub członka rodziny dłużej niż 5 minut od momentu zasygnalizowania danej prośby (np. przez światło wywoławcze)?					
23	nie można było odbyć ważnej rozmowy z innym członkiem wielodyscyplinarnego zespołu w sprawie dotyczącej opieki nad pacjentem, lub rozmowa ta została opóźniona?					
24	nie można było odbyć ważnej rozmowy z zewnętrzną jednostką w sprawie dotyczącej opieki nad pacjentem, lub rozmowa ta została opóźniona?					
25	nie mogliście odbyć ważnej rozmowy z pacjentem lub członkiem rodziny o potrzebach lub instrukcjach związanych z wypisem, czy też rozmowa została opóźniona?					
26	nie było możliwości zapewnienia odpowiedniego nadzoru lub śledzenia wykonywania delegowanych działań przez inne osoby?					
27	nie było możliwości odpowiedniego przejrzania interdyscyplinarnej dokumentacji pacjenta, aby uzyskać złożone informacje na temat pacjenta?					
28	nie było możliwości udokumentowania początkowego lub zmienionego planu opieki?					

29	nie było możliwości udokumentowania wszystkich działań związanych z oceną i monitorowaniem stanu pacjenta?					
30	nie było możliwości udokumentowania odpowiednio szczegółowo całego procesu wykonanej opieki pielęgniarstwa?					
31	nie było możliwości właściwego oceny planu opieki (używając krytycznego myślenia), aby określić stosowność i / lub skuteczność interwencji i dokonać zmian jakie wskazano?					

Czy jest coś, co chciałabyś powiedzieć odnośnie swoich możliwości wykonywania niezbędnych czynności pielęgnacyjnych wśród swoich pacjentów? Jeśli tak, prosimy o pozostawienie komentarza w ramce poniżej:

### OGÓLNE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

1. Ocena pielęgniarstwa jakości opieki nad pacjentem

Zakreśl kołem liczbę, która wskazuje na standardową jakość opieki nad pacjentami w Twoim oddziale?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Niebezpiecznie niska

Bezpieczna, ale niewiele więcej

Bardzo wysoka jakość

2. Ogólna satysfakcja z pracy

Zakreśl kołem liczbę, która wskazuje na stopień zadowolenia ze swojej obecnej pracy pielęgniarstwa, biorąc pod uwagę wszystkie aspekty pracy, w tym także własne wartości, ideały i cele?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Jest tragiczna!

Jestem zadowolona

Uwielbiam to!

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych (załącznik nr 1 do fiszki), z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Młynarska, A.; Krawuczka, A.; Kolarczyk, E.; Uchmanowicz, I. Rationing of Nursing Care in Intensive Care Units. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online]. 2020, 17: 6944. Dostępny w Internecie: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/17/19/6944">https://www.mdpi.com/1660-4601/17/19/6944</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>Gurková E., Adamkovič M, Jones T, RN, Radka Kurucová R, Žiaková K. Factor analysis, validity of the perceived ntelligen rationing of nursing care instrument and prevalence and patterns of unfinished nursing care in Slovakia. <i>Nursing Managment</i> [serial online]. 2020, 28(8): 2036-2047. Dostęp w Internecie: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12887">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12887</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>Kalánková D, Suhonen R, Stolt M, Kurucová R, Katajisto J, Žiaková K, Gurková E, . Psychometric testing of perceived ntelligen rationing of nursing care (PIRN-CA). <i>Leading Global Nursing Research</i> [serial online] 2020, 76(6): 1469-1482. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14351">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14351</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>Friganovic A, Režić S, Kurtović B, Vidmanić S, Zelenikova R. Nurses' perception of ntelligen nursing care rationing in Croatia—A cross-sectional multicentre study. <i>Nursing Managment</i> [serial online]. 2020, 28(8): 2230-2239. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13002">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13002</a> Dostęp: 16.10.2022r</li> </ol>

	<p>5. Jarošová D, Renáta Zeleníková R. Unfinished nursing care – the first pilot study in the Czech Republic. <i>Journal of nursing and social sciences related to health and illness</i> [serial online]. 2019; 21(4): 388–394 Dostęp z Internetu: <a href="http://kont.zsf.jcu.cz">http://kont.zsf.jcu.cz</a> DOI: 10.32725/kont.2019.048 Dostęp: 16.10.2022</p> <p>6. Zeleníková, R., Gurová, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K., ... &amp; Papastavrou, E. (2020). Unfinished nursing care in four central European countries. <i>Journal of Nursing Management</i>, 28(8), 1888-1900. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12896">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12896</a> Dostęp: 31.10.2022</p> <p>7. Witczak, I., Kołtuniuk, A., Rypiec, Ł., Panczyk, M., Grzebieluch, W., Młynarska, A., &amp; Uchmanowicz, I. (2022). Self-assessment of Rationing and Quality of Nursing Care. <i>Journal of Nursing Care Quality</i>, 37(3), E48-E53. Dostępny z Internetu: <a href="https://www.ingentaconnect.com/content/wk/ncq/2022/00000037/00000003/art-00002">https://www.ingentaconnect.com/content/wk/ncq/2022/00000037/00000003/art-00002</a> Dostęp: 31.10.2022</p> <p>8. Campbell, C. M., Prapanjaroensin, A., Anusiewicz, C. V., Baernholdt, M., Jones, T., &amp; Patrician, P. A. (2020). Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. <i>Journal of Nursing Management</i>, 28(8), 2174-2184. Dostępny z Internetu: Dostęp: 31.10.2022.</p> <p>9. Kalánková, D., Bartoníčková, D., Kolarczyk, E., Žiaková, K., &amp; Młynarska, A. (2022). Factors Contributing to Rationed Nursing Care in the Slovak Republic—A Secondary Analysis of Quantitative Data. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 19(2), 702. Dostępny z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/702">https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/702</a> Dostęp 31.10.2022.</p> <p>10. Blizzard, H. L. (2018). <i>The relationship between the perceptions of nteligen rationing of nursing care and emotionally nteligent leadership style among direct-care nurses</i> (Doctoral dissertation). Dostępny z Internetu: <a href="https://twu-ir.tdl.org/handle/11274/10724">https://twu-ir.tdl.org/handle/11274/10724</a> Dostęp 31.10.2022.</p> <p>11. Polanská, A., Jarošová, D., Janíková, E., Mynaříková, E., Plevová, I., &amp; Zeleníková, R. (2020). Opomíjená a chybějící ošetrovateľská péče v nemocnici-pilotní studie. <i>General Practitioner/Prakticky Lekar</i>, 100(4). Dostępny w Interecie: <a href="http://EBSCOhost   147241340   Opomíjená a chybějící ošetrovateľská péče v nemocnici – pilotní studie">http://EBSCOhost   147241340   Opomíjená a chybějící ošetrovateľská péče v nemocnici – pilotní studie</a>. Dostęp: 31.10.2022.</p> <p>12. Jarosz, K., Zborowska, A., &amp; Młynarska, A. (2022). Rationing Care, Job Satisfaction, Fatigue and the Level of Professional Burnout of Nurses in Urology Departments. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 19(14), 8625. Dostępny z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8625">https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8625</a> Dostęp: 31.10.2022.</p>
--	--

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.A.4. Skala zadowolenia z pielęgnacji</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale	
Skrót	NSNS	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	McColl Elaine , Thomas Lois ,Bond Senga
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Thomas LH., McColl E., Priest J., Boys RJ.: The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessment of nursing care. <i>Qual. Health Care</i> . 1996;5: 67-72.

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Aleksandra Gutysz-Wojnowska, Danuta Dyk
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Gutysz- Wojnicka A, Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale(NSNS). Problemy Pielęgniarstwa. 2007;15: Zeszyt nr 2,3: 133-138
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji pacjenta z tej opieki. Skala ta jest adaptacją oryginalnej skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, opracowanej przez Thomas i innych autorów z Uniwersytetu Newcastle upon Tyne. Narzędzie posiada wysoką czułość w wykrywania różnic dotyczących satysfakcji pacjenta w oddziałach zachowawczych i zabiegowych oraz oceny satysfakcji z opieki między oddziałami, szpitalami czy grupami pacjentów.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Pierwsza część dotyczy doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską. Zawiera ona 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z możliwością odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwi określenie ogólnej punktacji „doświadczenia” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a 0 doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe do wyobrażenia. W drugiej części skali wymienia się 19 aspektów opieki pielęgniarskiej i prosi respondentów o określenie swojego poziomu satysfakcji w stosunku do każdego z nich w 5-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwi określenie ogólnej punktacji „satysfakcja” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 całkowity brak satysfakcji z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej. Część trzecia skali to pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu.
	Orientacyjny czas badania	1 godzina
Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Pomiar zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej jest ważny dla oceny stopnia zaspokojenia potrzeb pacjentów oraz określenia odpowiedniej opieki pielęgniarskiej. Skala poprzez walidację została uznana za odpowiednią do pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Jest wykorzystywana do oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej pacjentów leczonych w oddziałach zachowawczych i chirurgicznych [1,2,3,4]. Badanie zadowolenia z opieki pielęgniarskiej oraz satysfakcji z otrzymanych usług jest prowadzone często w jednostkach ochrony zdrowia, zaś jego wyniki stanowią podstawę do oceny jakości opieki.	



		Polska wersja Newcastle ma na celu zdobycie indywidualnych opinii i doświadczeń w zakresie opieki pielęgniarstwie. Skala została stworzona do analizy i porównania opinii i doświadczenia opieki pielęgniarstwie przez grupy pacjentów. Informacje uzyskane od poszczególnych pacjentów służą do analizy satysfakcji z opieki pielęgniarstwie na poziomie oddziału [5,6,7]. Satysfakcja pacjenta jest jednym z istotnych wskaźników jakości opieki. Aby poprawić jakość opieki pielęgniarstwie, kadra zarządzająca musi wiedzieć, jakie czynniki wpływają na satysfakcję pacjenta [8,9,10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli (18+)
	Miejsce badanych	szpital
	Stan badanych	brak zaburzeń świadomości (GCS>15 pkt)
	Sytuacje	pobyt na oddziale co najmniej dwa dni, ocena w dniu wypisu z oddziału
	Inne	Zastosowanie skali: -Porównywanie doświadczeń i satysfakcji pacjentów pomiędzy oddziałami klinicznymi przez zarządzających. -Porównanie przed i po planowanej lub nieplanowanej interwencji. -Jako miara wyniku w randomizowanych badaniach i innych badaniach efektywności klinicznej. -Ustalanie standardów oddziałowych lub szpitalnych np. oddział może dążyć do tego, aby 85% pacjentów pozytywnie oceniało jakość opieki -Audyty działalności klinicznej -Porównanie mediany doświadczeń i wyników satysfakcji z opieki pielęgniarstwie
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pielęgniarstwie kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: właściciel szpitala, płatnik	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Wymagana zgoda autora wersji polskiej, zgoda pacjenta na udział w badaniu, umiejętność pisania i czytania po polsku.
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p style="text-align: center;"><b>Instrukcja prowadzenia badania z wykorzystaniem Skali zadowolenia z pielęgnacji NEWCASTLE</b></p> <p>1. Cel stosowania</p> <p>Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarstwie i satysfakcji pacjenta z tej opieki. Skala ta jest adaptacją oryginalnej skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, opracowanej przez Thomas i innych autorów z Uniwersytetu Newcastle upon Tyne. 1</p> <p>W Zakładzie Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przeprowadzono badania mające na celu opracowanie polskiej wersji skali Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) i jej wykorzystanie do pomiaru zadowolenia z pielęgnowania w warunkach polskich. W badaniach zastosowano technikę adaptacji narzędzia pochodzącego z obcego obszaru językowego i kulturowego. Polskiej wersji NSNS nadano nazwę Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle. Trafność teoretyczną Skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle badano za pomocą analizy struktury wewnętrznej skali oraz analizy udzielania odpowiedzi na poszczególne pozycje skali. Aspekt zbieżnościowy trafności analizowano, badając korelację wyniku skali z wynikami badania zewnętrznego.</p>	

<p>Trafność kryterialną określono, badając wpływ cech demograficznych i innych zmiennych niezależnych na ocenę opieki pielęgniarskiej. Ocenę właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali dokonano wykorzystując współczynnik rzetelności Alfa Cronbacha i współczynnik korelacji rang Spearmana. Badania przeprowadzono na grupie obejmującej 918 pacjentów oddziałów zabiegowych i niezabiegowych szpitali różnego poziomu referencyjności.</p> <p>Współczynnik Alfa Cronbacha dla polskiej wersji skali Newcastle wyniósł – dla skali „doświadczenia” 0,921, dla skali „satisfakcja” 0,981. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana wynosiły od 0,224 do 0,757 dla pozycji w skali „doświadczenia” i od 0,815 do 0,894 dla skali „satisfakcja”. Wszystkie pozycje polskiej wersji skali miały istotny statystycznie wpływ na wynik ogólny skali (<math>p=0,0001</math>). Wyniki badania potwierdziły, że Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle może być stosowana do badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji pacjentów z tej opieki w oddziałach zabiegowych i zachowawczych szpitali w Polsce, że jest narzędziem badawczym odpowiednio czułym, aby wykryć różnice w poziomie satysfakcji pacjentów między poszczególnymi oddziałami i szpitalami.</p> <p><b>Kwestionariusz ankiety</b></p> <p>Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle składa się z trzech części. Pierwsza część dotyczy doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską. Zawiera ona 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z możliwością odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „doświadczenia” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a 0 doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe do wyobrażenia.</p> <p>W drugiej części skali wymienia się 19 aspektów opieki pielęgniarskiej i prosi respondentów o określenie swojego poziomu satysfakcji w stosunku do każdego z nich w 5-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „satisfakcja” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 całkowity brak satysfakcji z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej.</p> <p>Część trzecia skali to pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu.</p> <p>Wykonawcy projektu badawczego powinni zwrócić uwagę, aby kwestionariusz ankiety otrzymanej drogą elektroniczną wydrukować bez nanoszenia jakichkolwiek zmian. Należy zwrócić uwagę, aby wersja papierowa była w formacie A4, wydrukowana pionowo na białym papierze, miała zastosowaną czcionkę standardową rozmiar 12, kolor czarny. Każda część ankiety powinna rozpoczynać się na nowej kartce. Kartki powinny być zszyte w odpowiedniej kolejności.</p> <p>Nie należy dopisywać własnych pytań ani wprowadzać zmian do pytań zawartych w skali. Kwestionariusz ankiety należy umieścić w niepodpisanej kopercie formatu A4.</p> <p>2. Wielkość badanej grupy Zaleca się uzyskanie, co najmniej 100 poprawnie wypełnionych ankiet w danym oddziale. Aby spełnić to kryterium, należy zaproponować udział w badaniu, co najmniej 200 osobom spełniającym kryteria uczestnictwa (patrz niżej). W tym celu należy prowadzić rejestr wszystkich osób spełniających kryteria uczestnictwa w badaniu, leczonych w oddziale w okresie trwania badania satysfakcji pacjentów, bez względu na to, czy biorą one udział w badaniu, czy też nie. Czas trwania badania w poszczególnych oddziałach może być różny, zależy głównie od liczby „wypisów”.</p> <p>3. Rejestr osób spełniających kryteria uczestnictwa w badaniu</p> <p>Każdy oddział uczestniczący w badaniu satysfakcji w okresie trwania tego badania musi prowadzić rejestr osób leczonych w oddziale, spełniających kryteria uczestnictwa. Rejestr ten powinien zawierać następujące dane pacjentów: imię i nazwisko, wiek, zgoda na udział w badaniu, data.</p>
--

<p>Jeżeli pacjent spełniający kryteria nie uczestniczy w badaniu, należy zaznaczyć w rejestrze powód (odmowa pacjenta, brak ankietera, powody organizacyjne, nietypowa pora wypisu, oddanie niewypełnionej ankiety itp.). Pacjentów odmawiających udziału w badaniu należy poprosić o podanie przyczyny.</p> <p>Jeżeli pacjent spełniający kryteria wyraża zgodę na udział w badaniu, należy przypisać mu w prowadzonym rejestrze indywidualny numer identyfikacyjny. Numer ten musi być też zapisany na kwestionariuszu ankiety, który otrzymuje pacjent.</p> <p>4. Kryteria kwalifikacji pacjenta do uczestnictwa w badaniu satysfakcji</p> <p>Pacjent uczestniczący w badaniu musi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mieć 18 lat i więcej;</li> <li>– być w dniu wypisu lub przeniesienia z oddziału;</li> <li>– spędzić w oddziale minimum 2 noce;</li> <li>– potrafić czytać i pisać po polsku;</li> <li>– nie mieć zaburzeń świadomości (GCS&gt;15 pkt.);</li> <li>– nie być hospitalizowany w żadnym innym oddziale podczas tego pobytu w szpitalu;</li> <li>– wyrazić zgodę na badanie.</li> </ul> <p>Inne warunki uczestnictwa w badaniu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacjent powinien być poinformowany o celu przeprowadzania badania oraz o czasie potrzebnym do wypełnienia kwestionariusza;</li> <li>– udział w badaniu jest dobrowolny; pacjent musi mieć zagwarantowane poczucie poufności przeprowadzonych badań;</li> <li>– pacjent musi wiedzieć, że chociaż jego identyfikacja będzie możliwa na podstawie numeru w rejestrze i numeru wypełnionego kwestionariusza ankiety, to uzyskane dane wykorzystane będą jedynie przez prowadzących badanie do celów naukowych.</li> </ul> <p>5. Dystrybucja kwestionariuszy ankiet</p> <p>Kwestionariusz ankiety musi znajdować się w niepodpisanej kopercie formatu A4. Pacjent musi otrzymać kwestionariusz ankiety w dniu wypisu lub przeniesienia na inny oddział lub do innego szpitala. Kwestionariusz musi być wręczony przez osobę niebędącą członkiem zespołu terapeutycznego danego oddziału. W miarę możliwości należy zapewnić pacjentowi odpowiednie miejsce i odpowiednią ilość czasu na wypełnienie ankiety. Pacjent powinien wypełniać kwestionariusz osobiście, bez pomocy osób bliskich czy personelu. Jeżeli pacjent ma trudności w czytaniu lub pisaniu, dopuszczalne jest głośne czytanie pytań i możliwych odpowiedzi przez ankietera i zaznaczanie wskazanych odpowiedzi.</p> <p>6. Odbiór wypełnionych kwestionariuszy ankiet</p> <p>Pacjent po wypełnieniu kwestionariusza ankiety powinien włożyć go do koperty, zakleić i wrzucić do oznaczonego pudełka znajdującego się na terenie oddziału. Dopuszcza się na życzenie pacjenta odbiór wypełnionego kwestionariusza przez ankietera, nie zwalnia to jednakże organizatorów od przygotowania oznaczonego pudełka w każdym oddziale.</p> <p>Nie dopuszcza się odbioru wypełnionych ankiet przez członków zespołu terapeutycznego danego oddziału. Nie dopuszcza się zabierania przez pacjentów kwestionariuszy ankiet do domu i wysyłanie ich pocztą.</p> <p>7. Sprawdzanie wypełnionych kwestionariuszy ankiet</p> <p>Każdy kwestionariusz ankiety powinien być sprawdzony pod kątem poprawności wypełnienia. Kwestionariusze zwrócone, a w całości niewypełnione, należy zaznaczyć w rejestrze jako „nieuczestniczący w badaniu”.</p> <p>8. Wprowadzanie danych do komputera</p> <p>Dane uzyskane z kwestionariusza muszą być wprowadzone do komputera. Analizę można przeprowadzać za pomocą pakietu statystycznego, np. SPSS, lub arkusza kalkulacyjnego, np. Excel. Dane należy wprowadzać w odpowiednich kolumnach.</p>
---

Zmienna	Kolumna
Oddział	1-2
Szpital	3
Pacjent	4-6
Które badanie	7
Część 1, pytanie 1	8
Część 1, pytanie 2	9-32
Część 1, pytanie 26	33
Część 2, pytanie 1	34
Część 2, pytanie 2	35-51
Część 2, pytanie 19	52
Część 3, pytanie 1	53
Część 3, pytanie 2	54-55
Część 3, pytanie 3, część 1	56
Część 3, pytanie 3, część 2	57-58
Część 3, pytanie 4	59-60
Część 3, pytanie 5	61
Część 3, pytanie 6	62
Część 3, pytanie 7	6

9. Obliczanie ogólnej punktacji „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”

Ogólną punktację „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 1 kwestionariusza, pytania 1-26.

Należy:

– przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:

Pytanie	Odpowiedź oryginalna	Odpowiedź przekodowana
1,5,6,9,10,11,12,16,17,18,21,23,25,26,	1	0
	2	1
	3	2
	4	3
	5	4
	6	5
	7	6
2,3,4,7,8,13,14,15,19,20,22,24	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
	7	0

– zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich

– poprawnych odpowiedzi (poprawna odpowiedź to taka, gdy respondent zakreślił tylko jedną odpowiedź, niepoprawna to taka, gdy zakreślono więcej odpowiedzi lub brak jest zakreślenia odpowiedzi);

– podzielić sumę otrzymana w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;

	<p>– podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 6, a następnie pomnożyć go przez 100.</p> <p>10. Obliczenie ogólnej punktacji „satysfakcja z opieki pielęgniarstwiej”</p> <p>Ogólną punktację „satysfakcja z opieki pielęgniarstwiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 2 kwestionariusza, pytania 1-19.</p> <p>Należy:</p> <p>– przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:</p> <p>1=0 2=1 3=2 4=3 5=4</p> <p>– zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich poprawnych odpowiedzi;</p> <p>– podzielić sumę otrzymana w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;</p> <p>– podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 4, a następnie pomnożyć go przez 100.</p>
Formularz skali	

Szpital .....

Oddział .....

Pacjent .....

Czas .....

**SKALA ZADOWOLENIA Z PIELĘGNACJI NEWCASTLE  
TWOJE POGLĄDY NA OPIEKĘ PIELĘGNIARSKĄ**

Pytania zawarte w ankiecie dotyczą opieki pielęgniarstwiej świadczonej przez pielęgniarki podczas pobytu w szpitalu oraz Twoich poglądów na tę opiekę. W zakończeniu kilka pytań dotyczy Ciebie.

Chcielibyśmy, abyś dokładnie zastanowił/a się nad każdym pytaniem i odpowiedział/a na tyle uczciwie, na ile to możliwe. Nie spędzaj zbyt dużo czasu nad żadnym z pytań. Twoja pierwsza reakcja będzie prawdopodobnie lepsza niż długo rozważana odpowiedź. Jeżeli nie jesteś pewny/a, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, odpowiedz tak, jak potrafisz najlepiej i dodaj komentarz obok pytania.

TWOJE NAZWISKO I IMIĘ NIE UKAZĄ SIĘ W ŻADNYM MIEJSCU TEJ ANKIETY. Informacje, które przekażesz, nie będą używane w żaden sposób, który umożliwiłby Twoją identyfikację.

**Część 1: Twoje doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej (PRZYKŁAD)**

Pierwszy zestaw pytań, zaczynający się na następnej stronie, dotyczy Twoich doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską podczas Twojego pobytu na tym oddziale. Pytania składają się ze stwierdzenia, po którym następuje siedem możliwych odpowiedzi. Zakreśl numer odpowiedzi, która najlepiej opisuje Twoje doświadczenia. Poniżej podajemy dwa przykłady odpowiedzi.

**Przykład 1**

Jeśli pielęgniarki zawsze zachowywały się cicho w nocy, to odpowiesz zakreślając numer 7, co oznacza „całkowicie się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI ZACHOWYWAŁY SIĘ BARDZO CICHU W NOCY.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**Przykład 2**

Jeśli pielęgniarki nie były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć „bardzo się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**Przykład 3**

Jeśli pielęgniarki zawsze były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć zakreślając odpowiedź numer 1, co oznacza „całkowicie nie zgadzam się”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Jeśli nie jesteś pewien, jak odpowiedzieć na pytanie, odpowiedz tak, jak najlepiej potrafisz i dodaj swój komentarz uwagi obok pytania.

## CZĘŚĆ 1: TWOJE DOŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

**Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu**

### 1. Można było pozartować z pielęgniarkami.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 3. Pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających informacji.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 4. Pielęgniarki nie wysiły się zbytnio i były zbyt swobodne.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 6. Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałem/-am.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 7. Wydawało mi się, że pielęgniarki lekcewały moje cierpienie.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**8. Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**11. Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7



**15. Pielęgniarki nie interesowały się mną.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**17. Przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym on polega.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**19. Pielęgniarki wiedziały, co robić, nie czekały na polecenia lekarzy.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapomniały, o co prosił je pacjent.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**24. Wydawało się, że jedna pielęgniarka jakby nie wiedziała, co robi druga.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**Część 2: TWOJE OPINIE NA TEMAT OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ**

**W tej części, pytamy o Twoje opinie na temat opieki pielęgniarskiej. Przy każdym pytaniu zaznacz odpowiedź, która najbardziej opisuje Twoją opinię.**

Pomyśl o swoim pobycie w oddziale.

Lp	Co myślałeś na temat?	Całkowicie nie-zadowolony	Lekko zadowolony	Dość zadowolony	Bardzo zadowolony	Całkowicie zadowolony
1	Ilości czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	1	2	3	4	5
2	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?	1	2	3	4	5
3	Obecności pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzeba	1	2	3	4	5

4	Wiedzy pielęgniarek na temat Twojej choroby i opieki nad Tobą	1	2	3	4	5
5	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie / dzwonki?	1	2	3	4	5
6	Sposobu, w jaki pielęgniarki dbały o to byś czuł się jak w domu	1	2	3	4	5
7	Ilości informacji, jakie dostałeś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
8	Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku?	1	2	3	4	5
9	Gotowości pielęgniarek do pomocy	1	2	3	4	5
10	Sposobu, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	1	2	3	4	5
11	Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?	1	2	3	4	5
12	Zachowania się pielęgniarek w pracy	1	2	3	4	5
13	Rodzaju informacji, jakie pielęgniarki udzielały Tobie na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
14	Sposobu traktowania Cię przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
15	Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień?	1	2	3	4	5
16	Ilości swobody, jaką miałeś w oddziale	1	2	3	4	5
17	Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb?	1	2	3	4	5
18	Zapewniania Ci prywatności przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
19	Świadomości pielęgniarek odnośnie Twoich potrzeb	1	2	3	4	5

### CZĘŚĆ 3: PYTANIA DOTYCZĄCE CIEBIE

**Te pytania dotyczą Ciebie. Aby zrozumieć Twoje odpowiedzi na wcześniejsze pytania, potrzebujemy informacji o tym, kim jesteś. Jeżeli nie jesteś pewny, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, proszę, podaj odpowiedź najlepszą jaką potrafisz i swoje uwagi wpisz obok pytania.**

#### 1. Twoja płeć:

Zakreśl jedną odpowiedź

Mężczyzna 1

Kobieta 2

## 2. Twój wiek.

Wpisz swój wiek w latach (ukończone): \_\_\_\_\_

## 3. Twoje wykształcenie.

Zakreśl swoje wykształcenie:

podstawowe,  zasadnicze zawodowe,  średnie,  wyższe

## Czy nadal się uczysz?

Zakreśl jedną odpowiedź:

Tak 1

Nie 2

Wpisz swój wiek, w którym zakończyłeś edukację w pełnym wymiarze czasu:

\_\_\_\_\_

## 4. Wliczając ostatnią noc, ile nocy spędziłeś na tym oddziale, podczas tego pobytu?

Wpisz liczbę nocy. Liczba nocy: \_\_\_\_\_

## 5. Czy miałeś wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad Tobą w oddziale?

Zakreśl jedną odpowiedź

Tak 1

Nie 2

Nie jestem pewien 3

## 6. Jak ocenilbyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

## 7. Całościowo, jak ocenilbyś swój obecny pobyt w tym oddziale?

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

## 8. Czy są jakieś sposoby, dzięki którym opieka pielęgniarska mogła być lepsza podczas Twojego obecnego pobytu w szpitalu?

.....  
.....  
.....  
.....

## 9. Inne uwagi / komentarze.

.....

.....

.....

.....

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i> [serial online]. 2007 16(4):646-653. Dostęp z Internetu <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x</a> Dostęp: 16.10.2022r.</li> <li>2. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. <i>J Adv Nurs</i>. 2005 52(6):672-81. Dostęp z Internetu: <a href="http://doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03634.x">http://doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03634.x</a>. Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>3. Piredda M, Vellone E, Piras G, Fida R, Latour JM, Matarese M, Alvaro R, De Marinis MG. Psychometric evaluation of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales.. <i>J Nurs Care Qual</i>. [serial online] 2015 Jan-Mar;30(1):84-92. Dostęp z Internetu: <a href="http://10.1097/NCQ.0000000000000078">http://10.1097/NCQ.0000000000000078</a>. Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>4. Shemiha A, Semra E.: The Turkish version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale used on medical and surgical patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. [serial online] 2007; 16: 646-653 Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x</a> Dostęp: 23.10.2022</li> <li>5. Ozga D, Gutysz-Wojnicka A, Wojtaszek M, Lewandowski B. Assessment of satisfaction with nursing in a group of patients with disorders of the nervous system based on the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). <i>Medical Review</i> [serial online]. 2014, 3:224-231. Dostęp z Internatu: <a href="https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.desklight-73df1062-7909-414c-b701-4791d962336c">https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.desklight-73df1062-7909-414c-b701-4791d962336c</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>6. Gutysz - Wojnicka A, Dyk D., Cudak E., Ozga D: Measuring patient Satisfaction with the polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. <i>Scand J Caring Sci</i>; [serial online] 2012 [serial online] 2013, 27(2): 311-318. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>7. Walsh M., Walsh A.: Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfac- Ozga, Gutysz-Wojnicka, Wojtaszek, Lewandowski Assessment of satisfaction with nursing in a group of patients... 231 With Nursing Scale. <i>Journal of Advanced Nursing</i>. [serial online] 1999;29:307-317. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x</a> Dostęp: 16.10.2022.</li> <li>8. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. <i>Scand J Caring Sci</i>. [serial online] 2002 ;16(4):337-44. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>9. Ojewale, L. Caregivers' perception of the quality of nursing care in child health care services of the University College Hospital, Nigeria. <i>Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families</i>, [serial online] 2022, 66: 120 – 124. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596322001373">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596322001373</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> </ol>

10. Akbas, M. Patient satisfaction on nursing care: the case of gynecology and obstetrics clinics. <i>Acta Bioethica</i> , [serial online] 2019, 25(1): 127–136. Dostęp z Internetu: <a href="https://revistadematematicas.uchile.cl/index.php/AB/article/view/53578">https://revistadematematicas.uchile.cl/index.php/AB/article/view/53578</a> Dostęp: 17.10.2022.
--

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.A.5. Kwestionariusz postaw bezpieczeństwa – polska adaptacja wersji SAQ-SF-PL</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Safety Attitudes Questionnaire–Short Form	
Skrót	SAQ-SF-PL	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J,
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2006; 6:44. pmid:16584553
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Iwona Malinowska-Lipień, Piotr Brzyski, Teresa Gabryś, Agnieszka Gniadek, Maria Kózka, Paweł Kawalec, Tomasz Brzostek,
	Rok publikacji	2021
	Źródło	Malinowska-Lipień I, Brzyski P, Gabryś T, Gniadek A, Kózka M, Kawalec P, Brzostek T, Squires A. Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form (SAQ-SF) in Poland. 2021, <i>PLOS ONE</i> [serial online] 2021, 16(2): e0246340. <a href="https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246340">https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246340</a>
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Kultura bezpieczeństwa
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Dwuczęściowy kwestionariusz zawiera 41 pozycji. Jedną część zawiera pytania demograficzne o płeć uczestnika, stanowisko pracy, doświadczenie zawodowe, grupę wiekową pacjenta obsługiwaną w pracy, tj. dzieci, dorosłych lub obie grupy [13]. Ocena główna obejmuje 36 pytań i jest podzielona na 6 skal związanych z bezpieczeństwem Część pierwsza zawiera również dodatkowe pięć pytań, nieuwzględnionych w żadnej z wymienionych podskal, tj. pytanie 14 dotyczące oceny osoby zarządzającej zapewnieniem bezpieczeństwa oraz pytania od 33 do 36 dotyczące oceny konfliktów i współpracy między członkami zespołu interdyscyplinarnego (np. pielęgniarki, lekarze i farmaceuci).
	Orientacyjny czas badania	1 godzina

## Zarządzanie w pielęgniarstwie

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Skala wykazuje dobrą wiarygodność jako miara kultury bezpieczeństwa pacjenta w kontekście polskim. Jest instrumentem, który umożliwi rzetelną i wiarygodną ocenę klimatu bezpieczeństwa pacjentów w polskich placówkach opieki zdrowotnej oraz identyfikuje możliwości poprawy. Daje również możliwość porównań międzynarodowych. Pozwala również na ocenę postaw personelu medycznego wobec bezpieczeństwa pacjentów, w tym świadomości ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych [1]. Kultura organizacyjna, w tym kultura związana z bezpieczeństwem, wiąże się z ważnymi aspektami jakości opieki. Skala pozwala na badanie związków między postawami dotyczącymi bezpieczeństwa, wiedzą na temat zdrowia fizycznego i kulturą organizacyjną wśród pielęgniarek [2, 3] oraz pozwala na ocenę programów doskonalenia kultury bezpieczeństwa skierowanych do personelu medycznego i ich związków ze zmianą kultury bezpieczeństwa i poprawą zachowań i wiedzy związanych z bezpieczeństwem [4,5]. Znalazła również zastosowanie do oceny klimatu bezpieczeństwa pacjentów przez pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19 [6,7]. Narzędzie zostało zwalidowane i zalecana do wdrożenia w celu badania kultury bezpieczeństwa w wielu krajach [8,9], w odniesieniu do różnych grup pacjentów (wiek, profil) [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	personel medyczny
	Miejsce badanych	Szpital, POZ
	Stan badanych	bez ograniczeń
	Sytuacje	audyty kultury bezpieczeństwa, ocena wdrożonych programów poprawy jakości
	Inne	brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: właściciele podmiotów leczniczych, płatnik	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora polskiej wersji nie jest wymagana
Klucz do skali/interpretacja wyników	Kwestionariusz SAQ-SF PL KLUCZ	
	SAQ	SPOSÓB OBLICZENIA
	Klimat pracy zespołowej (pyt 1-6)	Teamwork Climate (TC) Items 1 – 6

Poczucie bezpieczeństwa (pyt 7-13)	Safety Climate (SC) Items 7 – 13	1). Należy przekonwertować punkty w pyt 11 tj. (5 = zdecydowanie się nie zgadzam, 4 = nieznacznie się nie zgadzam, 3 = neutralnie, 2 = nieznacznie się zgadzam, 1 = zdecydowanie się zgadzam) 2). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 3). Odjąć 1 od średniej 4.) Pomnożyć wynik przez 25. Safety Climate (SC) = $((7+8+9+10+11+12+13)/7)-1)*25$
Zadowolenie z pracy (pyt 15-19)	Job Satisfaction (JS) Items 15 – 19	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Job Satisfaction (JS) = $((15+16+17+18+19)/5)-1)*25$
Rozpoznanie stresu (pyt 20-23)	Stress Recognition (SR) Items 20 – 23	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Stress Recognition (SR) = $((20+21+22+23/4)-1)*25$
Odbiór zarządu (dyr./ordynator) (pyt 24-28)	Perceptions of Management (PM) Items 24 – 28 (each of these items is measured at two levels – unit and hospital)	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Perceptions of Management (PM) = $((24+25+26+27+28/5)-1)*25$
Warunki pracy (pyt 29-32)	Working Conditions (WC) Items 29 – 32	1). Obliczyć średnią sumy punktów ze skali 2). Odjąć 1 od średniej 3). Pomnożyć wynik przez 25. Working Conditions (WC) = $((29+30+31+32/4)-1)*25$

Należy zauważyć, że:

- Pozycje 14 i 33-36 nie zawierają się w powyższych skalach.
- Pozycje 2, 11, i 36 są oceniane w skali odwrotnej.

Wynik skali zawiera się w przedziale od 0 do 100 pkt.

Aby obliczyć wynik skali w punktach (np. Klimat pracy w zespołowej) respondenta należy:

- 1) Odwróć punktację wszystkich negatywnie sformułowanych pozycji - lista odwrotnie punktowanych pozycji znajduje się powyżej.
- 2) Obliczyć średnią sumy punktów poszczególnych pytań ze skali.
- 3) Odjąć 1 od średniej.
- 4) Pomnożyć wynik przez 25.

Równanie wygląda następująco:

Wynik Skali Klimatu Pracy Zespołowej dla respondenta =  
 $((\text{Średnia z pozycji dotyczących pracy zespołowej})-1) * 25)$

Aby obliczyć odsetek respondentów, którzy wykazują pozytywne postawy warunkujące bezpieczeństwo, należy dokonać analizy wyników respondentów, którzy uzyskali wynik w skali 75 lub wyższy.



	<p>Skala Likerta (1=Silnie się nie zgadzam, 2=Nieznacznie się zgadzam, 3=Neutralnie, 4=Nieznacznie się zgadzam, 5=Silnie się zgadzam). Przeliczenie na skalę 100 punktową: 1=0 2=25 3=50 4=75 5=100</p> <p>Jeśli występują braki danych w podskali, to obliczamy wg wzoru, tyle że średnią obliczamy dzieląc przez liczbę udzielonych odpowiedzi (nie wliczając brakującej odpowiedzi). Jeśli w podskali jest znacznie brakuje danych, wtedy tylko ta podskala nie jest analizowana, a pozostałe 5 tak (wg. autorów kwestionariusza jest to do decyzji badaczy).</p> <p>Jeśli odsetek wszystkich braków danych, w całym kwestionariuszu jest w granicach 15-20% wtedy rozważenie usunięcia całej ankiety.</p>
Formularz skali	

Postawy wobec bezpieczeństwa: Perspektywy personelu pracującego w danym obszarze opieki nad pacjentem (SAQ-SF PL)

Pracuję w (proszę określić obszar kliniczny lub obszar opieki nad pacjentem, w którym spędza Pan/Pani najwięcej czasu): .....

Jest to oddział: ..... Prosimy o wypełnienie ankiety w oparciu o własne doświadczenia w tym oddziale szpitalnym.

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania odnosząc się do oddziału szpitalnego, w którym Pan/Pani pracuje.

Proszę wybrać odpowiedź używając poniższej skali:

A	B	C	D	E	X
Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam	Odpowiedź neutralna	Raczej się zgadzam	Zdecydowanie się zgadzam	Nie dotyczy

**1. Praca pielęgniarek w moim oddziale jest postrzegana pozytywnie.**

A    B    C    D    E    X

**2. W tym oddziale trudno jest mówić otwarcie, jeśli dostrzegam problem dotyczący opieki nad pacjentem.**

A    B    C    D    E    X

**3. Spory pojawiające się w oddziale są właściwie rozstrzygane (tj. z perspektywy tego, co jest najlepsze dla pacjenta, a nie tego, kto ma rację).**

A    B    C    D    E    X

**4. W opiece nad pacjentami otrzymuję od pozostałych członków zespołu wsparcie, którego potrzebuję.**

A    B    C    D    E    X

**5. Członkowie zespołu nie mają problemów z zadawaniem pytań, jeśli czegoś nie rozumieją.**

A     B     C     D     E     X

**6. Lekarze i pielęgniarki tworzą dobrze skoordynowany zespół.**

A     B     C     D     E     X

**7. Czulbym/Czulabym się bezpiecznie, będąc leczony/a tu jako pacjent/pacjentka.**

A     B     C     D     E     X

**8. W tym oddziale sprawy dotyczące zdarzeń niepożądanych są właściwie prowadzone.**

A     B     C     D     E     X

**9. Wiem jak i do kogo kierować pytania dotyczące bezpieczeństwa pacjenta na tym oddziale.**

A     B     C     D     E     X

**10. Otrzymuję odpowiednie informacje zwrotne dotyczące mojej pracy.**

A     B     C     D     E     X

**11. Na tym oddziale trudno jest dyskutować o błędach.**

A     B     C     D     E     X

**12. Moi koledzy zachęcają mnie do zgłaszania wszelkich wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa pacjenta, jakie mi się nasuwają.**

A     B     C     D     E     X

**13. Kultura pracy na tym oddziale ulawia uczenie się na błędach innych.**

A     B     C     D     E     X

**14. Gdybym zgłosił/zgłosiła swoje sugestie dotyczące bezpieczeństwa kierownictwu, zostałyby one uwzględnione.**

A     B     C     D     E     X

**15. Lubię moją pracę.**

A     B     C     D     E     X

**16. Praca tutaj, to jak bycie częścią dużej rodziny.**

A     B     C     D     E     X

**17. To dobre miejsce do pracy.**

A     B     C     D     E     X

**18. Jestem dumny/dumna z pracy na tym oddziale.**

A     B     C     D     E     X

**19. Morale na tym oddziale są wysokie.**

A     B     C     D     E     X

**20. Kiedy jestem przeciążony/przeciążona pracą, jakość pracy jest niższa.**

A     B     C     D     E     X

**21. Jestem mniej efektywny/efektywna w pracy, kiedy jestem zmęczony/zmęczona.**

A     B     C     D     E     X

**22. W sytuacji napięcia lub wrogości ryzyko, że popełnię błąd jest większe.**

A     B     C     D     E     X

**23. Zmęczenie ma negatywny wpływ na moją pracę w nagłych przypadkach (np. reanimacja, atak padaczki).**

A     B     C     D     E     X

**24. Kierownictwo wspiera mnie w codziennych wysiłkach\*:**

Kier. Oddziału:

A     B     C     D     E     X

Dyr. Szpitala

A     B     C     D     E     X

**25. Kierownictwo nie naraża świadomie bezpieczeństwa pacjentów\*:**

Kier. Oddziału:

A     B     C     D     E     X

Dyr. Szpitala

A     B     C     D     E     X

**26. Zarządzający wykonuje dobrze pracę\*:**

Kier. Oddziału:

A     B     C     D     E     X

Dyr. Szpitala

A     B     C     D     E     X

**27. Problemy personelu są rozwiązywane konstruktywnie przez\*:**

Kier. Oddziału:

A     B     C     D     E     X

Dyr. Szpitala

A     B     C     D     E     X

**28. Otrzymuję terminowo odpowiednie informacje, które mogą mieć wpływ na moją pracę od\*:**

Kier. Oddziału:

A     B     C     D     E     X

Dyr. Szpitala

A     B     C     D     E     X

**29. Poziom zatrudnienia personelu w oddziale jest odpowiedni w stosunku do liczby pacjentów.**

A     B     C     D     E     X

**30. Szpital prawidłowo szkoli nowy personel.**

A     B     C     D     E     X

**31. Mam standardowo dostęp do wszystkich informacji niezbędnych do podejmowania decyzji diagnostycznych lub terapeutycznych.**

A     B     C     D     E     X

**32. Osoby szkolące się w moim zawodzie są odpowiednio nadzorowane.**

A     B     C     D     E     X

**33. Moje doświadczenia współpracy z pielęgniarkami na tym oddziale są dobre.**

A     B     C     D     E     X

**34. Moje doświadczenia współpracy z lekarzami na tym oddziale są dobre.**

A     B     C     D     E     X

**35. Moje doświadczenia współpracy z farmaceutami na tym oddziale są dobre.**

A     B     C     D     E     X

**36. Często występują zaburzenia komunikacji, prowadzące do opóźnień w zapewnieniu opieki.**

A     B     C     D     E     X

## INFORMACJE DODATKOWE

**Dzisiejsza data (miesiąc/rok):** \_\_\_\_\_

Czy wypełniał/a Pan/Pani tę ankietę wcześniej?

Tak                       Nie                       Nie wiem

**Zajmowane stanowisko: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):**

- Lekarz ordynator/Lekarz etatowy
- Lekarz specjalista na stażu naukowym
- Lekarz rezydent
- Lekarz/pielęgniarka z tytułem magistra
- Pielęgniarka oddziałowa/ zarządzająca
- Dyplomowana pielęgniarka
- Farmaceuta
- Terapeuta (fizjoterapeuta, ter. zajęciowy)
- Kliniczny pracownik socjalny
- Dietetyk
- Prac.wsparcia med.\*\* (np. opiekun med., ratow. med.,itd.)

- Technolog/technik (zabiegowy, laboratoryjny, radiologiczny, itd.)
- Pracownik wsparcia admin. (urzędnik/prac. sekretariatu, itd.)
- Wsparcie środowiskowe (sanitariuszka, prac. firmy sprz., itd.)
- Pozostałe funkcje kierownicze (np. kierownik kliniki)
- Inne: .....

**Proszę zaznaczyć płeć:**

- Mężczyzna                       Kobieta

**Przeważająca grupa pacjentów:**

- Dorośli                       Dzieci                       Obie grupy

**Doświadczenie zawodowe:**

- Poniżej 6 m-cy 6
- do 11 m-cy
- 1 do 2 lat
- 3 do 4 lat
- 5 do 10 lat
- 11 do 20 lat
- 21 lat i więcej

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety  
– jesteśmy wdzięczni za udział  
w badaniu i poświęcony nam czas.**

\* W pytaniach od 24 do 28 proszę o wyrażanie  
opinii zarówno w odniesieniu do kierownika  
oddziału jak i dyrektora szpitala.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malinowska-Lipień I, Brzyski P, Gabryś T, Gniadek A, Kózka M, Kawalec P, Brzostek T, Squires A. Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form (SAQ-SF) in Poland. 2021, PLOS ONE [serial online] 2021, 16(2): e0246340. Dostęp z Internetu: <a href="https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246340">https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0246340</a> Dostęp: 17.10.2022</li> <li>2. Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabryś T, Kózka M, Gajda K, et al. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. PLOS ONE [serial online], 2021:16(12): e0260926. Dostęp z Internetu: <a href="https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260926">https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260926</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>3. Dickens, G.L., Salamonson, Y., Ramjan, L., Steel, K. and Everett, B. Safety attitudes, perceived organizational culture and knowledge of the physiologically deteriorating patient among mental health nurses: Cross-sectional, correlational study. <i>Int J Mental Health Nurs</i>, [serial online], 2019, 28: 1347-1362. Dostęp z Internetu: <a href="https://online-library.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12649">https://online-library.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12649</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>4. Dickens, GL, Salamonson, Y, Johnson, A, et al. Longitudinal evaluation of a programme for safety culture change in a mental health service. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2021, 29: 689– 697. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13205">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13205</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>5. Paguio, JT, Yu, DSF. A mixed methods study to evaluate the effects of a teamwork enhancement and quality improvement initiative on nurses’ work environment. <i>J Adv Nurs.</i> [serial online] 2020, 76: 664– 675. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14270">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14270</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>6. Kosydar-Bochenek, J.; Krupa, S.; Religa, D.; Friganović, A.; Oomen, B.; Brioni, E.; Iordanou, S.; Suchoparski, M.; Knap, M.; Mędrzycka-Dąbrowska, W. The Perception of the Patient Safety Climate by Health Professionals during the COVID-19 Pandemic—International Research. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2022, 19, 9712. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9712">https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9712</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>7. Malinowska-Lipień, I., Wadas, T., Gabryś, T., Kózka, M., Gniadek, A., Brzostek, T. et al. (2022) Evaluating Polish nurses’ working conditions and patient safety during the COVID-19 pandemic. <i>International Nursing Review</i> [serial online], 2022, 69, 239– 248. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12724">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12724</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>8. Garratt AM, Hutchinson A, Ian Russell J. The UK version of the Seattle Angina Questionnaire (SAQ-UK): Reliability, validity and responsiveness, <i>Journal of Clinical Epidemiology.</i> [serial online] 2001, 54 (9): 907-915. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435601003523">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435601003523</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>9. Vicente BM. Cross-cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire Short Form in Spanish and Italian Operating Rooms: Psychometric Properties. <i>Journal of Patient Safety:</i> [serial online] 2022, 18(3): e687-e696 Dostęp z Internetu: <a href="http://doi:10.1097/PTS.0000000000000902">http://doi:10.1097/PTS.0000000000000902</a>: Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>10. Zenere, A., Zanolin, M. E., Negri, R., Moretti, F., Grassi, M., and Tardivo, S. Assessing safety culture in NICU: psychometric properties of the Italian version of Safety Attitude Questionnaire and result implications. <i>J Eval Clin Pract</i>, [serial online] 2016, 22: 275– 282. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12472">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12472</a>. Dostęp: 17.10.2022.</li> </ol>

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.A.6. Kwestionariusz do oceny pominiętej opieki</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Basel Extend of Rationing Nursing Care	
Skrót	BERNCA	
Wersja skali	Właściwa	
	Skrócona	
	Nazwisko i imię	Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S..
	Rok publikacji	2006
	Źródło	Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extend of Rationing of Nursing Care instrument. Nurs Res. 2007;56: 416–424. pmid:18004188
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Uchmanowicz I., Kirwan M., Riklikiene O. Wolfshaut-Wolak R., Gotlib J., Schubert M.
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Uchmanowicz I, Kirwan M, Riklikiene O, Wolfshaut-Wolak R, Gotlib J, Schubert M (2019) Validation of Polish version of the Basel Extend of Rationing of Nursing Care revised questionnaire. PLoS ONE 14(3): e0212918. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212918">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212918</a>
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	minimalizowana i niedostarczana opieka
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Wersja szpitalna BERNCA była po raz pierwszy dostępna w języku niemieckim, francuskim i włoskim ze szwajcarskiego badania RN4CAST. Wydajność opieki mierzona jest za pomocą 32-punktowego kwestionariusza, który wyszczególnia niezbędne zadania pielęgniarские, w tym codzienne czynności, wsparcie emocjonalne lub psychospołeczne, edukację i opiekę rehabilitacyjną, warunki bezpieczeństwa i dokumentację.
	Orientacyjny czas badania	1 godzina
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Zastosowanie narzędzia pozwala ocenić skalę zjawiska racjonowania opieki [1], identyfikować związki między środowiskiem pracy a racjonowaniem opieki oraz wskazywać na obszary wymagające poprawy, które mogą zminimalizować racjonowanie opieki [2,3]. Za pomocą narzędzia badano czy poziom optymizmu oraz zadowolenie z pracy i życia pielęgniarek jest czynnikiem wpływającym na racjonowanie opieki [4,5]. Badano racjonowanie opieki w odniesieniu do różnych grup pielęgniarek, między innymi pielęgniarek onkologicznych [6]. Narzędzie pozwala na identyfikację związku frakcjonowania opieki z depresją i wypaleniem zawodowym [7,8]. Badania wskazują na jego skuteczność w regularnym monitorowaniu wykonywanej i nieodebranej opieki pielęgniarstwiej co ma kluczowe znaczenie dla

		kadry zarządzającej w podejmowaniu decyzji opartych na dowodach [9]. Poprzez określenie związku pomiędzy klimatem bezpieczeństwa a niedokończoną opieką pielęgniarską, skala pozwala na również możliwość porównań międzynarodowych [10].				
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli				
	Miejsce badanych	szpital				
	Stan badanych	wszystkie formy zatrudnienia				
	Sytuacje	ocena minimalizowanej i pomijanej opieki				
	Inne	wpływ na wyniki leczenia pacjentów				
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: pielęgniarska kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci Osoby nieprofesjonalne: brak wskazań do zastosowania					
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		zgoda autora polskiej wersji				
Klucz do skali/interpretacja wyników	Ocena dokonywana jest za pomocą 5-punktowej skali typu Likerta [0 = nie wymagane, 1 = nigdy, 2 = rzadko, 3 = czasami, 4 = często). Respondenci oceniają jak często w ciągu ostatnich siedmiu dni roboczych nie byli w stanie wykonać 32 zadań z powodu niewystarczającego czasu, poziomu personelu i/lub kombinacji umiejętności. Aby obliczyć średni poziom domniemanego racjonowania opieki pielęgniarskiej, wyniki dla każdej pielęgniarki są uśrednione dla wszystkich 32 pozycji; wynik sumaryczny waha się od 0 do 60, a średnio od 0 do 3,0.					
Formularz skali/ <b>BERNCA Kwestionariusz dotyczący racjonowania opieki pielęgniarskiej</b> <b>PYTANIA DOTYCZĄCE ZADAŃ PIEŁĘGNIAREK I OKREŚLANIA PRIORYTETÓW</b>						
<b>Jak często w ciągu ostatnich 7 dni pracy...</b>	nie było takiej potrzeby	nigdy	rzadko	czasami	często	
1) nie mogłaś/eś przeprowadzić u pacjentów koniecznej kąpieli całego ciała w łóżku ?						
2) nie mogłaś/eś przeprowadzić u pacjentów koniecznej toalety w łóżku?						
3) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z pielęgnacją skóry?						
4) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z higieną jamy ustnej?						
5) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z higieną zębów?						
6) nie mogłaś/eś należyć pomoc pacjentom niejedzącym samodzielnie przy spożywaniu pokarmów?						
7) nie mogłaś/eś pomóc pacjentowi o ograniczonym/utrudnionym poruszaniu lub unieruchomionemu w przemieszczaniu się ?						
8) nie mogłaś/eś zmienić pozycji pacjentowi o ograniczonym/utrudnionym poruszaniu lub unieruchomionemu ?						



9) nie mogłaś/eś w odpowiednim czasie zmienić pacjentom pościeli zabrudzonej moczem, kałem lub wymiocinami?					
10) nie mogłaś/eś zaproponować pacjentowi wsparcia emocjonalnego lub psychospołecznego, mimo że w twojej ocenie było ono konieczne: np. w poczuciu zagrożenia, strachu, utraty niezależności związanej z chorobą?					
11) nie mogłaś/eś odbyć wymaganej rozmowy z pacjentem lub jego rodziną?					
12) nie mogłaś/eś przekazać pacjentom wystarczających informacji na temat zbliżających się badań lub leczenia?					
13) nie mogłaś/eś nauczyć pacjentów korzystania z toalety lub utrzymania moczu, co było związane z koniecznością użycia pieluchy?					
14) nie mogłaś/eś nauczyć pacjentów korzystania z toalety lub utrzymania moczu, co było związane z koniecznością założenia cewnika ?					
15) nie mogłaś/eś przeprowadzić czynności aktywujących lub zabiegów rehabilitacyjnych?					

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomaszewska, K.; Majchrowicz, B.; Ratusznik, D. Rationing of Nursing Care on Example of Selected Health Care Facility. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2021, 18, 12824. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12824">https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12824</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>2. Papastavrou E, Andreou P, Tsangari H, Schubert M, De Geest S. Rationing of Nursing Care Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. <i>Clinical Nursing Research</i> [serial online] 2014; 23(3):314-335. Dostęp z Internetu: <a href="http://doi:10.1177/1054773812469543">http://doi:10.1177/1054773812469543</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>3. Kołtuniuk A, Witczak I, Młynarska A, Czajor K, Uchmanowicz I. Satisfaction With Life, Satisfaction With Job, and the Level of Care Rationing Among Polish Nurses-A Cross-Sectional Study. <i>Front Psychol.</i> [serial online] 2021,28;(12):734789. Dostęp z Internetu: <a href="http://doi: 10.3389/fpsyg.2021.734789">http://doi: 10.3389/fpsyg.2021.734789</a>. Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>4. Jaworski, M, Iwanow, L, Grochans, E, et al. Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2020; 28: 1948– 1959. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12974">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12974</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>5. Uchmanowicz, I, Witczak, I, Rypicz, Ł, et al. A new approach to the prevention of nursing care rationing: Cross-sectional study on positive orientation. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2021, 29: 317– 325. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13156">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13156</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>6. Piotrowska, A.; Lisowska, A.; Twardak, I.; Włostowska, K.; Uchmanowicz, I.; Mess, E. Determinants Affecting the Rationing of Nursing Care and Professional Burnout among Oncology Nurses. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2022, 19:Dostęp z Internetu: 7180. <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7180">https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7180</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> </ol>

	<p>7. Larysz, A.; Prokopowicz, A.; Zakliczyński, M.; Uchmanowicz, I. Occurrence of Professional Burnout and Severity of Depressive Symptoms among Cardiac Nurses: A Cross-Sectional Study. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] <b>2021</b>, <i>18</i>, 12038. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/12038">https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/12038</a> Dostęp: 17.10.2022.</p> <p>8. Uchmanowicz I, Kubiela G, Serzysko B, Kołcz A, Gurowiec P, Kolarczyk E. Rationing of Nursing Care and Professional Burnout Among Nurses Working in Cardiovascular Settings. <i>Front Psychol.</i> [serial online] 2021, 6;12:726318. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8527187/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8527187/</a> Dostęp: 17.10.2022.</p> <p>9. Hübsch, C, Müller, M, Spirig, R, Kleinknecht-Dolf, M. Performed and missed nursing care in Swiss acute care hospitals: Conceptual considerations and psychometric evaluation of the German MISSCARE questionnaire. <i>J Nurs Manag.</i> [serial online] 2020, 28: 2048– 2060. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13026">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13026</a> Dostęp: 17.10.2022.</p> <p>10. Gurková, E, Zeleníková, R, Friganovic, A, et al. Hospital safety climate from nurses' perspective in four European countries. <i>International Nursing Review</i> [serial online] 2020, 67: 208– 217. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12561">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12561</a> Dostęp: 17.10.2022.</p>
--	--

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELEGNIASTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.A.7. Kwestionariusz do pomiaru mobbingu w miejscu pracy</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Negative Act Questionnaire	
Skrót	NAQ-R	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Staale Einarsen, Helge Hoel & Guy Notelaers
	Rok publikacji	2009
	Źródło	Staale Einarsen, Helge Hoel & Guy Notelaers (2009) Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised, <i>Work &amp; Stress</i> , 23:1, 24-44, DOI: 10.1080/02678370902815673
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Magdaleny Warszawskiej-Makuch
	Rok publikacji	2007
	Źródło	<a href="https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-article-BPC1-0008-0019?q=bwmeta1.element.baztech-volume-0137-7043-bezpieczenstwo_pracy_nauka_i_praktyka-2007-nr_12;3&amp;qt=CHILDREN-STATELESS">https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-article-BPC1-0008-0019?q=bwmeta1.element.baztech-volume-0137-7043-bezpieczenstwo_pracy_nauka_i_praktyka-2007-nr_12;3&amp;qt=CHILDREN-STATELESS</a>
Krótki charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Identyfikowanie i ocena stopnia narażenia pracowników na mobbing w określonych środowiskach pracy, a także porównywanie wskaźników uzyskanych w różnych krajach, grupach zawodowych czy organizacjach. Narzędzie można wykorzystać do rozróżnienia grup pracowników o różnych poziomach narażenia na zastraszanie, od rzadkiego narażenia na nieuprzejmość w pracy do mobbingu wynikającego z zastraszania i nękania.

## Zarządzanie w pielęgniarstwie

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	NAQ-R składa się z trzech podskal związanych ze: znęcaniem się nad osobą (12 pozycji), znęcaniem się w miejscu pracy (7 pozycji) i zastraszaniem związanym z zastraszaniem (3 pozycje). Dodatkowo ostatnie pytanie (pytanie #23) zawiera własną definicję znęcania się. Skala ocenia trzy podstawowe czynniki: nękanie osobiste, nękanie związane z pracą i fizycznym zastraszaniem. Skala może być również stosowana jako miara jednoczynnikowa. NAQ-R bada korelacje ze zdrowiem psychicznym, psychospołecznych aspektach środowiska pracy i przywództwem.
	Orientacyjny czas badania	1 godzina
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Narzędzie to może być wykorzystywane jako narzędzie przesiewowe w ocenie nękania w miejscu pracy [1]. Pozwala na identyfikowanie najczęstszych negatywnych oddziaływań w miejscu pracy, a także indywidualnych i związanych z pracą czynników ryzyka wystąpienia mobbingu [2]. Skala może pomóc w opracowywaniu strategii profilaktycznych i interwencyjnych w przypadku diagnozy mobbingu w miejscu pracy. Ponieważ NAQ-R jest najszerzej wypróbowaną i przetestowaną miarą nękania w miejscu pracy na świecie, wyniki badania mogą ułatwić porównania międzykulturowe [3]. Badano również tym narzędziem związek między przywództwem a wsparciem społecznym i narażeniem na mobbing w miejscu pracy [4]. Kwestionariusz był też wykorzystany do oceny nękania pracowników medycznych [5] w tym, pielęgniarek [6,7,8] i lekarzy [9]. Identyfikowano związek między wypaleniem zawodowym a zjawiskiem nękania w miejscu pracy [10].
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dorośli (18+)
	Miejsce badanych	podmioty lecznicze
	Stan badanych	komunikacja w języku polskim
	Sytuacje	ocena środowiska pracy
	Inne	brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: psycholodzy, pielęgniarstwa kadra zarządzająca, pielęgniarki, położne, studenci studiów II stopnia, doktoranci, Osoby nieprofesjonalne: kadra zarządzająca	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		zgoda autora wersji polskiej
Klucz do skali/interpretacja wyników	Skala NAQ-R kategoryzuje respondentów jako „nigdy nie był nękanym” (wyniki poniżej 40), „sporadycznie nękanym” (wyniki między 40 a 56) i „ciężko nękanym” (wyniki powyżej 56).	

Formularz skali

KWESTIONARIUSZ DZIAŁAŃ NEGATYWNYCH

Poniższe działania często są uważane za przykład negatywnych zachowań w miejscu pracy. Jak często, w ciągu ostatnich 6 miesięcy, był(a) Pan(i) obiektem takich negatywnych działań w pracy?

Proszę zakreślić kółkiem liczbę oznaczającą jak często w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy zdarzało się:

1	2	3	4	5
Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie

- 1) Ukrywanie przez innych informacji, które mają wpływ na wyniki Twojej pracy  
1      2      3      4      5
- 2) Poniżanie i wyśmiewanie Cię w związku z Twoją pracą  
1      2      3      4      5
- 3) Zlecanie pracy poniżej Twoich kompetencji  
1      2      3      4      5
- 4) Odbieranie Ci odpowiedzialności za wykonywanie ważnych zadań lub zastępowanie ich zadaniami nadmiernie prostymi lub nieprzyjemnymi  
1      2      3      4      5
- 5) Szerzenie plotek i pogłosek na Twój temat  
1      2      3      4      5
- 6) Ignorowanie, wykluczanie lub bojkotowanie Twojej osoby  
1      2      3      4      5
- 7) Wygłaszanie obraźliwych lub obelżywych uwag dotyczących Twojej osoby tj. nawyków, pochodzenia, wyglądu, Twoich poglądów lub życia prywatnego  
1      2      3      4      5
- 8) Krzyczenie na Ciebie lub okazywanie Ci złości, wściekłości  
1      2      3      4      5
- 9) Zastraszanie przyjmujące formę: pokazywania palcem, naruszania przestrzeni prywatnej, popychania, blokowania/zagradzania drogi  
1      2      3      4      5
- 10) Aluzje lub sygnały od innych, że powinieneś/powinnaś odejść z pracy  
1      2      3      4      5
- 11) Powtarzające się wypominanie popełnionych przez Ciebie błędów  
1      2      3      4      5
- 12) Ignorowanie Twojej osoby lub przyjmowanie Cię z wrogością  
1      2      3      4      5
- 13) Nieustanne krytykowanie Twojej pracy i wysiłków  
1      2      3      4      5
- 14) Ignorowanie Twoich opinii i poglądów  
1      2      3      4      5
- 15) Robienie Ci „kawałów” przez osoby, z którymi nie jesteś w dobrych stosunkach  
1      2      3      4      5
- 16) Zlecanie Ci do wykonania zadań o niedorzecznych lub niemożliwych do realizacji celach lub terminach  
1      2      3      4      5
- 17) Stawianie Ci nieuzasadnionych zarzutów  
1      2      3      4      5
- 18) Nadmierne kontrolowanie Twojej pracy  
1      2      3      4      5

19) Naciski, abyś nie domagał(a) się czegoś, do czego jesteś uprawniony(a) np. zwolnienia lekarskiego, urlopu wypoczynkowego, zwrotu kosztów podróży	1	2	3	4	5
20) Częste dokuczanie i sarkastyczne uwagi wobec Ciebie	1	2	3	4	5
21) Obciążanie Cię nadmierną ilością pracy, której nie jesteś w stanie wykonać	1	2	3	4	5
22) Grożenie Ci użyciem przemocy fizycznej bądź faktyczne fizyczne znęcanie się nad Tobą	1	2	3	4	5
23. Czy byłeś(aś)/ jesteś mobbingowany(a) w pracy? Mobbing definiujemy jako sytuację, w której jedna lub kilka osób bezustannie, przez pewien czas czuje się narażona na negatywne działania ze strony jednej lub kilku osób i ma trudności z obronieniem się przed tymi działaniami. Jednorazowy incydent nie jest uznawany za mobbing. Posługując się powyższą definicją, proszę określić, czy byłeś(aś) mobbingowany(a) w pracy w czasie ostatnich 6 miesięcy?					
1. Nie					
2. Tak, ale rzadko					
3. Tak, co jakiś czas					
4. Tak, kilka razy w tygodniu					
5. Tak, prawie codziennie					

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Erwandi, D.; Kadir, A.; Lestari, F. Identification of Workplace Bullying: Reliability and Validity of Indonesian Version of the Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R). <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] <b>2021</b>, <i>18</i>: 3985. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/3985">https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/3985</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>Serafin LI, Czarkowska-Pączek B Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: a nationwide cross-sectional Polish study survey <i>BMJ Open</i> [serial online] 2019;<b>9</b>:e033819. Dostęp z Internetu: <a href="https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e033819.abstract">https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e033819.abstract</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>Gupta, R., Bakhshi, A., &amp; Einarsen, S. Investigating Workplace Bullying in India: Psychometric Properties, Validity, and Cutoff Scores of Negative Acts Questionnaire-Revised. <i>SAGE Open</i> [serial online], 2017, <i>7</i>(2). Dostęp z Internetu: <a href="https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244017715674">https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244017715674</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>Magdalena Warszewska-Makuch, Sylwia Bedyńska &amp; Dorota Żołnierczyk-Zreda. Authentic leadership, social support and their role in workplace bullying and its mental health consequences, <i>International Journal of Occupational Safety and Ergonomics</i>, 2015, <i>21</i>:2, 128-140, Dostęp z Internetu: <a href="http://doi: 10.1080/10803548.2015.1028230">http://doi: 10.1080/10803548.2015.1028230</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>Harris, Whitney C. Usseglio, John, Chapman-Rodriguez, Rose Licursi, Maureen, Larson, Elaine. A Scoping Review of Validated Tools to Measure Incivility in Healthcare Settings. <i>JONA: The Journal of Nursing Administration</i>: [serial online] 2019, <i>49</i>(9): 447-453 Dostęp z Internetu: <a href="http://doi: 10.1097/NNA.0000000000000783">http://doi: 10.1097/NNA.0000000000000783</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>Karatzas C, Zyga S, Tziaferi S, Prezerakos P. Workplace Bullying Among the Nursing Staff of Greek Public Hospitals. <i>Workplace Health &amp; Safety</i>. [serial online] 2017, <i>65</i>(2):57-64. Dostęp z Internetu: <a href="https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2165079916657106">https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2165079916657106</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> <li>Serafin, L, Sak-Dankosky, N, Czarkowska-Pączek, B. Bullying in nursing evaluated by the Negative Acts Questionnaire-Revised: A systematic review and meta-analysis. <i>J Adv Nurs</i>. [serial online] 2020, <i>76</i>: 1320– 1333. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14331">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14331</a> Dostęp: 17.10.2022.</li> </ol>

	<p>8. Hsieh Y, Wang H, Ma S. The mediating role of self-efficacy in the relationship between workplace bullying, mental health and an intention to leave among nurses in Taiwan. <i>International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health</i> [serial online]. 2019,32(2):245-254. Dostęp z Internetu: <a href="http://doi:10.13075/ijomh.1896.01322">http://doi:10.13075/ijomh.1896.01322</a>. Do: 17.10.2022.stęp</p> <p>9. Dubas-Jakóbczyk, K.; Domagała, A.; Kiedik, D.; Peña-Sánchez, J.N. Exploring Satisfaction and Migration Intentions of Physicians in Three University Hospitals in Poland. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online] 2020, 17, 43. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/17/1/43">https://www.mdpi.com/1660-4601/17/1/43</a> Dostęp: 17.10.2022.</p> <p>10. Jaworek M, Marek T, Karwowski W, Andrzejczak Ch, Genaidy AM, Burnout syndrome as a mediator for the effect of work-related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses, <i>International Journal of Industrial Ergonomics</i>, [serial online] 2010, 40(3): 368-375. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169814110000077">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169814110000077</a> Dostęp: 17.10.2022.</p>
--	---

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

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.1. Skala Stresorów Zawodowych Pielęgniarek</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Nurses Occupational Stressor Scale (NOSS)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Chen, Yi-Chuan, Yue-Liang Leon Guo, Li-Chan Lin, Yu-Ju Lee, Pei-Yi Hu, Jiune-Jye Ho i Judith Shu-Chu Shiao.
Państwo	Taiwan
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Pytania do NOSS zostały wygenerowane przez konsensus ekspertów po informacjach zwrotnych od grup fokusowych i zostały wykorzystane do ankiety opracowanej w 2013 r. Następnie, po zbadaniu ważności i odtwarzalności opracowano krótszą wersję ankiety w 2014 roku. Dokładność krótkiej wersji NOSS do przewidywania poziomu stresu pielęgniarek została oceniona na podstawie krzywych charakterystyki pracy w celu porównania istniejących instrumentów do pomiaru wyników stresu, a mianowicie wypalenia osobistego, wypalenia związanego z klientem, niezadowolenia z pracy i zamiaru odejścia z pracy. Krótsza wersja NOSS zawiera 21 pozycjami uznanych za wystarczające do pomiaru stresorów w środowisku pracy pielęgniarek. Uwzględniono dziewięć podskal: (1) wymagania dotyczące pracy, (2) konflikt między pracą a rodziną, (3) niewystarczające wsparcie ze strony współpracowników lub opiekunów, (4) przemoc w miejscu pracy i zastraszanie, (5) kwestie organizacyjne, (6) zagrożenia zawodowe, (7) trudności z wzięciem urlopu, (8) bezsilność i (9) niezaspokojone podstawowe potrzeby fizjologiczne. 21-elementowy NOSS okazał się mieć wysoką współbieżność i trafność konstrukcji. Współczynniki korelacji podskal dla wiarygodności testu-retestu wahają się od 0,71 do 0,83, zaś współczynniki wewnętrznej spójności ( $\alpha$ Cronbacha) wahają się od 0,35 do 0,77. NOSS wykazuje dokładną prognozę wypalenia osobistego, wypalenia związanego z klientem, niezadowolenia z pracy i zamiaru odejścia.

Źródło bibliograficzne	Miranda, Dinis Reis MD, PhD, FCCM; Nap, Raoul MSc, Biostat; de Rijk, Angelique MA, PhD; Schaufeli, Wilmar MA, PhD; Iapichino, Gaetano MD the members of the TISS Working Group. Nursing activities score. <i>Critical Care Medicine</i> : February 2003 - Volume 31 - Issue 2 - p 374-382 doi: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC
Źródło on-line	<a href="https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC">https:// doi: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC</a>
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.2. Narzędzie do pomiaru niedostarczonej opieki</b>
Nazwa skali w języku angielskim	MISSCARE Survey The Missed Nursing Care Survey
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kalisch B.J.- Williams R.A.
Państwo	USA
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	MISSCARE Narzędzie do pomiaru pominiętej opieki pielęgniarską (część A) i przyczyny braku opieki pielęgniarskiej (część B). MISSCARE OR - Część A – „Elementy opieki pielęgniarskiej okołoperacyjnej” (32 pytania) oraz część B „Przyczyny braku opieki pielęgniarskiej” (17 pytań).
Źródło bibliograficzne	Kalisch, Beatrice J. PhD, RN; Williams, Reg Arthur PhD, RN. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. <i>JONA: The Journal of Nursing Administration</i> : May 2009 - Volume 39 - Issue 5 - p 211-219 doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5 Kalisch, B., McLaughlin, M., Marsh, V., Nguyen, L., & Talsma, A. (2021). The Development and Testing of the MISSCARE Survey OR. <i>Journal of Nursing Measurement</i> .
Źródło on-line	<a href="http://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5">http://doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5</a> <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202">https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.3. Kwestionariusz klinicznych potrzeb przywództwa</b>
Nazwa skali w języku angielskim	CLeeNA
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Vera J C Mc Carthy Ashling Murphy Eileen Savage, Józefina Hegarty, Alicja Coffey, Patricia Leahy-Warren, Aine Horgan, Rhona O'Connell, Lynne Marsh, Jonathan Drennan.
Państwo	USA
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie służy do analizy potrzeb przywództwa klinicznego pielęgniarek i położnych (CLeeNA), które to ma fundamentalne znaczenie dla zapewnienia wysokiej jakości, bezpiecznej opieki nad pacjentem. Kwestionariusz składa się z 7-punktowej skali przymiotnikowej i obejmuje 56 pozycji. Czynniki te zidentyfikowano jako: personel i świadczenie opieki; inicjatywy technologiczne i opiekuńcze; rozwój własny i zespołowy; standardy opieki; zarządzanie finansami i usługami; przywództwo i praktyka kliniczna; bezpieczeństwo pacjentów i zarządzanie ryzykiem.
Źródło bibliograficzne	Mc Carthy, V. J., Murphy, A., Savage, E., Hegarty, J., Coffey, A., Leahy-Warren, P., ... & Drennan, J. (2019). Development and psychometric testing of the clinical leadership needs analysis (CLeeNA) instrument for nurses and midwives. <i>Journal of nursing management</i> , 27(2), 245-255.
Źródło on-line	<a href="http://doi.1010.1111/jonm.12672">http://doi.1010.1111/jonm.12672</a>

<b>Przykład 4</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.4. Narzędzie do monitorowania zdarzeń niepożądanych</b>
Nazwa skali w języku angielskim	(IHI), Global Trigger Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Narzędzie opracowane w Baylor Health Care System (BHCS) – w zintegrowanym systemie opieki zdrowotnej w północnym Teksasie.
Państwo	USA
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie Global Trigger Tool zostało zastosowane w ośmiu szpitalach intensywnej terapii BHCS, dwóch szpitalach szpitalnych z chorobami sercowo-naczyniowymi i dwóch szpitalach rehabilitacyjnych / długoterminowej intensywnej opiece w Teksasie w USA. Narzędzie służy do obiektywnego określania i monitorowania zdarzeń niepożądanych (AE).
Źródło bibliograficzne	Classen, D. C., Lloyd, R. C., Provost, L., Griffin, F. A., & Resar, R. (2008). Development and evaluation of the institute for healthcare improvement global trigger tool. <i>Journal of Patient Safety</i> , 169-177. Adler L, Denham CR, McKeever M, Purunton R, Guilloteau F, Moorhead D, Resar R. Global Trigger Tool: Implementation basics. <i>Journal of Patient Safety</i> . 2008 Dec;4(4):245-249.
Źródło on-line	<a href="https://www.jstor.org/stable/26636589">https://www.jstor.org/stable/26636589</a>
<b>Przykład 5</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.5. Skala kompetencji zawodowych pielęgniarek</b>
Nazwa skali w języku angielskim	NPC Scale-SF, NPC Scale Short Form
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Nilsson J., Johansson E., Egmar AC., Florin J., Leksell J., Lepp M., Lindholm C., Nordstrom G., Theander K., Wilde-Larsson B., Carlsson M., Gardulf A. (2014).
Państwo	USA
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Wersja podstawowa Skali Kompetencji Zawodowych Pielęgniarek NPC, składa się z 88 pozycji i obejmuje osiem czynników: „Opieka pielęgniarska”, „Opieka pielęgniarska oparta na wartościach”, „Opieka medyczna/techniczna”, „Nauczanie/uczenie się i wsparcie”, „Dokumentacja i technologia informacyjna”, „Ustawodawstwo w planowaniu pielęgniarskim i bezpieczeństwie”, „Przywództwo i rozwój opieki pielęgniarskiej” oraz „Kształcenie i nadzór personelu/studentów”. Skale NPC w wersji oryginalnej (88 pozycji) i skróconej formie (35 pozycji) służą do pomiaru kompetencji zgłaszanych przez studentów pielęgniarek i dyplomowanych pielęgniarek. Skale NPC mogą być używane po uzyskaniu zgody Grupy Badawczej NPC. Prośba o zgodę odbywa się poprzez wysłanie e-maila do prof. Margret Lepp. Zatwierdzenie jest ważne tylko dla bieżącego badania, o które proszono. Gdy używana jest oryginalna wersja NPC Scali (88 pozycji), należy podać następujące odniesienie: Nilsson J., Johansson E., Egmar AC., Florin J., Leksell J., Lepp M., Lindholm C., Nordstrom G., Theander K., Wilde-Larsson B., Carlsson M., Gardulf A. (2014). Opracowanie i walidacja nowego narzędzia do pomiaru kompetencji zawodowych zgłaszanych przez pielęgniarki — Skala kompetencji zawodowych pielęgniarek (NPC). <i>Edukacja pielęgniarska</i> 34; 574-580. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.016">http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.016</a> Gdy używana jest 35-elementowa skrócona forma NPC Scale (Skala NPC-SF), należy podać następujące odniesienie: Nilsson J., Engström M., Florin J., Gardulf A. i Carlsson M. (2018). Skrócona wersja skali kompetencji zawodowych pielęgniarek do pomiaru kompetencji pielęgniarek zgłaszanych przez pielęgniarki. <i>Edukacja pielęgniarska</i> 71; 233-239. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.028">https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.028</a>



Źródło bibliograficzne	Nilsson, J., Johansson, E., Egmar, A. C., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., ... & Gardulf, A. (2014). Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence—The nurse professional competence (NPC) Scale. <i>Nurse Education Today</i> , 34(4), 574-580.
Źródło on-line	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691713002670">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691713002670</a>
<b>Przykład 6</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.6. Skala do oceny zdolności radzenia sobie ze stresem (CD-RISC)</b>
Nazwa skali w języku angielskim	CD-RISC, The Connor-Davidson Resilience
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Kathryn M. Connor M.D., Jonathan R.T. Davidson M.D.
Państwo	USA
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Skala do oceny odporności pracowników w kontekście wypalenia zawodowego składa się z 25 pozycji, z których każda jest oceniana w 5-punktowej skali (0-4), z wyższymi wynikami odzwierciedlającymi większą odporność. Skala została opracowana 2003r. Wykorzystywana jest do oceny radzenia sobie ze stresem i może być ważnym elementem leczenia leku, depresji i reakcji stresowych.
Źródło bibliograficzne	Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). <i>Depression and anxiety</i> , 18(2), 76-82.
Źródło on-line	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.10113">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.10113</a>
<b>Przykład 7</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.7. Kwestionariusz komunikacji personelu oddziału intensywnej terapii (ICU-NPQ)</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Intensive Care Unit Nurse-Physician Questionnaire ICU-NPQ
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Maria Randmaa, Maria Engström, Gunilla Mårtensson, Christine Leo Swenne, Hans Högberg
Państwo	Japonia
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Opracowany do stosowania wśród pielęgniarek i lekarzy na oddziałach intensywnej terapii w celu oceny stopnia i jakości komunikacji oraz współpracy między personelem na OIOM-ach i podobnych placówkach opieki zdrowotnej. Może być używane do diagnozowania problemów organizacji i zespołów w celu poprawy komunikacji.
Źródło bibliograficzne	Randmaa, M., Engström, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Högberg, H. (2019). Psychometric properties of an instrument measuring communication within and between the professional groups licensed practical nurses and registered nurses in anaesthetic clinics. <i>BMC health services research</i> , 19(1), 1-9.
Źródło on-line	<a href="https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4805-7">https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4805-7</a>
<b>Przykład 8</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.8. Kwestionariusz kompetencji pielęgniarstkich w zakresie bezpieczeństwa pacjentów (C3Q-Safety)</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Critical Care Nursing Competence Questionnaire for Patient Safety - C3Q-Safety
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Autor: Masatoshi Okmura, Tomonori Ishigaki, Kazunao Mori, Yoshihiro Fujiwara,

Państwo	Japonia
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Opracowany w 2018r. 22-punktowy kwestionariusz przeznaczony do oceny kompetencji pielęgniarstwianych z bezpieczeństwem pacjentów na oddziałach intensywnej terapii. Autor nie wymaga zgody na używanie kwestionariusza. Powołuje na identyfikację czterech grup kompetencji: podejmowania decyzji, współpracy, interwencji pielęgniarstwianych i zasad opieki pielęgniarstwianych.
Źródło bibliograficzne	Okumura, M., Ishigaki, T., Mori, K., & Fujiwara, Y. (2019). Development of an easy-to-use questionnaire assessing critical care nursing competence in Japan: A cross-sectional study. <i>PloS one</i> , 14(11), e0225668.
Źródło on-line	<a href="https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0225668">https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0225668</a>
<b>Przykład 9</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.9. Kwestionariusz wpływu środowiska pracy na wyniki leczenia (AACN HWEAT)</b>
Nazwa skali w języku angielskim	(AACN HWEAT), Healthy Work Environment Assessment Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	American Association of Critical-Care Nurses (AACN).
Państwo	USA
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	HWEAT służy do oceny środowiska pracy i monitorowania postępów jego poprawy. Narzędzie ocenia środowisko na podstawie standardów, a nie poszczególnych grup w zespole. Służy do oceny organizacji, działów i jednostek w zakresie pomiaru postępów w osiągnięciu podstawowych standardów. Jest to narzędzie przesiewowe, a nie test diagnostyczny. Ocena środowiska pracy w oparciu o normy, ale nie diagnozuje konkretnych wyzwań w ramach norm. Zalecane jest korzystanie z narzędzia do identyfikowania problemów i oceny postępów, a nie do diagnozowania konkretnych przyczyn. Tworzenie zdrowego środowiska pracy to sposób bycia, który opiera się na sile całego zespołu.
Źródło bibliograficzne	Clark, C. M., Sattler, V. P., & Barbosa-Leiker, C. (2016). Development and testing of the healthy work environment inventory: a reliable tool for assessing work environment health and satisfaction. <i>Journal of Nursing Education</i> , 55(10), 555-562.
Źródło on-line	<a href="https://journals.healio.com/doi/abs/10.3928/01484834-20160914-03">https://journals.healio.com/doi/abs/10.3928/01484834-20160914-03</a>
<b>Przykład 10</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.10. Kwestionariusz obciążenia pracą w SOR (WANE)</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Workload Assessment of Nurses on Emergency
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Steluta Iordache, dr Monique Elseviers, mgr Rita De Cock, Dr Bart Van Rompaey
Państwo	Belgia
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie Workload Assessment of Nurses on Emergency (WANE) służy do pomiaru obciążenia pielęgniarstwianych na oddziałach ratunkowych. Narzędzie można wykorzystać do określenia, na bazie pacjenta i oddziału, podstawowego poziomu personelu pielęgniarstwianych i kombinacji umiejętności pielęgniarstwianych na oddziałach ratunkowych. WANE jest opartym na dowodach narzędziem do celów analizy porównawczej. Wykorzystanie opartego na dowodach narzędzia obciążenia pracą przy podejmowaniu decyzji kadrowych na oddziałach ratunkowych ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpiecznej opieki nad pacjentem i zapobiegania przeciążeniu pracą personelu.

Źródło bibliograficzne	Iordache, S., Elseviers, M., De Cock, R., & Van Rompaey, B. (2020). Development and validation of an assessment tool for nursing workload in emergency departments. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(5-6), 794-809. Dostęp z Internetu: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15106">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15106</a> Dostęp: 18.10.2022.
Źródło on-line	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15106">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15106</a>
<b>Przykład 11</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.11. Skala oceny obciążenia pracą</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Safer Nursing Care Tool
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Griffiths P, Saville C, Ball JE
Państwo	Wielka Brytania
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie zatwierdzone przez NICE, oparte na dowodach, które jest obecnie stosowane w NHS w Wielkiej Brytanii. Pakiet SNCT zawiera narzędzia do obszarów: oddziały zachowawcze i zabiegowe dla dorosłych oddziały pediatryczne oddziały psychiatryczne oddziały ratunkowe. Narzędzia te wykorzystywane są głównie przez personel pielęgniarstwa. Wspierają kadrę zarządzającą w określeniu optymalnych poziomów personelu pielęgniarstwa w zależności od stanu i/lub zależności pacjentów. Narzędzia mogą również wspierać organizacje w dostarczaniu opartych na dowodach planów zatrudnienia personelu.
Źródło bibliograficzne	Griffiths, P., Saville, C., Ball, J. E., Chable, R., Dimech, A., Jones, J., ... & Monks, T. (2020). The Safer Nursing Care Tool as a guide to nurse staffing requirements on hospital wards: observational and modelling study.
Źródło on-line	<a href="https://europepmc.org/article/nbk/nbk555320">https://europepmc.org/article/nbk/nbk555320</a>
<b>Przykład 12</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.12. Kwestionariusz pomiaru obciążenia pracą w OIOM</b>
Nazwa skali w języku angielskim	NOW, Nurse Operation Workload
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Charlotte C. Margadant, Nicolette F. de Keizer, Marga E. Hoogendoorn, Rob J. Bosman, Jan Jaap Spijkstra, Sylvia Brinkman,
Państwo	Holandia
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Nowy model pomiaru obciążenia pracą pielęgniarstwa dla oddziałów intensywnej terapii oparty na pomiarach czasu opieki. Model Nurse Operation Workload (NOW) przewyższa istniejące modele w mierzonym obciążeniu pracą pielęgniarek, a jednocześnie obejmuje mniejszą liczbę czynności, a tym samym zmniejsza obciążenie związane z monitorowaniem. Obciążenie pracą pielęgniarstwa związane z pacjentem mierzone przez NOW daje wgląd w rzeczywisty czas opieki potrzebny pacjentom i dlatego może być wykorzystane do oceny średniego obciążenia pracą na pielęgniarkę.
Źródło bibliograficzne	Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijkstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 113, 103780.
Źródło on-line	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920302662">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920302662</a>

<b>Przykład 13</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.13. Zrewidowany Indeks Pracy Pielęgniarskiej</b>
Nazwa skali w języku angielskim	The Revised Nursing Work Index (NWI-R), the NWI-EO
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Vincent Bonneterre, Virginie Ehlinger, Franck Balducci, Sandrine Caroly, Anne Jolivet, Annie Sobaszek, Régis de Gaudemaris, Thierry Lang,
Państwo	Francja
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Narzędzie zaprojektowane dla osób zaangażowanych w programy profilaktyki w placówkach opieki zdrowotnej w celu oceny postrzegania organizacji pracy w szpitalu a następnie ustalenia priorytetów działań prewencyjnych w celu poprawy organizacji pracy personelu. Za pomocą tego narzędzia można ocenić, m.in.: słabą komunikację w oddziale, brak wsparcia starszych pielęgniarek, nieodpowiednią liczbę personelu do realizacji zadań wynikających z obowiązków, złe relacje między pracownikami, małą częstotliwość przerw w wykonywaniu zadań, niski poziom wspólnych wartości w zespole w zakresie pracy, brak wsparcia ze strony zarządzających, zmiany w zakresie planowanych urlopów i czasu wolnego.
Źródło bibliograficzne	Bonneterre, V., Ehlinger, V., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., ... & Lang, T. (2011). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire. <i>International journal of nursing studies</i> , 48(5), 557-567.
Źródło on-line	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891000307X">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891000307X</a>
<b>Przykład 14</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.14. Kwestionariusz profesjonalnej oceny optymalnego poziomu intensywności opieki pielęgniarskiej</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level™ (PAONCIL)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Lisbeth Fagerström, Anna-Kaisa Rainio, Auvo Rauhala, Kaija Nojonen
Państwo	Finlandia
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	W Centralnym Szpitalu Vasa w zachodniej Finlandii opracowano współczynniki wag i oszacowano intensywność opieki pielęgniarskiej na pielęgniarkę w odniesieniu do klasyfikacji pacjentów (Oulu Patient Classification (OPC)). Dobowy poziom intensywności opieki pielęgniarskiej w oddziale wyrażony jest liczbą punktów intensywności opieki pielęgniarskiej przypadającą na pielęgniarkę za pomocą nowego narzędzia „Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level™ (PAONCIL) opracowanego w Centralnym Szpitalu Vasa. Badanie zrealizowano na ośmiu oddziałach w okresie 3 miesięcy. Narzędzie ma dobrą trafność, a zatem istnieje dobra podstawa do dalszych badań i rozwoju opieki pielęgniarskiej.
Źródło bibliograficzne	Fagerström, L., Rainio, A. K., Rauhala, A., & Nojonen, K. (2000). Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 31(2), 481-490.
Źródło on-line	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01277.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01277.x</a>
<b>Przykład 15</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.B.15. Kwestionariusz oceny bezpieczeństwa pacjenta</b>
Nazwa skali w języku angielskim	SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist

Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	de Vries EN, Hollmann MW, Smorenburg SM
Państwo	Holandia
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Karta kontrolna składa się z części. Część A dotyczy okresu przed operacyjnego; podlega kompletowaniu przez: chirurga, anestezjologa, pielęgniarkę, Część dotycząca przekazywania pacjenta z oddziału do bloku operacyjnego wypełnia pielęgniarka oddziału i bloku operacyjnego. Część B dotyczy okresu przed znieczuleniem i jest kompletowana przez anestezjologa. Część C dotyczy okresu pooperacyjnego przed przekazaniem pacjenta na salę poznieczuleniową lub intensywną terapię i jest wypełniana przez chirurga i anestezjologa. Część D dotyczy przekazania pacjenta z sali nadzoru poznieczuleniowego lub intensywnej terapii do oddziału i jest kompletowana przez anestezjologa. Część dotycząca przekazywania pacjenta z sali nadzoru poznieczuleniowego do oddziału wypełnia pielęgniarka tego obszaru i pielęgniarka odbierająca pacjenta z oddziału. Przed wypisem pacjenta lekarz wypisujący i pielęgniarka wypełniają ostatnią część karty kontrolnej - E.
Źródło bibliograficzne	de Vries, E. N., Hollmann, M. W., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2009). Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist. <i>BMJ Quality &amp; Safety, 18</i> (2), 121-126.
Źródło on-line	<a href="https://qualitysafety.bmj.com/content/18/2/121.short">https://qualitysafety.bmj.com/content/18/2/121.short</a>

#### IV.2.C. Wykaz skal powszechnie stosowanych

Przykład 1.	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.C.1. BOHIPSZO</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Nie dotyczy
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Helena Lenartowicz
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	BOHIPSZO jest to metoda zawierająca 8 komponentów i kilkudziesięciu szczegółowych kryteriów. Skrót nazwy metody pochodzi od pierwszych liter określeń standardów uznanych przez autorkę za najważniejsze w pielęgnowaniu które powinny być podstawą oceny: I. Bezpieczeństwo chorego, I.I Ochrona przed zakażeniami, III. Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, IV. Informowanie, V. Podmiotowość, VI. Samopielęgnacja, VII. Zabiegi leczniczo- pielęgnacyjne, VIII. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej. Powyższe komponenty tworzą spójną całość, tak aby mogły być mierzalne i oceniane. Do każdego z nich przypisano kryteria oceny, przedstawione w postaci deskryptywej (opisowej, wraz z charakterystyką stanów pożądaných i niepożądanych oraz pośrednich) i w określonej liczbie punktów. Poszczególne kryteria szacuje się w kilkupunktowej skali. Suma wszystkich kryteriów wynosi 240 punktów (100%). Największą wartość procentową w metodzie BOHIPSZO zajmuje standard zabiegi leczniczo- pielęgnacyjne - 19,2%. Kolejne to podmiotowość - 15,4%, bezpieczeństwo chorego - 14,6%, organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej - 12,5%, hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych - 12,5%, samopielęgnacja - 10,4%, ochrona przed zakażeniami - 9,6% oraz informowanie - 5,8%. Wartość punktową badający wpisuje do rubryk: „TAK”, „NIE” lub „NIE WYMAGA”, szacując stopień realizacji określonego

	<p>zadania przez pielęgniarkę w stosunku do poszczególnego pacjenta. Kolejnym etapem jest obliczanie całościowego współczynnika opieki pielęgniarskiej oraz współczynnika realizowania poszczególnych kryteriów zawartych w specjalnym arkuszu. Za pomocą tego arkusza porównuje się stan opieki realizowanej do poziomu opieki jaki pacjent powinien otrzymać. Określa się zarówno ogólny współczynnik opieki jak i szczegółowe współczynniki dla poszczególnych kryteriów u danego pacjenta. W końcowym etapie badań oblicza się współczynnik opieki dla poszczególnych kryteriów u całej badanej grupy pacjentów. Wartość współczynnika określa zakres niedoborów w realizacji poszczególnych obszarów opieki pielęgniarskiej. Metodę pomocniczą arkusza stanowi obserwacja uczestnicząca oraz analiza dokumentacji medycznej.</p>
Źródło bibliograficzne	<p>Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998.</p> <p>Gawęł G, Kowal A, Rak A.: Ocena poziomu pielęgnowania metodą BOHIP-SZO. <i>Pielęgniarstwo XXI wieku</i>. 2003, 2: 55-61</p> <p>Krukowski J, Gaworska-Krzemińska A, Majkovicz M.: Ocena związku pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej, a satysfakcją pacjenta w schyłkowej fazie choroby. <i>Problemy Pielęgniarstwa</i> 2011, 19 (3), 282–287.</p> <p>Sierpińska L.: Przegląd narzędzi oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecznictwie stacjonarnym <i>Pielęgniarstwo XXI wieku</i>. 2011, 3 (36): 41-44.</p>
Źródło on-line	
<b>Przykład 2.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.C.2. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Generalized Self-Efficacy Scale
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Ralf Schwarzer, Michael Jerusalem, Zygfryd Juczyński
Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>Badanie indywidualne lub grupowe; czas badania nie przekracza 2-3 minut. GSES składa się z 10 stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Skala jest przeznaczona do badania zdrowych i chorych osób dorosłych [1].</p> <p>Badania tym narzędziem są stosowane wśród pracowników oraz pacjentów, często z innymi narzędziami celem określenia związków między badanymi obszarami [2,3,4].</p>
Źródło bibliograficzne	<p>1.Jurczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności: teoria i pomiar. <i>Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica</i> 2000;4, 11-23</p> <p>2.Byra S. Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. <i>Med Og Nauk Zdr</i>. 2011;17(3):127-134.</p> <p>3.Kurowska K., Toś M. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne w grupie osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. <i>Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu</i>. 2017;1(50):31–37.</p> <p>4.Wojcieszek A., Nawalana A, Majda A. Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego. <i>Pielęgniostwo Polskie</i>, 2 (72) 2019 s. 141–147.</p>
Źródło on-line	<a href="https://www.practest.com.pl/gses-skala-uogolnionej-wlasnej-skuteczności">https://www.practest.com.pl/gses-skala-uogolnionej-wlasnej-skuteczności</a>
<b>Przykład 3.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.C.3. Skala Oceny Bezpieczeństwa Farmakoterapii</b>

Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Nursing Risk in Pharmacotherapy
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Witeczak I., Uchmanowicz I., Tartaglia R., Rypicz Ł.
Krótką charakterystykę skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	<p>Cel- ocena zagrożeń mogących skutkować występowaniem błędów farmakoterapii. Narzędzie NURIPH składa się z metryki danych socjodemograficznych oraz macierzy do oceny wybranych czynników ergonomicznych wyzwalających ryzyko w procesie farmakoterapii. Zawiera też pytania o kulturę bezpieczeństwa organizacji oraz opinie pielęgniarek na temat błędów farmakoterapii. Do oceny czynników ergonomicznych zastosowano pięciostopniową skalę oceny ryzyka (od 1 do 5): 1 – ryzyko niewielkie, 2 – małe ryzyko, 3 – ryzyko istotne, 4 – ryzyko bardziej istotne i 5 – ryzyko bardzo istotne.</p> <p>W skali uwzględniono dziewięć czynników ryzyka: 1 – słabo czytelne lub nieczytelne zlecenia lekarskie; 2 – niewłaściwa komunikacja między lekarzem, pielęgniarką i położną w sprawie zmian w rozporządzeniu w sprawie leków; 3 – presja czasu podczas pracy pielęgniarki/opiekuna medycznego; 4 – niewłaściwa organizacja pracy: przygotowanie leków dla pacjentów połączone z jednoczesnym wykonywaniem innych czynności przez pielęgniarkę/położną (np. odbieranie telefonów, wykonywanie bieżących zleceń diagnostycznych); 5 – brak jasności lub czytelności zleceń lekarskich; 6 – brak zlecenia lekarskiego na określony rozpuszczalnik dla leku; 7 – praca zmianowa powodująca zmęczenie psychofizjologiczne; 8 – ograniczona dostępność szkoleń dotyczących wpływu leków, skutków ubocznych i działań niepożądanych leków stosowanych u pacjentów; i 9 – przygotowanie spersonalizowanych arkuszy z nazwą i dawką leku na tacy leku.</p> <p>Farmakoterapia, czyli stosowanie leków zwalczających chorobę lub jej objawy, jest jednym z kluczowych elementów opieki nad pacjentem. Nakłady pracy pielęgniarek w procesie farmakoterapii dowodzą, że pielęgniarki poświęcają 40% swojej pracy na zarządzanie lekami. Badanie z użyciem tego narzędzia służy określeniu i porównaniu poziomów bezpieczeństwa na zarządzanym przez pielęgniarkę etapie procesu farmakoterapii w Polsce i na Słowacji poprzez identyfikację kluczowych czynników ryzyka bezpośrednio wpływających na bezpieczeństwo pacjenta [1,2].</p>
Źródło bibliograficzne	<p>1. Witeczak, I.; Uchmanowicz, I.; Tartaglia, R.; Rypicz, Ł. Safety Assessment of the Pharmacotherapy Process at the Nurse and Midwife Level—An Observational Study. <i>Ther. Clin. Risk Manag.</i> 2020, <i>16</i>, 1057–1065.</p> <p>2. Witeczak, I.; Rypicz, Ł.; Šupínová, M.; Janiczeková, E.; Pobrotyn, P.; Młynarska, A.; Fedorowicz, O. Patient Safety in the Process of Pharmacotherapy Carried Out by Nurses—A Polish–Slovak Prospective Observational Study. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [serial online]. 2021, <i>18</i>: 10066. Dostęp z Internetu: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10066">https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10066</a> Dostęp: 16.10.2022.</p>
Źródło on-line	
<b>Przykład 4.</b>	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.2.C.4. Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag</b>
Nazwa skali w języku angielskim ( <i>Jeśli dotyczy</i> )	Nie dotyczy
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Tokarski Stefan

<p>Krótką charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>Skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kwestionariusz, do oceny współczynnika Fe, w którym respondenci określali najbardziej preferowanego pracownika (NbPP) i najmniej preferowanego pracownika (NmPP), dokonując ich charakterystyki w 14 obszarach z zastosowaniem 8-stopniowej skali, gdzie odpowiedzi 8 i 1 oznaczały warianty skrajnie przedstawionych cech;</li> <li>• kwestionariusz zawierający skalę atmosfery grupowej Ag, w kierowanej przez osobę badaną grupie, służący do jej opisu na 10 płaszczyznach i dokonania wyboru na 8-punktowej skali, gdzie odpowiedzi 8 i 1 oznaczały warianty skrajne opisu sytuacji zarządczej;</li> <li>• przy pomocy współczynnika Fe diagnozowano styl kierowania, wyodrębniając</li> </ul> <p>trzy zasadnicze podejścia: demokratyczne Fe = 0 – 34 elastyczne Fe = 35 – 45 autokratyczne Fe = 46 – 98</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przy pomocy współczynnika Ag określano sytuację, w której funkcjonuje kierownik:</li> </ul> <p>sytuacja niekorzystna Ag = 8 – 57 sytuacja średnio korzystna Ag = 58 – 68 sytuacja korzystna Ag = 69 – 80; ostateczny wynik wyrażający się efektywnością lub nieefektywnością zarządzania</p> <p>określano poprzez porównanie współczynników Fe i Ag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kierownik o nastawieniach demokratycznych jest efektywny, gdy: Fe = 0 – 34 i Ag = 58 – 68;</li> <li>• kierownik o nastawieniach autokratycznych jest efektywny, gdy: Fe = 46 – 98 i Ag = 8 – 57 lub Ag = 69 – 80;</li> <li>• kierownik o nastawieniach elastycznych radzi sobie w różnych sytuacjach, jednak nie osiąga wysokich wskaźników efektywności: Fe = 35 – 45 i Ag 8 – 80;</li> </ul> <p>każda inna konfiguracja czynników Fe i Ag obrazuje niską efektywność kierownika.</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<p>Tokarski S. (2006), <i>Kierownik w organizacji</i>, Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o., Warszawa, s. 255–258 Tokarski S. (2002), <i>Samoocena efektywności kierowania w Zakładzie Opieki zdrowotnej</i> [w:] Nogalski B., Rybicki J. M. (red.), <i>Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej</i>, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń, s. 84–93</p>
<p>Źródło on-line</p>	<p><a href="https://pbc.gda.pl/Content/27688/doktorat%20KRETOWICZ%20Katarzyna.pdf">https://pbc.gda.pl/Content/27688/doktorat%20KRETOWICZ%20Katarzyna.pdf</a></p>
<p><b>Przykład 5.</b></p>	
<p>Nazwa skali w języku polskim</p>	<p><b>IV.2.C.5. Kwestionariusz Psychospołeczne warunki pracy (PWP)</b></p>
<p>Nazwa skali w języku angielskim (<i>Jeśli dotyczy</i>)</p>	<p>Nie dotyczy</p>
<p>Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię</p>	<p>Cieślak R, Widerszal-Bazyl M</p>



## Zarządzanie w pielęgniarstwie

<p>Krótką charakterystyką skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali</p>	<p>Kwestionariusz zawiera 118 pytań i składa się z sześciu części: 1. Skalowymagań (W) – jakie wymagania stawia Twoja praca? – służy do pomiaru wymagań (25 pytań); 2. Skalakontroli (K) – w jakim stopniu możesz wpływać na toco się dzieje w pracy? – służy do oceny postrzeganego zakresu kontroli (20 pytań); 3. Skala wsparcia społecznego (WS) – na jakie wsparcie możesz liczyć? – służy do pomiaru postrzegania wsparcia pochodzącego ze środowiska pracy (16 pytań); 4. Skala dobrostanu(D) – jakie jest Twoje samopoczucie? – służy do pomiaru odczuwanego dobrostanu (22 pytania); 5. Skala pożądaných zmian (PZ) – czy oczekujesz jakiś zmianw pracy? (20 pytań); 6. Kim jesteś i jaka jest Twoja firma? – służy do zebrania podstawowych danych socjo-demograficznych (15 pytań). Wyniki badań oblicza się dla każdej skali i podskali zgodnie z zasadą kodowaniai kluczem podanym przez autorów [1]. Im wyższy wynik otrzymamy po zliczeniu punktów za odpowiedzi, tym wyższe nasilenie danej właściwości – wymagań, kontroli, wsparcia społecznego, dobrostanu i pożądaných zmian. Kwestionariusz posiada normy opracowane dla kilku grup zawodowych, w tym pielęgniarek. Rzetelność dla skal mierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha waha się od 0,82 do 0,94.</p>
<p>Źródło bibliograficzne</p>	<p>Cieślak R, Widerszal-Bazyl M. Psychospołeczne warunki pracy. Podręcznik do kwestionariusza. CIOP, Warszawa 2000.17. Potocka A. Narzędzia kwestionariuszowe stosowane w diagnozie psychospołecznych zagrożeń zawodowych –przegląd metod. Med Pr 2012, 63(2): 237-</p>
<p>Źródło on-line</p>	<p><a href="https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&amp;_pageLabel=P12000173911342605544018&amp;html_tresc_root_id=1413006&amp;html_tresc_id=1413026&amp;html_klucz=1413006&amp;html_klucz_spis=1413006">https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&amp;_pageLabel=P12000173911342605544018&amp;html_tresc_root_id=1413006&amp;html_tresc_id=1413026&amp;html_klucz=1413006&amp;html_klucz_spis=1413006</a></p>

## IV.3. Zarządzanie w pielęgniarstwie – część II

Grażyna Dykowska

Warszawski Uniwersytet Medyczny

### IV. 3. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

#### IV. 3. A. 1. Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP)

#### IV.3.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.3.A.1. Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP)</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).	
Skrót	HSOPSC	
Wersja skali	4,0	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ).
	Rok publikacji	2004
	Źródło	Zgoda AHRQ
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Rafał Szpakowski; Adam Fronczak; Grażyna Dykowska
	Rok publikacji	2020
	Źródło	Szpakowski, G. Dykowska ; Fronczak A., Pomiar i ocena kultury bezpieczeństwa pacjenta w warszawskich szpitalach za pomocą polskiej adaptacji amerykańskiego kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture Measurement and assessment of patient safety culture in Warsaw hospitals using the Polish adaptation of the American questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture. <i>Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne</i> , ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online) <i>Piel. Zdr Publ.</i> 2020;10(1):35–42. Rafał Szpakowski; Polska wersja kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture <i>Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne</i> , ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online) <i>Piel Zdr Publ.</i> 2019;9(3):159–166
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz Hospital Survey on Patient Safety Culture służy do oceny kultury bezpieczeństwa pacjentów. Umożliwia zrozumienie nie tylko tego, co myślą pracownicy medyczni i jak działają w obszarze bezpieczeństwa pacjentów. To narzędzie pozwala również zaobserwować, jak osoby zarządzające kierują bezpieczeństwem pacjenta w swojej placówce. Kwestia jakiego narzędzia mierzy bezpieczeństwo pacjentów w rzetelny sposób przedmiotem wielu badań

		<p>naukowych. Badanie Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), stworzone zostały przez Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ). Jest to najbardziej znane narzędzie używane na całym świecie narzędzie służące do pomiaru kultura bezpieczeństwa pacjenta. To narzędzie było używane w wielu kontekstach językowych i kulturach, co czyni go idealnym dla porównań międzynarodowych.</p> <p>W badaniach warto uwzględnić porównywalną metodologię z użyciem tego narzędzia badawczego, gdyż umożliwi to pozyskanie cennych informacji na poziomie kraju, a w dalszej perspektywie czasowej niniejsze badanie może stanowić podwaliny pod ogólnopolski, dobrowolny, bez sankcyjny system raportowania zdarzeń niepożądanych w obszarze szpitalnictwa.</p>
	<p>Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający</p>	<p>Polskojęzyczna wersja HSOPSC – ASBP – jest mniej poprawna psychometrycznie niż anglojęzyczny oryginał. Spójność wewnętrzna (<math>\alpha</math> Cronbacha) ASBP jest nawet niższy niż w wielu europejskich wersjach HSOPSC. Średni odsetek odpowiedzi pozytywnych wahał się z 35,1% („Bezkarna reakcja na błędy”) do 72,3% („Praca zespołowa w jednostkach”). Wymiary obliczone jako średnie proste (w skali 1–5) były podobne do rozkładu średnich procentów dodatnich responsy. Wyniki tych 2 metod były następujące:</p> <p>Wysoce skorelowane (<math>r = 0,89</math>; <math>t = 6,30</math>; <math>p &lt; 0,0001</math>). Wyniki <math>\alpha</math> Cronbacha wahały się od 0,37 do 0,89.</p> <p>4 wymiary uzyskały ocenę rzetelności powyżej 0,70. Na podstawie obliczeń <math>\alpha</math> Cronbacha ustalono, że usunięcie pytania C6 z wymiaru „Otwartość komunikacyjna” spowodowało wzrost wyniku od 0,38 do 0,43; kiedy pytanie F4 zostało usunięte z Wymiar „Praca zespołowa między jednostkami”, wynik wzrósł od 0,42 do 0,57; Kiedy pytanie A7 zostało usunięte z wymiaru „personelu”, wynik wzrósł z 0,45 do 0,55; a kiedy pytanie F11 zostało usunięte z wymiaru „Przekazanie i przejście”, wynik wzrósł z 0,47 do 0,50.</p> <p>W przypadku „Stopień bezpieczeństwa” (jednopunktowa zmienna wyjściowa) 7 na 10 wymiarów procesu bezpieczeństwa wyniki były znacznie wyższe wśród respondentów z grupa „doskonała” lub „bardzo dobra” vs reszta. Wielkość efektu wahała się od 0,21 do 0,37 (efekt małej i średniej wielkości).</p> <p>W przypadku „Zgłoszono incydent w ostatnie 12 miesięcy” (kolejna pojedyncza zmienna wynikowa), 8 na 10 wyników wymiaru procesu bezpieczeństwa było nieistotnych, a tylko 2 wyniki wymiaru były istotne („Organizacyjne uczenie się – ciągłe doskonalenie” oraz „Przekazywanie i przejścia”); zaskakująco, w przypadku wymiaru „Przekazania i przejścia”, w taki sposób, że w tym wymiarze wyższą punktację uzyskali respondenci, którzy nie zgłaszali działań niepożądanych w ciągu ostatnich 12 lat miesięcy.</p>

		To badanie pilotażowe dostarczyło dowodów na to, że konstrukcja logiczna i gramatyczna przetłumaczonych pytań jest zrozumiała dla polskich respondentów, co uzasadnia użycie wersji polskojęzycznej w badaniu obejmującym większą populację pracowników służby zdrowia w Polsce w celu pełnej oceny właściwości psychometrycznych ASBP.
Struktura skali		<p>Ankieta HSOPSC została przetłumaczona na język polski bez modyfikacji żadnej pozycji. 42-punktowa struktura z zachowaną została 5-punktowa zgodność lub skala częstotliwości;</p> <p>2 pojedyncze zmienne wynikowe, tj. „Globalne bezpieczeństwo stopień” oraz „Liczba incydentów zgłoszonych w przeszłości roku”, zachowały się również.</p> <p>Przedstawiono statystyki opisowe – średnie i odchylenie standardowe dla skali 1–5, braki danych, proporcje pozytywnych lub pozytywnych odpowiedzi dla skali jakościowej (np. zgadzam się i stanowczo się zgadzam); charakterystyka respondentów; i podstawowe analiza statystyczna dotycząca, po pierwsze, trafności konstruktu – średnich ocen z 10 wymiarów procesu określonych przez 2 pojedyncze zmienne wyniku – „Stopień bezpieczeństwa pacjenta” oraz „Liczba zgłoszonych incydentów”.</p> <p>Te 2 wyniki zmienne podzielono na 2 grupy – „doskonałe/bardzo dobry” w stosunku do pozostałych oraz „Zgłoszono jeden lub więcej incydentów” w porównaniu z „Nie zgłoszono żadnych incydentów”. Różnice między punktacją średnie testowano testem t Studenta.</p> <p>Po drugie, dotyczące korelacji między procentem wyniku pozytywnego a średnią punktacją za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona.</p> <p>Po trzecie, dotyczące rzetelności spójności wewnętrznej – <math>\alpha</math> Cronbacha (akceptowalna niezawodność na poziomie 0,70 lub więcej).</p>
Orientacyjny czas badania		15 minut
Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jones KJ, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K., Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML editor; The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. <i>Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches</i> (Vol. 2: Culture and Redesign)</li> <li>2. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug</li> <li>3. Sorra J, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2010;10:199.</li> <li>4. Chen IC, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). <i>BMC Health Serv Res.</i> 2010;10:152</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. The Health Foundation. Evidence Scan: Measuring Safety Culture. February 2011. <a href="https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf">https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf</a>. Dostęp 5.12.2019.</li> <li>6. Agency for Healthcare Research and Quality. International Use of SOPS. <a href="http://www.ahrq.gov/sops/international/index.html">http://www.ahrq.gov/sops/international/index.html</a>. Opublikowano wrzesień 2012. Zaktualizowano luty 2019. Dostęp 5.12.2019.</li> <li>7. AHRQ's Making Healthcare Safer Reports: Shaping Patient Safety Efforts in the 21st Century. Ostatnia recenzja treści z marca 2020 r. Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej, Rockville, MD. <a href="https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/index.html">https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/index.html</a> dostęp 28.12.2022</li> <li>10. Sarac C, Flin R, Mearns K, Jackson J. Hospital survey on patient safety culture: Psychometric analysis on a Scottish sample. <i>BMJ Qual Saf</i>. 2011;20(10):842–848.</li> <li>11. Smits M, Dingelhoff IC, Wagner C, Wal Gv, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2008;8:230.</li> <li>12. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: A psychometric evaluation. <i>Int J Qual Health Care</i>. 2013;25(4):469–475. doi:10.1093/intqhc/mzt040</li> <li>13. Olsen E. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety culture at a Norwegian hospital. In: Øvretveit J, Sousa P, eds. <i>Quality and Safety Improvement Research</i>. Lisbon, Portugal: National School of Public Health; 2008:173–186.</li> <li>14. Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the hospital survey on patient safety culture: Dimensionality and psychometric properties. <i>Saf Sci</i>. 2010;48(10):1452–1462.</li> <li>15. Waterson PE, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety: Findings from the UK. <i>Qual Saf Health Care</i>. 2010;19(5):e2.</li> <li>16. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2013;13:228.</li> <li>17. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2011;11:45.</li> </ol>
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Bez ograniczeń
	Miejsce badanych	Narzędzie wykorzystywano w opiece stacjonarnej
	Stan badanych	Badany świadomie samodzielnie wypełnia kwestionariusz ankiety.
	Sytuacje	Nie określono

	Inne	Na przestrzeni ostatnich lat zostało stworzonych wiele narzędzi kwestionariuszowych oceniających bezpieczeństwo pacjenta. Najbardziej rozpowszechnionym oraz najlepiej poznanym jest amerykański kwestionariusz ankiety z2004 r. – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Kwestionariusz przeznaczony jest do oceny kultury bezpieczeństwa pacjenta w środowisku szpitalnym. W ostatnim czasie doczekał się ponad 39 wersji językowych oraz był używany w ponad 92 krajach ze
Osoby, które mogą stosować skalę	Formularz skali/kwestionariusz ankiety może być wypełniany samodzielnie przez pracowników ochrony zdrowia. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Udostępnianie nieodpłatne
Klucz do skali/ interpretacja wyników	Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP). ASBP, identycznie jak jej amerykański pierwowzór, składa się z 42 pytań/stwierżeń (tzw. itemów), na które odpowiada się / do których ustosunkowuje się, zaznaczając odpowiednie określenie na 5-stopniowej skali Likerta: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – nie zgadzam się; 3 – ani się zgadzam, ani się nie zgadzam; 4 – zgadzam się; 5 – zdecydowanie się zgadzam lub też: 1 – nigdy; 2 – rzadko; 3 – czasami; 4 – często; 5 – zawsze. Pytania/stwierzenia pogrupowane są w wymiary (ang. dimensions), oznaczone literą W. Wymiarów jest 12 – 10 wymiarów procesowych oraz 2 wymiary wynikowe (W5; W8). W kwestionariuszu znajdują się również 2 zmienne wynikowe składające się tylko z 1 pytania/stwierzenia: stopień bezpieczeństwa pacjenta (5 – znakomity, 4 – bardzo dobry, 3 – akceptowalny, 2 – słaby, 1 – zły) oraz liczba zdarzeń niepożądanych zgłoszonych w ostatnich 12 miesiącach.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

### Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP)

#### Instrukcja

Ankieta dotyczy Państwa opinii w kwestiach związanych z bezpieczeństwem pacjenta, błędami medycznymi, raportowaniem zdarzeń niepożądanych w szpitalu, w którym otrzymali Państwo ankietę. Wypełnienie ankiety zajmie od 10 do 15 minut.

Jeśli nie życzą sobie Państwo odpowiadać na któreś z pytań i/lub pytanie Państwa nie dotyczy proszę zostawić w tym miejscu puste pole.

**“Zdarzenie niepożądane”** oznacza każdy rodzaj błędu, pomyłki, wypadku, przypadku odchylenia od przyjętej normy niezależnie od tego czy pacjent doznał szkody czy też nie.

**“Bezpieczeństwo Pacjenta”** oznacza stan w którym pacjent nie doznaje, ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z otrzymywaną opieką zdrowotną.

**Sekcja A: Twoje miejsce pracy/oddział/klinika**

Odpowiadając na pytania w tej sekcji myśl o miejscu/klinice w którym spędzasz większość swojego czasu pracy lub udzielasz największej ilości świadczeń na rzecz pacjenta.

**Jakie jest twoje podstawowe miejsce pracy – profil oddziału/kliniki?**

Wybierz **JEDNĄ** odpowiedź.

- a/ Wiele różnych oddziałów i/lub trudno określić jaki jest profil mojego miejsca pracy/oddziału/kliniki
- b/ Interna / Choroby wewnętrzne
- c/ Chirurgia
- d/Ginekologia i położnictwo
- e/pediatria
- f/SOR
- g/Oddział Intensywnej terapii (np.OIOM;OIOK;OICH)
- h/ Psychiatria
- i/Rehabilitacji
- j/ Radiologia
- k/ Anestezjologia
- l/inny, proszę podać jaki .....

**Wskaż proszę w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami odnośnie Twojego miejsca pracy/oddziału/kliniki.**

lp	Odpowiadając myśl o swoim miejscu pracy/oddziale/klinice.....	Zdecydowanie się NIE zgadzam	NIE zgadzam się	Ani ZGADZAM się ani NIE ZGADZAM	ZGADZAM się	Zdecydowanie się ZGADZAM
1	Ludzie pomagają sobie nawzajem w moim miejscu pracy...	1	2	3	4	5
2	Mamy wystarczającą ilość pracowników w stosunku do obciążenia pracą.....	1	2	3	4	5

3	Kiedy mamy do wykonania dużo czynności wymagających szybkiej interwencji to potrafimy pracować jak zespół.....	1	2	3	4	5
4	W tym oddziale ludzie traktują się wzajemnie z szacunkiem.....	1	2	3	4	5
5	Pracownicy pracują po godzinach pracy tak długo, że może to być ze szkodą dla pacjenta. ....	1	2	3	4	5
6	Aktywnie działamy na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta	1	2	3	4	5
7	Zatrudniamy więcej pracowników tymczasowych i/lub z firm zewnętrznych, niż jest to konieczne dla zapewnienia pacjentowi możliwie najlepszej opieki.....	1	2	3	4	5
8	Pracownicy są przekonani, że ich błędy są lub będą wykorzystane przeciwko nim. ....	1	2	3	4	5
9	Zaistniałe błędy doprowadziły do pozytywnych zmian .....	1	2	3	4	5
10	To czysty przypadek, że nie zdarzają się tu poważne błędy.	1	2	3	4	5
11	Kiedy jakaś część oddziału jest bardziej obciążona pracą, pracownicy z pozostałych części pomagają się z nią uporać.....	1	2	3	4	5
12	Kiedy raportowane jest zdarzenie niepożądane to ma się odczucie jakby to wina danej osoby była ważniejszy niż treść i okoliczności samego zdarzenia	1	2	3	4	5
13	Po wprowadzeniu zmian mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów oceniamy ich skuteczność.....	1	2	3	4	5
14	Pracujemy w „trybie kryzysowym” - próbujemy wykonać zbyt wiele zadań, zbyt szybko .....	1	2	3	4	5



15	Nigdy nie wykonujemy większej liczby zadań kosztem bezpieczeństwa pacjenta.....	1	2	3	4	5
16	Pracownicy niepokoją się tym, że błędy przecho- wywane są w ich aktach .....	1	2	3	4	5
17	Występują u nas proble- my z zapewnieniem bez- pieczeństwa pacjentom. .....	1	2	3	4	5
18	Nasze procedury i organiza- cja pracy skutecznie zapobie- gają występowaniu błędów .....	1	2	3	4	5

### **Sekcja B: Twój bezpośredni przełożony/ kierownik**

Wskaż proszę w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami odnośnie Twojego bezpośredniego przełożonego przed którym odpowiadasz, i wobec którego jesteś zobowiązany zdawać raporty.

lp	Odpowiadając myśl o swoim miejscu pracy/ oddziale/klinice.....	Zdecydo- wanie się NIE zgadzam	NIE zgadzam się	Ani ZGA- DZAM się ani NIE ZGA- DZAM	ZGA- DZAM się	Zdecydo- wanie się ZGA- DZAM
1	Przełożony/kierownik chwali nas za pracę wykonaną zgodnie z procedurami dotyczącymi bezpieczeństwa pacjentów. .....	1	2	3	4	5
2	Przełożony/kierownik poważnie rozważa nasze sugestie dotyczące bezpieczeństwa pacjenta.....	1	2	3	4	5
3	W trudnych sytuacjach przełożony/kierownik wymaga od nas abyśmy pracowali szybciej, nawet jeśli oznaczałoby to „pójście na skróty” ..... .....	1	2	3	4	5
4	Przełożonemu/kierownikowi zdarza się przy- mykać oczy na problemy związane z bezpieczeństwem pacjentów, jeśli występują one często	1	2	3	4	5

**Sekcja C: Komunikacja**

**Jak często poniższe sytuacje mają miejsce w twoim oddziale/klinice?**

lp	Odpowiadając myśl o swoim miejscu pracy/oddziale/klinice.....	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
1	Jesteśmy informowani o zmianach wdrożonych w odpowiedzi na zgłaszane zdarzenia niepożądane .....	1	2	3	4	5
52	Personel bez ogródek wyraża swoją opinię jeśli dostrzeże, że coś może negatywnie wpłynąć na opiekę nad pacjentem. ....	1	2	3	4	5
3	Jesteśmy informowani o błędach zaistniałych w naszym oddziale ... ..	1	2	3	4	5
4	Personel <u>nie</u> czuje się skrupowany w kwestionowaniu decyzji lub działań podejmowanych przez zwierzchników	1	2	3	4	5
5	W naszym oddziale dyskutujemy nad sposobami zapobiegania zaistniałym błędom w celu niedopuszczenia do nich w przyszłości ...	1	2	3	4	5
6	Obawiamy się zadawać pytania w sytuacji, gdy wydaje się nam że coś jest nie tak jak powinno.....	1	2	3	4	5

**Sekcja D: Częstotliwość raportowania Zdarzeń Niepożądanych**

lp	Kiedy w Twoim oddziale mają miejsce następujące pomyłki, to jak często są one zgłaszane.	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
1	Jak często zgłasza się błędy, które choć <u>popelniono</u> , ale ze względu na to że zostały w porę <u>zauważone i skorygowane</u> , nie wyrządziły szkody pacjentowi?.....	1	2	3	4	5
2	Jak często zgłaszane są popelnione błędy, które <u>nie mają potencjalnego wpływu na powstanie szkody u pacjenta?</u>	1	2	3	4	5
3	Jak często zgłaszane są popelnione błędy, które z <u>dużym prawdopodobieństwem mogłyby spowodować szkodę u pacjenta</u> , jednak tym razem jej <u>nie spowodowały?</u>	1	2	3	4	5

**Sekcja E: Stopień Bezpieczeństwa Pacjenta**

Proszę ocenić stopień zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi w swoim miejscu pracy/oddziale/klinice.

[ ]----- [ ]----- [ ]----- [ ]----- [ ]-----

6 Znakomity 5 Bardzo dobry 4 Akceptowalny 3 Słaby 2 Zły

**Sekcja F: Twój Szpital**

Wskaż proszę w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami, odnośnie szpitala w którym pracujesz i otrzymałeś ankietę.

lp	Odpowiadając myśl o swoim szpitalu...	Zdecydowanie się NIE zgadzam	NIE zgadzam się	Ani ZGADZAM się ani NIE ZGADZAM	ZGADZAM się	Zdecydowanie się ZGADZAM
1	Dyrekcja szpitala tworzy atmosferę pracy, która sprzyja bezpieczeństwu pacjenta.....	1	2	3	4	5
2	Współpraca pomiędzy oddziałami w szpitalu nie jest odpowiednio skoordynowana.....	1	2	3	4	5
3	Kiedy pacjentów przenosi się między oddziałami zdarza się że niektóre sprawy 'umykają uwadze.....	1	2	3	4	5
4	Współpraca jest dobra pomiędzy tymi oddziałami, które ze względu na swój profil muszą współpracować .	1	2	3	4	5
5	Ważne informacje na temat opieki nad pacjentem często są nieprzekazywane podczas zdawania dyżuru.....	1	2	3	4	5
6	Współpraca z personelem z innych oddziałów szpitala często „pozostawia wiele do życzenia”.....	1	2	3	4	5
7	Często zdarzają się problemy z wymianą informacji pomiędzy różnymi oddziałami szpitala .....	1	2	3	4	5
8	Działania ze strony dyrekcji szpitala pokazują, że bezpieczeństwo pacjenta jest głównym priorytetem.....	1	2	3	4	5
9	Dyrekcja szpitala wydaje się być dopiero zainteresowana bezpieczeństwem pacjenta wtedy, gdy dojdzie do zdarzenia niepożądanego	1	2	3	4	5

10	Oddziały w szpitalu dobrze współpracują między sobą, aby zapewnić pacjentowi najlepszą możliwą opiekę	1	2	3	4	5
11	Przekazywanie dyżuru następczej zmianie stwarza problemy dla pacjentów	1	2	3	4	5

### **Sekcja G: Liczba zgłoszonych Zdarzeń Niepożądanych**

W ostatnich 12 miesiącach, ile raportów dotyczących zdarzeń niepożądanych zostało przez Ciebie zgłoszonych i opisanych w dokumentacji

a	żadne zdarzenie niepożądane	d	od 6 do 10 zdarzeń niepożądanych
b	od 1 do 2 zdarzeń niepożądanych	e	od 11 do 20 zdarzeń niepożądanych
c	od 3 do 5 zdarzeń niepożądanych	f	21 zdarzeń niepożądanych i więcej

### **Sekcja H: Informacje statystyczne**

Poniższe informacje umożliwią analizę statystyczną wyników ankiety.

**1. Od jak dawna pracujesz w szpitalu w którym wręczono Ci tą ankietę?**

a	mniej niż 1 rok	d	od 11 do 15 lat
b	od 1 do 5 lat	e	od 16 do 20 lat
c	od 6 do 10 lat	f	21 lat i więcej

**2. Od jak dawna pracujesz w obecnym miejscu pracy w którym wręczono Ci ankietę – oddziale/klinice... ?**

a	mniej niż 1 rok	d	od 11 do 15 lat
b	od 1 do 5 lat	e	od 16 do 20 lat
c	od 6 do 10 lat	f	21 lat i więcej

**3. Średnio ile godzin tygodniowo pracujesz w tym szpitalu w którym wręczono Ci ankietę?**

a	mniej niż 20 godzin tygodniowo	d	od 60 do 79 godzin tygodniowo
b	od 20 do 39 godzin tygodniowo	e	od 80 do 99 godzin tygodniowo
c	od 40 do 59 godzin tygodniowo	f	100 godzin tygodniowo i więcej

### **Sekcja H: Informacje statystyczne (ciąg dalszy)**

**4. Jaka jest Twoja pozycja zawodowa w szpitalu w którym wręczono Ci ankietę?**

Wybierz JEDNĄ odpowiedź najlepiej opisującą Twoją pozycję zawodową.

- a. Pielęgniarka
- b. Lekarz
- n. Inna, proszę sprecyzuj

5. Ze względu na swoją pozycję zawodową w tym szpitalu, w którym wręczono Ci ankietę, czy masz zazwyczaj bezpośrednie relacje lub kontakt z pacjentem?

- a. Tak, zazwyczaj mam bezpośrednie relacje lub kontakt z pacjentem
- b. Nie, zazwyczaj nie mam bezpośrednich relacji lub kontaktu z pacjentem

6. Jak długo pracujesz w swojej obecnej specjalizacji lub zawodzie?

- a. niż 1 rok
- b. od 1 do 5 lat
- c. od 6 do 10 lat
- d. od 11 do 15 lat
- e. od 16 do 20 lat
- f. 21 lat i więcej

**Sekcja I: Twój komentarz**

Jeśli chcesz, możesz dodać własne uwagi odnośnie bezpieczeństwa pacjenta, zgłoszenia błędów medycznych, zdarzeń niepożądanych obecnych w Twoim szpitalu.

Dziękuję za udział w badaniu

## IV.4. Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

*Elżbieta Biernat<sup>1</sup>, Rafał Rowiński<sup>2</sup>, Mariusz Kozakiewicz<sup>3</sup>, Karolina Rowińska<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>*Szkoła Główna Handlowa, Kolegium Gospodarki Światowej*

<sup>2</sup>*Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji*

<sup>3</sup>*Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii*

<sup>4</sup>*Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Łomiankach*

### IV. 4. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IV. 3. A. 1. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja krótka (IPAQ- SF)

IV. 3. A. 2. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja długa (IPAQ-LF)

IV. 3. A. 3. Duke Activity Status Index (DASI)

IV. 3. A. 4. Seven Day Physical Activity Recall (PAR)

IV. 3. A. 5. Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej (VSAQ)

**IV.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane**

Elżbieta Biernat,

SGH Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Gospodarki Światowej

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.4.A.1. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja krótka</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	International Physical Activity Questionnaire - Short Form (IPAQ-SF)	
Skrót	IPAQ - SF	
Wersja skali	Krótka	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Booth Michael i wsp. (zespół naukowców z 20 krajów)
	Rok publikacji	2000
	Źródło	Booth M. Assessment of physical activity: an international perspective. Res Q Exerc Sport 2000; 71:114-120.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Biernat Elżbieta, Stupnicki Romuald
	Rok publikacji	2007; (2) 2010
	Źródło	(1) Biernat E, Stupnicki R, Gajewski AK. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska. Wychowanie Fizyczne i Sport 2007; 51(1): 47-54. (2) Biernat E, Stupnicki R. Pomiar codziennej aktywności fizycznej według IPAQ. [w:] Klukowski KS (red.) Medycyna aktywności fizycznej z elementami psychologii i pedagogiki: praca zbiorowa Tom 1. Medycyna aktywności fizycznej. Wysiłek fizyczny w aspekcie wieku. Pedagogika zdrowia. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego; 2010.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Aktywność fizyczna (intensywna, umiarkowana, chodzenie) w ostatnich 7 dniach oraz czas siedzenia w dniu powszednim.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	IPAQ-SF zawiera 7 pytań dotyczących wszystkich rodzajów aktywności fizycznej związanej z życiem codziennym, pracą i wypoczynkiem. Pod uwagę bierze się czynności wykonywane w pracy zawodowej, w domu i jego otoczeniu, podczas przemieszczania się z miejsca na miejsce oraz w czasie wolnym przeznaczonym na rekreację ruchową czy sport profesjonalny. Gromadzone są informacje na temat czasu spędzonego siedząc lub leżąc, chodząc oraz czasu poświęconego na intensywną i umiarkowaną aktywność fizyczną. Odnotowuje się jedynie czynności trwające co najmniej 10 minut bez przerwy.
	Orientacyjny czas badania	do 10 min.

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>Badania aktywności fizycznej grup społeczno-zawodowych, wiekowych, o różnych jednostkach chorobowych.</p> <p>Polska wersja IPAQ-SF stosowana była przez instytucje państwowe, co znalazło wyraz w ich konkretnych badaniach m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerstwa Sportu i Turystyki: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekreacyjna aktywność fizyczna Polaków na tle Europy (2012 r.);</li> <li>• Aktywność fizyczna Polaków i jej uwarunkowania (2013 r.);</li> <li>• Badanie poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa (2014, 2015, 2016, 2017, 2018 r.);</li> <li>• Ocena korzyści społecznych inwestycji w sport w odniesieniu do ponoszonych kosztów (2016 r.).</li> </ul> </li> <li>- Urzędu Statystycznego w Warszawie, Biura Sportu i Rekreacji Urzędu M.ST. Warszawy: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport w M.ST. Warszawie w latach 2006-2009 (2010 r.).</li> </ul> </li> </ul> <p>- licznych ośrodków akademickich, w tym medycznych.</p> <p>Polską wersję IPAQ_SF wykorzystano także w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- projektach rządowych, np.: w projekcie FSS/2013/IIC/W/0020/U/0003 dofinansowanym przez Fundację Rozwoju Systemu Edukacji – Operatora Programu Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy w ramach działania Współpracy Instytucjonalnej Adaptowana Aktywność Fizyczna – teoria i praktyka (2014 r.);</li> <li>- w kampaniach prozdrowotnych, np.: Polskiej Federacji Pacjentów Chorych na Astmę, Alergię i POChP Dni Spirometrii 2016. Włącz opcję aktywną (12-17.09.2016 r.), oraz</li> <li>- w licznych pracach doktorskich, magisterskich i licencjackich;</li> <li>- w badaniach aktywności fizycznej młodzieży prowadzonych na Ukrainie.</li> </ul>
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	15-69
	Miejsce badanych	Dowolne
	Stan badanych	W badaniu mogą brać udział osoby uważające się za aktywne fizycznie i za nieaktywne.
	Sytuacje	Brak
	Inne	Badanie należy przeprowadzać w listopadzie i marcu, unikając okresów gdy panują niekorzystne warunki pogodowe i odnotowuje się zwiększoną aktywność fizyczną
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, trenerzy, specjaliści ochrony zdrowia; Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki ankiety.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		IPAQ-SF pozwala ocenić całkowity tygodniowy wydatek energetyczny oraz wydatek energetyczny z poszczególnych rodzajów wysiłków. Ocenia czas siedzenia w dni powszednie.



## Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

Klucz do skali/ interpretacja wyników	<p>Każdy rodzaj aktywności fizycznej wyraża się w jednostkach MET-min./tydz., mnożąc współczynnik przypisany tej aktywności (chodzeniu – 3,3; umiarkowanej – 4,0; intensywnej – 8), przez liczbę dni jej wykonywania w tygodniu oraz czas trwania w minutach na dzień. Na przykład: w odniesieniu do osób, które wykonywały wysiłki intensywne przez 3 dni w tygodniu, przeciętnie przez 30 minut, całkowita wartość MET-min./tydz. = <math>8,0 \times 3 \times 30 = 720</math>.</p> <p>Na podstawie uzyskanych wyników następuje klasyfikacja do poszczególnego poziomu aktywności fizycznej:</p> <p>1. Wysokiego – konieczne jest spełnienie jednego z poniższych dwóch kryteriów: 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, łącznie co najmniej 1500 MET-min./tydz., 7 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji wysiłków (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 3000 MET-min./tydz.</p> <p>2. Umiarkowanego – osoby, które spełniają jedno z poniższych trzech kryteriów: 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, nie mniej niż 20 min./dz., 5 lub więcej dni umiarkowanych wysiłków lub chodzenia, nie mniej niż 30 min./dz., 5 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji aktywności fizycznej (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 600 MET-min./tydz.</p> <p>3. Niskiego – osoby, które nie wykazywały żadnej aktywności fizycznej, bądź nie spełniały warunków dla poziomu umiarkowanego i wysokiego.</p>
Formularz skali/ kwestionariusz	

### MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

–

#### Wersja krótka

Proszę określić, na ile ostatnie 7 dni były typowe, biorąc pod uwagę  
Pana/i normalnie wykonywane czynności

**Czy w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od ..... (podać dzień tygodnia) do wczoraj:**

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| a. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i w szpitalu            | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| b. przez cały czas lub część czasu był Pan/i chory                       | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| c. przez cały czas lub część czasu odbywał Pan/i zajęcia rehabilitacyjne | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| d. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i na urlopie            | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| e. jest Pan/i w okresie rekonwalescencji po przebytej chorobie           | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| f. (tylko dla kobiet)            jest Pani w ciąży                       | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |

Chciał(a)bym obecnie zadać kilka pytań dotyczących czasu spędzanego na czynnościach wymagających aktywności fizycznej. Dotyczą one wszystkich rodzajów aktywności fizycznej związane z życiem codziennym, pracą i wypoczynkiem. Pytania te zadajemy wszystkim, niezależnie od tego, czy ktoś uważa się za osobę aktywną fizycznie, czy też nie.

Pytania będą dotyczyły czynności związanych z aktywnością fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od ..... (podać dzień tygodnia) do wczoraj.

Proszę teraz pomyśleć o wszystkich czynnościach wykonywanych w ciągu ostatnich 7 dni w domu i w jego otoczeniu, w pracy zawodowej, związanych z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce, np. w drodze do pracy i z pracy, podczas robienia zakupów. Proszę także uwzględnić czynności wykonywane w czasie wolnym, tj. spacer, rekreację, pracę na działce, ćwiczenia fizyczne oraz sport. Najpierw zapytam o czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego, następnie o czynności wymagające umiarkowanego (*średniego*) wysiłku, a na koniec o spacer i inne czynności związane z chodzeniem oraz siedzeniem.

**Na początek proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego, wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.**

**Intensywny wysiłek fizyczny** wywołuje bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca

Intensywnego wysiłku fizycznego wymaga np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem. Interesują nas tylko czynności, które trwały *co najmniej 10 min. bez przerwy*.

1. Czy w ciągu **ostatnich 7 dni** wykonywał/a P. czynności wymagające **intensywnego wysiłku fizycznego**?

**Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? .....** dni

Nie (przejdź do pyt. 3)

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) (przejdź do pyt. 3)

2. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a P. czynności wymagające **intensywnego wysiłku fizycznego** w ciągu takiego dnia?

..... **minut dziennie**

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

**Teraz proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające umiarkowanego (średniego) wysiłku fizycznego wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.**

Umiarkowany wysiłek fizyczny prowadzi do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca

Umiarkowanego wysiłku fizycznego wymaga np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz. Proszę

jednak nie brać pod uwagę chodzenia. Chodzi znowu tylko czynności, które trwały *co najmniej 10 minut bez przerwy*.

**3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał/a P. czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego?**

**Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? .....** dni

Nie (przejdź do pyt. 5)

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) (przejdź do pyt. 5)

**4. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a P. czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego w ciągu takiego dnia?**

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

**Teraz proszę przypomnieć sobie, ile czasu zajęło Panu/i chodzenie w ciągu ostatnich 7 dni.**

Interesuje nas chodzenie związane z pracą, chodzenie ulicą, np. po zakupy, do pracy, a także o spaceru.

Chodzi znowu o chodzenie, które trwało *co najmniej 10 minut bez przerwy*.

**5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni chodził/a P. co najmniej 10 min. bez przerwy?**

**Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? .....** dni

Nie (przejdź do pyt. 7)

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) (przejdź do pyt. 7)

**6. Przeciętnie ile czasu poświęcał/a P. na chodzenie lub spaceru w ciągu takiego dnia?**

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

**A ile czasu w ostatnim tygodniu spędzał Pan/i siedząc?**

Tym razem proszę uwzględnić **tylko dni powszednie** (*bez soboty i niedzieli*). Chodzi np. o siedzenie przy biurku, siedzenie podczas odwiedzin u znajomych, podczas czytania, siedzenie lub leżenie podczas oglądania telewizji. Proszę uwzględnić czas spędzony na siedzeniu w domu, w pracy, w szkole, w pojazdach i w innych miejscach.

**7. Biorąc pod uwagę dni powszednie w ciągu ostatniego tygodnia, ile zazwyczaj czasu w ciągu dnia spędzał/a P. siedząc?**

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. <i>Med Sci Sport Exerc</i> 2003; 35: 1381-1395.</li> <li>2. Hoseini M, Bardeen S, Bakhtiari A et al. Structural model of the relationship between physical activity and students' quality of life: Mediating role of body mass index and moderating role of gender. <i>Plos One</i> 2022; 17: (8) 1-13.</li> <li>3. Kurth JD, Klenosky DB. Validity evidence for a daily, online-delivered, adapted version of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF). <i>Meas Phys Educ Exerc Sci</i> 2021; 25: (2) 127-136.</li> <li>4. Meh K, Jurak G, Sorić M et al. Validity and reliability of IPAQ-SF and GPAQ for Assessing sedentary behaviour in adults in the European Union: a systematic review and meta-analysis. <i>IJERPH</i> 2021;18: (9), 2-17.</li> <li>5. Lavelle G, Noorkoiv M, Theis N et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF) as a measure of physical activity (PA) in young people with cerebral palsy: a cross-sectional study. <i>Physiotherapy</i> 2021;107: 209-215.</li> <li>6. Joseph KL, Dagfinrud H, Christie A et al. Criterion validity of The International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF) for use in clinical practice in patients with osteoarthritis. <i>BMC Musculoskelet Disord</i> 2021; 22: (1) 1-9.</li> <li>7. Biernat E. Aktywność fizyczna mieszkańców Warszawy na przykładzie wybranych grup zawodowych. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Urząd m. st. Warszawy. Biuro Sportu i Rekreacji 2011.</li> <li>8. Czenczek- Lewandowska E, Wyszynska J, Leszczak J et al. Health behaviours of young adults during the outbreak of the Covid-19 pandemic – a longitudinal study. <i>BMC Public Health</i> 2021; 21: 1038.</li> <li>9. Puciato D, Rozpara M. Physical activity and socio-economic status of single and married urban adults: a cross-sectional study. <i>PeerJ</i> 2021; 9: e12466.</li> <li>10. Biernat E., Piątkowska M. Sociodemographic determinants of physical inactivity of people aged 60 years and older – a cross-sectional study in Poland. <i>Biomed Res Int</i> 2020; Article ID 7469021: 10 pages.</li> <li>11. Brytek-Matera A, Staniszewska A, Hallit S. Identifying the Profile of Orthorexic Behavior and „Normal” Eating Behavior with Cluster Analysis: A Cross-Sectional Study among Polish Adults. <i>Nutrients</i> 2020 Nov 13; 12(11): 3490.</li> </ol>

Elżbieta Biernat,

SGH Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Gospodarki Światowej

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.4.A.2. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – Wersja długa</b>
Nazwa skali w języku angielskim	International Physical Activity Questionnaire - Long Form
Skrót	IPAQ - LF
Wersja skali	Długa

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Booth Michael i wsp. (zespół naukowców z 20 krajów)
	Rok publikacji	2000
	Źródło	Booth M. Assessment of physical activity: an international perspective. Res Q Exerc Sport 2000; 71:114-120.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Biernat Elżbieta, Stupnicki Romuald
	Rok publikacji	2007; (2) 2013
	Źródło	(1) Biernat E, Stupnicki R, Gajewski AK Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska. Wychowanie Fizyczne i Sport 2007; 51: (1) 47 -54. (2) Biernat E. International Physical Activity Questionnaire – polish long version = Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – polska długa wersja. Polish Journal of Sports Medicine = Medycyna Sportowa 2013; 29(1): 1-15.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Aktywność fizyczna (intensywna, umiarkowana, chodzenie, jazda na rowerze) w ostatnich 7 dniach w poszczególnych domenach życia (praca zawodowa, przemieszczanie się, prace domowe, czas wolny) oraz czas siedzenia (w dniu powszednim, podczas weekendu, w środkach lokomocji).
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	IPAQ-LF składa się z pięciu niezależnych części, zawierających 27 pytań. Pytania te dotyczą wszelkich czynności fizycznych podejmowanych w ciągu ostatnich 7 dni. Cztery pierwsze części, oceniają aktywność fizyczną w różnych domenach życia codziennego (praca zawodowa, przemieszczanie się, prace domowe, czas wolny). Piąta część szacuje czas spędzony siedząc. Na pierwszą część składa się 7 pytań dotyczących wysiłku fizycznego wykonywanego w pracy zawodowej, w rolnictwie, podczas prac społecznych, nauki i każdej innej niepłatnej pracy, podejmowanej poza domem. Nie uwzględnia się w niej czynności wykonywanych wokół domu (np. prac domowych, prac w ogrodzie, prac porządkowych oraz opieki nad rodziną). Tematykę tę obejmuje część trzecia. Część druga (6 pytań) dotyczy aktywności komunikacyjnej, sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce (włączając w to pracę, zakupy, rozrywkę itp.). Uwzględnia ona czas spędzony (w celach komunikacyjnych) w pojazdach. Część trzecia (6 pytań) odnosi się do wysiłków fizycznych wykonywanych w domu i wokół domu (np. prac domowych, uprawy ogródka, ogólnych prac porządkowych, opieki nad rodziną). Część czwarta (6 pytań) poświęcona jest aktywności fizycznej związanej z czasem wolnym (rekreacją, sportem, ćwiczeniami fizycznymi, rozrywką, wypoczynkiem).

		<p>Nie uwzględnia się w niej tych rodzajów aktywności, o których już wspomiano w części związanej z pracą zawodową, z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce lub z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną.</p> <p>Część piąta (2 pytania) dotyczy czasu spędzonego siedząc w dniu powszednim i w weekend. Wyłącza się czas siedzenia w pojeździe mechanicznym, bo o to pytano w części drugiej.</p>
	Orientacyjny czas badania	ok. 20 min.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	<p>Badania aktywności fizycznej grup społeczno-zawodowych, wiekowych i o różnych jednostkach chorobowych.</p> <p>Polska wersja IPAQ-LF stosowana była przez instytucje państwowe, co znalazło wyraz w ich konkretnych badaniach m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ministerstwa Sportu i Turystyki:</li> <li>Rekreacyjna aktywność fizyczna Polaków na tle Europy (2012 r.);</li> <li>Aktywność fizyczna Polaków i jej uwarunkowania (2013 r.);</li> <li>Badanie poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa (2014, 2015, 2016, 2017, 2018 r.);</li> <li>Ocena korzyści społecznych inwestycji w sport w odniesieniu do ponoszonych kosztów (2016 r.);</li> <li>– licznych ośrodków akademickich, w tym medycznych.</li> </ul> <p>Polską wersję IPAQ-LF wykorzystywano w pracach doktorskich, magisterskich i licencjackich.</p>
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	15-69
	Miejsce badanych	Dowolne
	Stan badanych	W badaniu mogą wziąć udział osoby uważające się za aktywne fizycznie bądź za nieaktywne.
	Sytuacje	Brak
	Inne	Badanie należy przeprowadzać w listopadzie i marcu, unikając okresów gdy panują niekorzystne warunki pogodowe i odnotowuje się zwiększoną aktywność fizyczną.
Osoby, które mogą stosować skalę	<p>Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, trenerzy, specjaliści ochrony zdrowia</p> <p>Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki ankiety</p>	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		IPAQ-LF pozwala ocenić całkowity tygodniowy wydatek energetyczny oraz koszt energetyczny w każdej domenie życia. Można także oszacować wydatek pochodzący z poszczególnych aktywności (chodzenia, wysiłków umiarkowanych i intensywnych). Szacuje także czas siedzenia w dni powszednie, podczas weekendu, w pojazdach mechanicznych.
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p><b>Wartości MET i formuła obliczania MET-minut</b></p> <p>Każdy rodzaj aktywności fizycznej można wyrazić w jednostkach MET-min./tydz., mnożąc współczynnik przypisany tej aktywności (chodzeniu – 3,3; wysiłkowi umiarkowanemu – 4; wysiłkowi umiarkowanemu związanemu z pracą w domu – 3; wysiłkowi intensywnemu – 8; wysiłkowi intensywnemu związanemu z pracą wokół domu – 5,5; jeździe na rowerze jako formie transportu – 6 MET) przez liczbę dni jej wykonywania w tygodniu oraz przez czas trwania w minutach na dzień.</p>	

<p>Wartość MET-min można przeliczyć także na kilokalorie stosując następujące równanie: MET-min * (masa ciała w kg/60kg).</p> <p><b>Formuła obliczania MET-minut</b> Do tworzenia i kategoryzowania zmiennych sumarycznych konieczna jest zarówno liczba dni, jak i codzienny czas wysiłków.</p> <p><b>Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową</b> Chodzenie w pracy MET-min./tydz. = 3,3 * minuty chodzenia * dni chodzenia w pracy; Umiarkowany wysiłek w pracy MET-min./tydz. = 4,0 * minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku w pracy; Intensywny wysiłek w pracy MET-min./tydz. = 8,0 * minuty intensywnego wysiłku * dni intensywnego wysiłku w pracy; Całkowita aktywność w pracy MET-min./tydz. = chodzenie + umiarkowany wysiłek + intensywny wysiłek MET-min./tydz. w pracy.</p> <p><b>Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się</b> Chodzenie MET-min./tydz. jako forma transportu = 3,3 * minuty chodzenia * dni chodzenia jako formy transportu; Jazda rowerem MET-min./tydz. jako forma transportu = 6,0 * minuty jazdy rowerem * dni jazdy rowerem jako formy transportu; Całkowity transport MET-min./tydz. = chodzenie + jazda rowerem MET-min./tydz. jako forma transportu.</p> <p><b>Aktywność fizyczna związana z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną</b> Intensywny wysiłek MET-min./tydz. wokół domu = 5,5 * minuty intensywnego wysiłku * dni intensywnego wysiłku wokół domu (<b>Uwaga:</b> w przypadku tej domeny wartość intensywnego wysiłku w ogrodzie powinna być określana jako 5,5 MET); Umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. wokół domu = 4,0 * minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku wokół domu; Umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. w domu = 3,0* minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku w domu; Całkowita aktywność związana z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną MET-min./tydz. = intensywny wysiłek wokół domu + umiarkowany wysiłek wokół domu + umiarkowany wysiłek w domu MET-min./tydz.</p> <p><b>Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym</b> Chodzenie/spacerowanie w czasie wolnym MET-min./tydz. = 3,3 * minuty chodzenia/spacerowania * dni chodzenia/spacerowania w czasie wolnym; Umiarkowany wysiłek w czasie wolnym MET-min./tydz. = 4,0 * minuty umiarkowanego wysiłku * dni umiarkowanego wysiłku w czasie wolnym; Intensywny wysiłek w czasie wolnym MET-min./tydz. = 8,0 * minuty intensywnego wysiłku * dni intensywnego wysiłku w czasie wolnym; Całkowita aktywność w czasie wolnym MET-min./tydz. = chodzenie/spacerowanie + umiarkowany wysiłek + intensywny wysiłek MET-min./tydz w czasie wolnym.</p> <p><b>Całkowite chodzenie, umiarkowany i intensywny wysiłek (wszystkich domen łącznie)</b> Całkowite chodzenie MET-min./tydz. = chodzenie MET-min./tydz. (w pracy + jako forma transportu + w czasie wolnym);</p>
--

	<p>Całkowity umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. = umiarkowany wysiłek MET-min./tydz. (w pracy + wokół domu + w domu + w czasie wolnym) + jazda rowerem MET-min./tydz. jako forma transportu + intensywny wysiłek wokół domu MET-min./tydz. (<b>Uwaga:</b> jazdę rowerem i intensywny wysiłek wokół domu uznaje się za umiarkowaną aktywność).</p> <p>Całkowity intensywny wysiłek MET-min./tydz. = intensywny wysiłek MET-min./tydz. (w pracy + w czasie wolnym)</p> <p><b>Całkowita aktywność fizyczna</b></p> <p>Całkowitą aktywność fizyczną MET-min./tydz. można obliczyć następująco:  Całkowita aktywność fizyczna MET-min./tydz. = całkowite (chodzenie + umiarkowane wysiłki + intensywne wysiłki) MET-min./tydz.</p> <p>Ewentualnie:  Całkowita aktywność fizyczna MET-min./tydz. = całkowita aktywność w pracy + całkowity transport + całkowita aktywność związana z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną + całkowita aktywność w czasie wolnym MET-min./tydz.</p> <p><b>Na podstawie uzyskanych wyników następuje klasyfikacja do poszczególnego poziomu aktywności fizycznej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wysokiego - konieczne jest spełnienie jednego z poniższych dwóch kryteriów:  3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, łącznie co najmniej 1500 MET-min./tydz.,  7 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji wysiłków (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 3000 MET-min./tydz.</li> <li>2. Umiarkowanego - osoby, które spełniają jedno z poniższych trzech kryteriów:  3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, nie mniej niż 20 min./dz.,  5 lub więcej dni umiarkowanych wysiłków lub chodzenia, nie mniej niż 30 min./dz.,  5 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji aktywności fizycznej (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 600 MET-min./tydz.</li> <li>3. Niskiego - osoby, które nie wykazywały żadnej aktywności fizycznej, bądź nie spełniały warunków dla poziomu umiarkowanego i wysokiego.</li> </ol> <p><b>Czas spędzony w pozycji siedzącej</b></p> <p>Czas siedzenia jest wskaźnikiem nieuwzględnianym w ocenie całkowitej aktywności fizycznej. Ze względu na to, że nie ma opracowanych progów MET-min. siedzenia, jako wskaźnik stosuje się minuty.</p> <p>Całkowity czas siedzenia min./tydz. = minuty siedzenia w tygodniu * 5 dni + minuty siedzenia w weekend * 2 dni</p> <p>Przeciętny całkowity czas siedzenia min./tydz. = minuty siedzenia w tygodniu * 5 dni + minuty siedzenia w weekend * 2 dni / 7</p> <p>Powyższe wzory wykluczają czas siedzenia podczas transportu. Jeżeli chcemy obliczyć całkowity czas siedzenia (w tym, podczas transportu) – trzeba dodać go do powyższego wzoru. Przy czym, należy wyraźnie określić czy mówimy o całkowitym czasie siedzenia z transportem czy bez transportu.</p>
Formularz skali/ kwestionariusz	



**MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ**

**Wersja długa**

Proszę określić, na ile ostatnie 7 dni były typowe, biorąc pod uwagę Pana/i normalnie wykonywane czynności

**Czy w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od ..... (podać dzień tygodnia) do wczoraj:**

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| a. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i w szpitalu            | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| b. przez cały czas lub część czasu był Pan/i chory                       | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| c. przez cały czas lub część czasu odbywał Pan/i zajęcia rehabilitacyjne | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| d. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i na urlopie            | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| e. jest Pan/i w okresie rekonwalescencji po przebytej chorobie           | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| f. (tylko dla kobiet)            jest Pani w ciąży                       | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |

Pytania będą dotyczyć czynności związanych z aktywnością fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od ..... (podać dzień tygodnia) do wczoraj.

Proszę wziąć pod uwagę **tylko** taki wysiłek, który jednorazowo trwał *co najmniej 10 minut*.

W pytaniach użyto niżej wymienionych określeń:

- **Intensywna** aktywność fizyczna oznacza ciężki wysiłek, zmuszający do silnie wzmożonego oddychania (i przyspieszonej akcji serca);
- **Umiarkowana** aktywność fizyczna oznacza wysiłek przeciętny z nieco wzmożonym oddychaniem (i nieco przyspieszoną akcją serca)

**CZĘŚĆ 1: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRACĄ ZAWODOWĄ**

Pytania w części 1 dotyczą wysiłku fizycznego w pracy zawodowej, w rolnictwie, nauce, pracy społecznej i każdej innej aktywności społecznej, w tym niepłatnej, która wykonywana jest poza domem. Proszę **nie brać** pod uwagę czynności, które wykonuje Pan/i **wokół domu**, np. prac domowych, pracy w ogródku, ogólnych prac porządkowych oraz opieki nad rodziną. Tematykę tę obejmuje część 3.

1. Proszę podać czy aktualnie pracuje Pan/i **zawodowo, uczy się lub wykonuje pracę bez wynagrodzenia poza domem?**

1. Tak
2. Nie (przejsć do części 2)

Następne pytania dotyczą wszelkiego wysiłku fizycznego wykonywanego w ciągu ostatnich 7 dni **w ramach pracy zawodowej, nauki lub pracy bez wynagrodzenia**. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwa *co najmniej 10 minut*. *Tematyka tych pytań nie dotyczy chodzenia do pracy i z powrotem.*

2. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **w ramach pracy zawodowej** lub nauki **intensywny wysiłek fizyczny**, np.: podnoszenie ciężkich rzeczy, kopanie, prace budowlane, chodzenie po schodach.

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejsć do pyt. 4)

3. Proszę podać ile czasu łącznie w jednym z tych dni poświęca Pan/i zwykle na **intensywny wysiłek fizyczny w ramach pracy zawodowej?**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

4. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **w ramach pracy zawodowej umiarkowany wysiłek fizyczny**, porównywalny z przenoszeniem lekkich rzeczy, jazdą na rowerze w normalnym tempie. *Proszę nie brać pod uwagę chodzenia.*

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejsć do pyt. 6)

5. Proszę podać ile czasu łącznie w jednym z takich dni poświęca Pan/i zwykle na **umiarkowany wysiłek fizyczny wykonywany w ramach pracy zawodowej?**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

6. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **chodził** Pan/i *co najmniej 10 minut (bez przerwy) w czasie pracy zawodowej*. *Proszę nie wliczać czasu dojazdu do pracy i z powrotem.*

1. Dni w tygodniu .....

2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 2)
7. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i na **chodzenie** w jednym z tych dni **w czasie pracy zawodowej**?
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

<p style="text-align: center;"><b>CZĘŚĆ 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ</b></p>
---

Pytania części 2 dotyczą sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce, włączając w to przemieszczanie się do pracy, na zakupy, do miejsc rozrywki itp. (*nie dotyczy to jednak czynności wykonywanych*

*w czasie wolnym*). Proszę wziąć pod uwagę tylko taką aktywność, która jednorazowo trwała *co najmniej 10 minut*.

8. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **jeździł** Pan/i **pojazdem** takim jak: samochód, autobus, pociąg, tramwaj lub inny pojazd? *Proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze.*
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 10)
9. Proszę podać ile czasu łącznie spędza Pan/i podczas jednego z tych dni, **jeżdżąc** samochodem, autobusem, pociągiem, tramwajem lub innym **pojazdem**? *Proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze.*
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....
10. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **jechał** Pan/i **rowerem** przez *co najmniej 10 minut*. *Proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze w czasie wolnym.*
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 12)
11. Proszę podać ile czasu łącznie **jeździ** Pan/i **rowerem** podczas jednego z tych dni?
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

12. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **chodził** Pan/i *co najmniej 10 minut (bez przerwy)*. *Proszę nie brać pod uwagę chodzenia w czasie wolnym.*
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 3)
13. Proszę podać ile czasu łącznie **chodzi** Pan/i w jednym z tych dni?
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

<p style="text-align: center;"><b>CZĘŚĆ 3: PRACE DOMOWE, OGÓLNE PRACE PORZĄDKOWE I OPIEKA NAD RODZINĄ</b></p>
---

Pytania części 3 dotyczą wysiłku fizycznego w ciągu ostatnich 7 dni, który wykonywał Pan/i w domu i wokół domu, np. prace domowe, opieka nad rodziną, ogólne prace porządkowe, uprawa ogródka.

Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo *co najmniej 10 minut*.

14. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu**, np. przenoszenie ciężkich rzeczy, rąbanie drewna, odśnieżanie lub kopanie?
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 18)
15. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i zwykle w jednym z tych dni na **intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu**?
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....
16. Proszę podać liczbę dni, w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu**, np. przenoszenie lekkich rzeczy, zamiatanie, mycie okien, grabienie i sprzątanie wokół domu.
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 18)

17. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i zwykle w jednym z tych dni na **umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu?**
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....
18. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **umiarkowany wysiłek fizyczny w domu**, np. przenoszenie lekkich rzeczy, mycie okien, mycie podłóg, oraz sprzątanie?
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 4)
19. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/i w jednym z tych dni na **umiarkowany wysiłek fizyczny w domu?**
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

<p style="text-align: center;"><b>CZĘŚĆ 4: REKREACJA, SPORT I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W CZASIE WOLNYM</b></p>
--

Pytania części 4 dotyczą aktywności fizycznej w czasie wolnym w ciągu ostatnich 7 dni, takich jak: sport, rekreacja, ćwiczenia, rozrywka, wypoczynek. Proszę **nie brać** pod uwagę tych rodzajów aktywności fizycznej, o których była mowa w poprzednich częściach. Proszę wziąć pod uwagę tylko aktywność fizyczną, która trwała jednorazowo *co najmniej 10 minut*.

20. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których **chodził** Pan/i *co najmniej 10 minut (bez przerwy) w czasie wolnym*. *Nie należy brać pod uwagę żadnego chodzenia, o którym była mowa dotychczas*.
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 22)
21. Proszę podać ile czasu łącznie przeznaczył Pan/i w jednym z tych dni na **chodzenie w czasie wolnym?**
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

22. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których uprawiał Pan/i **intensywną aktywność fizyczną**, np. aerobik, biegi, szybka jazda rowerem, szybkie pływanie **w czasie wolnym**.
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do pyt. 24)
23. Proszę podać ile czasu łącznie zwykle poświęca Pan/i w jednym z tych dni na **intensywną aktywność fizyczną w czasie wolnym?**
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....
24. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i **umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym**, np. jazda rowerem w regularnym tempie, pływanie w regularnym tempie, gra w siatkówkę.
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności (przejdź do części 5)
25. Proszę podać ile czasu łącznie zwykle spędza Pan/i w jednym z takich dni na **umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym?**
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

#### CZĘŚĆ 5: CZAS SPĘDZONY SIEDZĄC

Pytania części 5 dotyczą czasu spędzonego siedząc w pracy, w domu, podczas nauki, w czasie wolnym. Może to obejmować czas spędzony siedząc przy biurku, z wizytą u przyjaciół, podczas czytania, oglądania telewizji (leżąc lub siedząc). Nie należy wliczać w to czasu poświęconego na sen. Proszę **nie brać** pod uwagę czasu spędzonego siedząc w pojeździe mechanicznym, bo o tym już była mowa.

26. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i **siedząc w dniu powszednim?**
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

27. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i **siedząc w dniu wolnym od pracy?**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. <i>Med Sci Sport Exerc</i> 2003; 35: 1381-1395.</li> <li>2. Cleland C, Ferguson S, Ellis G et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom. <i>BMC Med Res Methodol</i> 2018; 18: 176.</li> <li>3. Healey EL, Allen KD, Bennell K et al. Self-Report Measures of Physical Activity. <i>Arthritis Care Res</i> 2020; 72: 717-730.</li> <li>4. Medina C, Monge A, Denova-Gutiérrez E et al. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) long-form in a subsample of female Mexican teachers. <i>Salud Publica Mex</i> 2022 Feb 25; 64(1): 57-65.</li> <li>5. Marinšek M, Bedenik K, Tekavc J. Cross-cultural adaptation of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for use in education. <i>Zdrav Vestn</i> 2022; 91(Epub ahead of print): 1–8.</li> <li>6. Павлють, О. В. Физическая активность студентов-спортсменов при гибридном формате реализации образовательного процесса во время пандемии COVID-19. Вестник Гродненского государственного университета имени Янки Купалы. Серия 3. Филология. Педагогика. Психология 2021;11(3): 128-135.</li> <li>7. Biernat E, Piątkowska M. Stay active for life: physical activity across life stages. <i>Clin Interv Aging</i> 2018 Jul 31; 13: 1341-1352.</li> <li>8. Jówko E, Płaszewski M, Cieśliński M et al. The effect of low level laser irradiation on oxidative stress, muscle damage and function following neuromuscular electrical stimulation. A double blind, randomised, crossover trial. <i>BMC Sports Sci Med Rehabil</i>; 2019; 11: 38.</li> <li>9. Biernat E, Piątkowska M. Leisure-time physical activity participation trends 2014–2018: a cross-sectional cohort study in Poland. <i>IJERPH</i> 2020; 17(1): 208.</li> <li>10. Howiecka K, Glibowski P, Skrzypek M, Styk W. The Long-Term Dietitian and Psychological Support of Obese Patients Who Have Reduced Their Weight Allows Them to Maintain the Effects. <i>Nutrients</i> 2021; 13(6): 2020.</li> <li>11. Skrzypek M, Szponar B, Drop B, Panasiuk L, Malm M. Anthropometric, body composition and behavioural predictors of bioelectrical impedance phase angle in Polish young adults – preliminary results. <i>Ann Agric Environ Med.</i> 2020;27(1):91-98.</li> <li>12. Czyż S, H; Starościak W. Perceived physical activity during stay-at-home COVID-19 pandemic lockdown March-April 2020 in Polish adults. <i>PeerJ</i> 2022; 10: e12779.</li> </ol>

Rafał Rowiński<sup>1</sup>, Mariusz Kozakiewicz<sup>2</sup>, Karolina Rowińska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji

<sup>2</sup>Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii

<sup>3</sup>Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Lomiankach

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	brak	
Nazwa skali w języku angielskim	<b>IV.4.A.3. Duke Activity Status Index</b>	
Skrót	DASI	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Boineau RE; Higgenbotham MB; Hlatky MA
	Rok publikacji	1989
	Źródło	Hlatky M, Boineau R, Higginbotham et al. A Brief Self-administered Questionnaire to Determine Functional Capacity (The Duke Activity Status Index). American Journal of Cardiology. 1989;64(15 Sep):651–654 Carter R, Holiday DB, Grothues C, Nwasuruba C, Stocks J, Tiep B. Criterion validity of the Duke Activity Status Index for assessing functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Cardio-pulm Rehabil. 2002 Jul-Aug;22(4):298-308
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	DASI - Duke Activity Status Index służy do opisu aktywności fizycznej. Poprzez ocenę dwunastu czynności życia codziennego dostarcza cennych informacji na temat wydolności wysiłkowej pacjentów. Posiada pozytywną korelację z próbą wysiłkową na bieżni ruchomej oraz próbą ergospirometryczną. Sumaryczna odpowiedź punktowa (maksymalnie 58,2 pkt.) może zostać przeliczona na maksymalne zużycie tlenu według wzoru $VO_2 \text{ max (ml/min)} = 0,43 \times \text{DASI} + 9,6$ .
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	dowolne



Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

	Struktura skali	DASI to zwalidowany, składający się z 12 pytań, samoopisowy kwestionariusz do pomiaru sprawności funkcjonalnej. DASI można wykorzystać do uzyskania przybliżonego oszacowania szczytowego poboru tlenu przez pacjenta w $VO_2$ max lub ekwiwalentów metabolicznych (MET).
	Orientacyjny czas badania	Do 12 min.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Mierzenie sprawności funkcjonalnej i ocena aspektów jakości życia. ocenę szczytowego poboru tlenu $VO_2$ max, ocenę wyników leczenia lub rehabilitację kardiologiczną.  Obszar terapeutyczny zastosowania kwestionariusz DASI to: choroby układu krążenia, choroby i nieprawidłowości wrodzone, dziedziczne i noworodkowe, choroby układu moczowo-płciowego kobiet i powikłania ciąży, infekcje. Wskazania terapeutyczne: nieprawidłowości sercowo-naczyniowe, infekcje sercowo-naczyniowe, choroby serca, powikłania ciąży, układ sercowo-naczyniowy, choroby naczyniowe.  Istnieje kilka ustalonych zastosowań klinicznych DASI poza
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dowolny
	Miejsce badanych	dowolne
	Stan badanych	dowolny
	Sytuacje	Brak
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, specjaliści ochrony zdrowia Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki kwestionariusza.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>W kwestionariuszu DASI – oblicza się sumę punktów przyporządkowanych do odpowiedzi pacjenta. Każdej ze zdolności funkcjonalnej przypisano punkty:</p> <p>Zdolność dbania o siebie, czyli jesdzenia, ubierania się, kąpania lub korzystania z toalety? przypisano - 2,75 pkt.                  Zdolność chodzenia po pomieszczeniu, na przykład w domu <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub> 1,75 pkt.                  Zdolność przejścia wzdłuż budynku lub dwóch po równym podłożu - 2,75 pkt.                  Zdolność wejścia po schodach lub wejścia na wzgórze - 5,5 pkt.                  Zdolność przebiegnięcia krótkiego dystansu - 8,0 pkt                  Zdolność wykonywania lekkich prace w domu, takich jak: ścieranie kurzy lub zmywanie naczyń - 2,70 pkt.<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>                  Zdolność wykonywania umiarkowanych prac w domu, takich jak: odkurzanie, zamiatanie podłóg lub przenoszenie zakupów - 3,50 pkt. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>                  Zdolność wykonywania ciężkich prace w domu, takich jak: szorowanie podłóg lub podnoszenie czy przenoszenie ciężkich mebli - 8,00 pkt. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>                  Zdolność wykonywania prac ogrodowych, takie jak: grabienie liści, pielenie lub pchania kosiarki - 4,50 pkt. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>                  Zdolność odbywania stosunków seksualnych- 5,25 pkt.<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub></p>	

	<p>Zdolność uczestnictwa w umiarkowanych zajęciach rekreacyjnych, takich jak: golf, kręgle, taniec, tenis podwójny lub rzucanie piłką - 6,00 pkt. <math>\frac{1}{SEP}</math></p> <p>Zdolność uczestnictwa w ciężkich sportach, takich jak: pływanie, tenis singlowy, piłka nożna, koszykówka, narciarstwo - 7,50 pkt.</p> <p>Brak danej, powyższej zdolności to – 0,0 pkt.</p> <p>Maksymalna liczba punktów możliwa do zdobycia w tym kwestionariuszu wynosi 58,2 pkt. <math>\frac{1}{SEP}</math>co daje 9,89 MET's.</p> <p>Obliczenie <math>VO_2</math> max (ml/kg/min) = (0,43 x pkt. DASI)+ 9,6</p> <p>Obliczenie METs (metabolic equivalents) = <math>VO_2</math> max ÷ 3,5</p> <p>Wynik DASI jest obliczany poprzez zsumowanie punktów wszystkich wykonanych czynności. Im wyższy wynik (w zakresie od 0 do 58,2), tym wyższy status funkcjonalny.</p> <p>Najlepsze wyniki MET można również wykorzystać do przewidywania zdolności funkcjonalnej. Na przykład ocena przedoperacyjna wymaga uzyskania co najmniej 4 MET.</p> <p>Wijeyesundera i in. podjęli próbę ustalenia progowego DASI na kohorcie 1546 uczestników (<math>\geq 40</math> lat) z podwyższonym ryzykiem sercowym, którzy przeszli niekardiologiczną operację szpitalną. Samookreślona sprawność funkcjonalna z wynikami DASI 34 pkt. lub wyższymi była związana z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zmniejszonym ryzykiem na 30-dniowy zgon lub uszkodzenie mięśnia sercowego (iloraz szans: 0,97 na wzrost o 1 punkt powyżej 34; 95% przedział ufności CI: 0,96–0,99),</li> <li>- zmniejszonym prawdopodobieństwem zgonu w ciągu roku lub nowej niepełnosprawności (iloraz szans: 0,96 na wzrost o 1 punkt powyżej 34; 95% CI: 0,92–0,99).</li> </ul> <p>Wyniki DASI poniżej 34 pkt. były związane z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zwiększonym ryzykiem na 30-dniowy zgon lub zawał mięśnia sercowego (iloraz szans: 1,05 na spadek o 1 punkt poniżej 34; 95% CI: 1,00–1,09);</li> <li>- powikłania umiarkowane do ciężkich (iloraz szans: 1,03 na spadek o 1 punkt poniżej 34; 95% CI: 1,01–1,05).</li> </ul>
Formularz skali/ kwestionariusz	

### Kwestionariusz DASI

#### (Duke Activity Status Index)

Czy potrafisz:

1.	Dbać o siebie, czyli jeść, ubierać się, kąpać lub korzystać z toalety?	2,75	Tak/ Nie
2.	Chodzić po pomieszczeniu, na przykład w domu?	1,75	Tak/ Nie
3.	Przejsć wzdłuż budynku lub dwóch po równym podłożu?	2,75	Tak/ Nie
4.	Wejść po schodach lub wejść na wzgórze?	5,50	Tak/ Nie
5.	Przebiec krótki dystans?	8,00	Tak/ Nie
6.	Wykonywać lekkie prace w domu, takie jak ścieranie kurzy lub zmywanie naczyń?	2,70	Tak/ Nie
7.	Wykonywać umiarkowane prace w domu, takie jak odkurzanie, zmiatanie podłóg lub przenoszenie zakupów?	3,50	Tak/ Nie
8.	Wykonywać ciężkie prace w domu, takie jak szorowanie podłóg lub podnoszenie czy przenoszenie ciężkich mebli?	8,00	Tak/ Nie

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

9.	Wykonywać prace ogrodowe, takie jak grabienie liści, pielnie lub pchanie kosiarki?	4,50	Tak/ Nie
10.	Mieć stosunki seksualne?	5,25	Tak/ Nie
11.	Uczestniczyć w umiarkowanych zajęciach rekreacyjnych, takich jak golf, kręgle, taniec, tenis podwójny lub rzucanie piłką?	6,00	Tak/ Nie
12.	Uczestniczyć w ciężkich sportach, takich jak pływanie, tenis singlowy, piłka nożna, koszykówka, narciarstwo?	7,50	Tak/ Nie

Indeks Aktywność DUKE (DASI) =

Im wyższy wynik, tym bardziej aktywna fizycznie jest osoba (zgodnie z tym zestawem czynności dnia codziennego). Wynik DASI powinien być uzupełniany co 3 miesiące, a wynik wpisywany na odwrocie, do monitorowania postępów.

Przegląd doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wijeysondera DN, Beattie WS, Hillis GS, et al. Integration of the Duke Activity Status Index into preoperative risk evaluation: a multicentre prospective cohort study. <i>Br J Anaesth.</i> 2020; 124(3):261-270.</li> <li>2. Coutinho-Myrrha MA, Dias RC, Fernandes AA, Araújo CG, Hlatky MA, Pereira DG, Britto RR. Duke Activity Status Index for cardiovascular diseases: validation of the Portuguese translation. <i>Arq Bras Cardiol.</i> 2014; 102(4):383-90.</li> <li>3. Carter R, Holiday DB, Grothues C, Nwasuruba C, Stocks J, Tiep B. Criterion validity of the Duke Activity Status Index for assessing functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>J Cardiopulm Rehabil.</i> 2002; 22(4):298-308.</li> <li>4. Fan X, Lee KS, Frazier SK et al. Psychometric testing of the Duke Activity Status Index in patients with heart failure. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> 2015; 14(3): 214-221.</li> <li>5. Li MHG, Bolshinsky V, Ismail H et al. Comparison of Duke Activity Status Index with cardiopulmonary exercise testing in cancer patients. <i>Journal of anesthesia</i> 2018; 32(4): 576-584.</li> <li>6. Liszniański P, Pudło J, Lelakowska-Pieła M i in. Analiza wpływu leczenia metodą ablacji RF na poziom jakości życia pacjentów z zaburzeniami rytmu serca. <i>Przegląd Lekarski</i> 2015; 72(1): 1-5.</li> <li>7. Babiński W, Sacha, J Postępowanie kardiologiczne w niekardiologicznych zabiegach operacyjnych – nowe wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Anestezjologii. <i>Anesthesiology &amp; Rescue Medicine/ Anestezjologia i Ratownictwo</i> 2015; 9(2): 209-2014.</li> <li>8. Sadowska A, Siebert J Przygotowanie pacjenta obciążonego kardiologicznie do zabiegu chirurgicznego-rola lekarza rodzinnego. Część pierwsza-pacjent z chorobą niedokrwienną serca a operacja niekardiologiczna. <i>Choroby Serca i Naczyn</i> 2005; 2(1): 14-18.</li> <li>9. Trybowski G Analiza wczesnych i odległych wyników operacji pomostowania tętnic wieńcowych u chorych powyżej 70 roku życia ze stabilną chorobą wieńcową (Doctoral dissertation, Wydział Lekarski) 2013: 1-114.</li> <li>10. Karczewska B, Bień B, Ołdak E Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce - czynniki ryzyka obciążenia opieką. <i>Gerontologia Polska</i> 2012; 20(2); 59-67.</li> </ol>

Rafał Rowiński<sup>1</sup>, Mariusz Kozakiewicz<sup>2</sup>, Karolina Rowińska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji

<sup>2</sup>Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii

<sup>3</sup>Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Lomiankach

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.4.A.4. Seven Day Physical Activity Recall (PAR)</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Seven Day Physical Activity Recall (PAR)	
Skrót	PAR, SDPAR, 7DPAR	
Wersja skali	Właściwa Skrócona	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Sallis, J. F.
	Rok publikacji	1997
	Źródło	Sallis, J. F., Buono, M. J., Roby, J. J., Micale, F. G., & Nelson, J. A. (1997). Seven-day physical activity recall. <i>Med Sci Sports Exerc</i> , 29 (Suppl 6), 89-103.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	brak
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Kwestionariusz PAR pozwala na zebranie danych o częstości, intensywności oraz czasie trwania zarówno aktywności fizycznej związanej z wykonywaniem zawodu jak i pozazawodowej w okresie 7 dni poprzedzających badanie. SDPAR pozwala również zgromadzić informacje dotyczące liczby godzin aktywności fizycznej o małej intensywności (1,5 MET's), umiarkowanej intensywności (4 MET's), dużej intensywności (6 MET's) i bardzo dużej intensywności (10 MET's). PAR uwzględnia także wydatek energetyczny związany ze snem (1 MET). Dzięki temu możliwe jest szacowanie całkowitego wydatku energetycznego w ciągu doby czy tygodnia (kcal/kg/ dzień, kcal/kg/tydzień), w odniesieniu do wartości masy ciała badanych wyrażonej w kilogramach.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	brak
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 10 pytań o aktywność fizyczną w podziale na: umiarkowaną, dużą i bardzo dużą intensywnością, w ciągu ostatnich 7 dni.
	Orientacyjny czas badania	Do 10 min.

Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Badania poziomu aktywności fizycznej różnych grup społecznych i zawodowych
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	dowolny
	Miejsce badanych	dowolne
	Stan badanych	W badaniu mogą wziąć udział zarówno osoby uważające się za aktywne fizycznie, czy też te które nie są aktywne.
	Sytuacje	brak
	Inne	-
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści: lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, specjaliści ochrony zdrowia Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki kwestionariusza.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Obliczenia:</p> <p>Stosując 7 Day Physical Activity Recall uzyskuje się liczbę godzin spędzonych we śnie i różne poziomy aktywności fizycznej. Przyjmuje się, że godzina spędzona we śnie to 1 MET, a dla wysiłków lekkich to 1,5 MET, umiarkowanych to 4 MET, ciężkich to 6 MET i bardzo ciężkich - 10 MET. Poziomy aktywności fizycznej (lekki, umiarkowany, ciężki i bardzo ciężki) w ciągu ostatnich 7 dni są mnożone przez ich odpowiednie wartości MET, a następnie sumowane. Oblicza się szacunkową całkowitą liczbę kilokalorii wydatku energetycznego na dzień, jak w poniższym przykładzie.</p> <p>Przykład:</p> <p>Dane aktywności z ostatnich 7 dni:  Sen: 60,0 godz. x 1 MET=60 kcal/kg  Wysiłki  Lekkie: 99,5 godz. x 1,5 MET= 149 kcal/kg  Umiarkowane: 3,5 godz. x 4 MET= 14 kcal/kg  Ciężkie: 2,5 godz. x 6 MET= 15 kcal/kg  Bardzo ciężkie: 2,5 godz. x 10 MET=25 kcal/kg</p> <p>Całkowity tygodniowy wydatek energetyczny= 263/kg/tydzień  Łączny dzienny wydatek energetyczny=263 kcal/kg/tydzień ÷  7 dni/tydzień= 37,8 kcal/dzień  Dla osoby o wadze 70 kg łączny dzienny wydatek energetyczny wynosi: 2646 kcal/dzień (37,8 kcal/kg/dzień x 70 kg)</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

## KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ SEVEN DAY PHYSICAL ACTIVITY RECALL

Prosimy o uważne przeczytanie poniższych pytań i jak najdokładniejsze odpowiedzi. Na końcu kwestionariusza podane są przykłady aktywności ruchowej o umiarkowanej, dużej i bardzo dużej intensywności. Aktywności o niskiej intensywności (praca siedząca, oglądanie telewizji) zostanie obliczona automatycznie na podstawie Pana/ Pani odpowiedzi dotyczącej liczby godzin (z dokładnością do 0,5 godziny) snu oraz aktywności ruchowej o umiarkowanej, dużej i bardzo dużej intensywności. Kwestionariusz dotyczy 7 ostatnich dni.

1. Przeciętnie, ile godzin spałeś (spałaś) każdej nocy w ciągu 5 ostatnich powszednich dni tygodnia (dni roboczych)? ..... godzin.
2. Przeciętnie, ile godzin spałeś (spałaś) każdej nocy w ciągu 2 ostatnich weekendowych dni tygodnia (dni wolne od pracy)? ..... godzin.
3. Wysiłki o umiarkowanej intensywności łącznie w ciągu ostatnich 5 powszednich dni tygodnia ..... godzin.
4. Wysiłki o umiarkowanej intensywności łącznie w ciągu ostatniej soboty i niedzieli ..... godzin.
5. Wysiłki o dużej intensywności łącznie w ciągu ostatnich 5 powszednich dni tygodnia ..... godzin.
6. Wysiłki o dużej intensywności łącznie w ciągu ostatniej soboty i niedzieli ..... godzin.
7. Wysiłki o bardzo dużej intensywności łącznie w ciągu ostatnich 5 powszednich dni tygodnia ..... godzin.
8. Wysiłki o bardzo dużej intensywności łącznie w ciągu ostatniej soboty i niedzieli ..... godzin.
9. W porównaniu z aktywnością ruchową w ciągu ostatnich 3 miesięcy, ostatni tydzień charakteryzował się:
  - a) większą aktywnością ruchową,
  - b) podobną aktywnością ruchową,
  - c) mniejszą aktywnością ruchową.
10. W przypadku aktywności ruchowej, którą trudno jest zakwalifikować wyszczególnij poniżej:

Rodzaj aktywności (krótki opis)	Dni powszednie (godziny)	Weekend (godziny)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Przykłady aktywności ruchowej:

O umiarkowanej intensywności:

- prace domowe: wycieranie kurzu i podłogi, mycie okien, grabienie trawnika, zmywanie naczyń, nakrywanie do stołu,
- praca zawodowa: marsz, dostarczanie korespondencji, malowanie wnętrz, podnoszenie i przenoszenie lekkich przedmiotów (np. praca ekspedienta/tki),
- aktywność sportowo-rekreacyjna (rzeczywisty czas ruchu): siatkówka, tenis stołowy, intensywny spacer (ok. 4,86 km/godz.), golf, gimnastyka.

O dużej intensywności (ciężkie):

- praca zawodowa: prace ciesielskie i stolarskie, prace budowlane. Prace domowe: szorowanie podłóg,
- aktywność sportowo-rekreacyjna (rzeczywisty czas ruchu): tenis (parami), taniec, spokojny jogging (trucht).

O bardzo dużej intensywności (bardzo ciężkie):

- praca zawodowa: kopanie, przenoszenie ciężkich ładunków,
- aktywność sportowo-rekreacyjna (rzeczywisty czas ruchu): tenis (singiel), intensywne bieganie, pływanie, piłka nożna, koszykówka.

Przeгляд doniesień	Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanaka R, Yakushiji K, Tanaka S, et al. Reliability and Validity of Light-Intensity Physical Activity Scales in Adults: A Systematic Review. <i>Measurement in Physical Education and Exercise Science</i> 2022. Dostępny w internecie: <a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1091367X.2022.2120356">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1091367X.2022.2120356</a>. Dostęp: 10.09.2022</li> <li>2. Grandes G, Garcia-Alvarez A, Ansorena M, et al. Any increment in physical activity reduces mortality of primary care inactive patients. <i>British Journal of General Practice</i> 2022. Dostępny w internecie: <a href="https://bjgp.org/content/early/2022/07/21/BJGP.2022.0118.short">https://bjgp.org/content/early/2022/07/21/BJGP.2022.0118.short</a>. Dostęp: 10.09.2022.</li> <li>3. Santiago-Torres M, Contento I, Koch P et al. Associations Between Acculturation and Weight, Diet Quality, and Physical Activity Among Latina Breast Cancer Survivors: The Mi Vida Saludable! Study. <i>Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics</i> 2022; 122(9): 1703-1716.</li> <li>4. Pernar CH, Chomistek AK, Barnett JB, et al. Validity and Relative Validity of Alternative Methods of Assessing Physical Activity in Epidemiologic Studies: Findings From the Men's Lifestyle Validation Study. <i>American Journal of Epidemiology</i> 2022;191(7):1307–1322.</li> <li>5. Ludyga S, Gerber M, Brand S, et al. Do different cognitive domains mediate the association between moderate-to-vigorous physical activity and adolescents' off-task behaviour in the classroom? <i>British Journal of Educational Psychology</i> 2022; 92(1): 194-211.</li> <li>6. Szewczyk A, Rębowska E, Jegier A Częstość występowania zespołu nefunkcjonalnego przemęczenia i zespołu przetrenowania u sportowców. <i>Polish Journal of Sports Medicine/Medycyna Sportowa</i> 2018; 34(4): 213-218.</li> <li>7. Lipert A, Będkowska M Physical activity of patients with osteoarthritis aged 40–60 from the Łódź Region. <i>Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu</i> 2015; 21(3): 289-294.</li> <li>8. Curyło M, Forczek W, Forczek B Subiektywne metody oceny aktywności fizycznej kobiet w ciąży. <i>Rehabil Med</i>, 2014;18 (3): 25-30.</li> </ol>

	<p>9. Smolarek M, Kostka J, Retlikowska-Lipińska M i in. Aktywność fizyczna a profil ryzyka sercowo-naczyniowego u starszych kobiet zamieszkałych w środowisku domowym. <i>Polish Journal of Sports Medicine/Medycyna Sportowa</i> 2013; 28(3): 189-196.</p> <p>10. Lipert A, Jegier A Metody pomiaru aktywności ruchowej człowieka. <i>Polish Journal of Sports Medicine/Medycyna Sportowa</i> 2009; 25(3): 155-168.</p>
--	---

Rafał Rowiński<sup>1</sup>, Mariusz Kozakiewicz<sup>2</sup>, Karolina Rowińska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katedra Turystyki i Rekreacji

<sup>2</sup>Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii

<sup>3</sup>Przychodnia SPZOZ Warszawa-Ursynów w Warszawie, Pracownia Fizjoterapii, Medyczne Centrum Rehabilitacji Vitalnova w Łomiankach

Grupa skal	Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.4.A.5. Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Veterans Specific Activity Questionnaire	
Skrót	VSAQ	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Myers J i wsp
	Rok publikacji	1994
	Źródło	Myers J, Do D, Herbert W, et al. A nomogram to predict exercise capacity from a specific activity questionnaire and clinical data. <i>The American Journal of Cardiology</i> 1994; 73(8): 591–596.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	
	Rok publikacji	
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Oszacowanie wydolności pacjenta na podstawie jego ograniczeń w aktywności fizycznej
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak
	Struktura skali	Kwestionariusz VSAQ zawiera listę 13 czynności związanych z życiem codziennym. Pod uwagę bierze się aktywności związane z czynnościami samoobsługowymi, pracą w domu, jego otoczeniu, przemieszczaniem się, aktywnościami rekreacyjnymi oraz sportem wyczynowym. Czynności te stają się coraz trudniejsze w miarę czytania kwestionariusza. Należy zaznaczyć pierwszą czynność, która jeśli wykonywana byłaby przez pewien czas powodowałaby zmęczenie, duszność, dyskomfort w klatce piersiowej lub w inny sposób powodowałaby zaprzestanie wykonywania czynności.



## Narzędzia oceny aktywności i wydolności fizycznej

	Orientacyjny czas badania	Do 5 min
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Jako substytut testów wysiłkowych w celu oszacowania wydolności funkcjonalnej pacjenta i zindywidualizowania protokołu testów wysiłkowych.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Brak
	Miejsce badanych	Dowolne
	Stan badanych	Osoby aktywne i nieaktywne
	Sytuacje	Brak
	Inne	Brak
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści: lekarze, pielęgniarki Osoby nieprofesjonalne: osoby przeszkolone jak stosować kwestionariusz i interpretować wyniki ankiety	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Brak	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Każda czynność z listy 13 aktywności dnia codziennego ma przypisany do siebie poziom METs (Metabolic equivalent of task, równoważnik metaboliczny). Pierwsza czynność zaznaczona przez pacjenta, która wykonywana dłużej powodowałaby zmęczenie, duszność, dyskomfort w klatce piersiowej lub w inny sposób powodowałaby zaprzestanie wykonywania czynności i przypisana do niej wartość METs jest wynikiem. Można również wartość METs z VSAQ użyć w nomogramie, który został stworzony w oparciu o wynik VSAQ i wiek pacjenta (Myers et al., 1994) $METs = 4,7 + 0,97 \times VSAQ(MET) - 0,06 \times \text{wiek}$	
Formularz skali/ kwestionariusz		

### Kwestionariusz oceny wydolności fizycznej (Veterans Specific Activity Questionare)

Instrukcja: Przed rozpoczęciem w dniu dzisiejszym testu na bieżni musimy oszacować, jakie są Twoje zwykłe ograniczenia podczas codziennych czynności. Poniżej znajduje się lista czynności, które stają się coraz trudniejsze w miarę czytania kwestionariusza. Zastanów się dobrze, a następnie podkreśl pierwszą czynność, która jeśli wykonywałabyś ją przez pewien czas zwykle powodowałaby: zmęczenie, duszność, dyskomfort w klatce piersiowej lub w inny sposób powodowała, że chciałbyś przestać. Jeśli normalnie nie wykonujesz określonej czynności, spróbuj sobie wyobrazić jak by to było, gdybyś to zrobił.

VSAQ (MET)	Podkreśl aktywność, którą możesz wykonywać rutynowo bez objawów lub przy minimalnych objawach, takich jak: duszność, ból w klatce piersiowej, zmęczenie. Zaznacz tylko jedną odpowiedź.	
1 MET	Jedzenie, ubieranie się, praca przy biurku	
2 MET	Branie prysznic, zakupy, gotowanie, zejście w dół – 8 kroków	

3 MET	Wolny spacer po płaskim terenie wzdłuż 1-2 budynków, umiarkowane prace domowe: odkurzanie, zamiatanie podłogi, przynoszenie zakupów	
4 MET	Lekkie prace ogrodowe: grabienie liści, plewienie lub koszenie kosiarką silnikową, malowanie, lekka stolarka	
5 MET	Szybki marsz, taniec towarzyski, mycie samochodu	
6 MET	Gra w golfa (9 dołków), ciężka stolarka, pchanie kosiarki ręcznej	
7 MET	Przenoszenie 30 kg, wykonywanie ciężkich prac na zewnątrz (kopanie ziemi, szpadlowanie gleby), chodzenie pod górę	
8 MET	Wnoszenie artykułów spożywczych na górę, przesuwanie ciężkich mebli, wolny bieg po płaskiej powierzchni, szybkie wchodzenie po schodach	
9 MET	Jazda na rowerze w umiarkowanym tempie, piłowanie drzewa, skoki na skakance (wolno)	
10 MET	Szybkie pływanie, wjeżdżanie rowerem pod górę, szybkie wejście pod górę, bieg z szybkością 9,6 km/h	
11 MET	Przenoszenie ciężkiego ładunku (dziecko, drewno opałowe) przez 2 piętra schodów	
12 MET	Szybki bieg ciągły 12 km/h po płaskim terenie	
13 MET	Sport wyczynowy, okresowe sprinty, bieganie wyczynowe, wioślarstwo wyczynowe, jazda na rowerze	

<b>Przegląd doniesień</b>	<b>Dokonano przeglądu 50 artykułów tematycznych, z czego wybrano 20% do opracowania charakterystyki niniejszej skali</b>
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Myers J, Bader D, Madhavan R, et al. Validation of a specific activity questionnaire to estimate exercise tolerance in patients referred for exercise testing. <i>Am Heart J.</i> 2001;142(6):1041-1046.</li> <li>2. De Oliveira Brito LV, Maranhao Neto GA, Moraes H, et al. Relationship between level of independence in activities of daily living and estimated cardiovascular capacity in elderly women. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 2014; 59(2): 367–371.</li> <li>3. Maeder M, Wolber T, Atefy R, et al. Impact of the Exercise Mode on Exercise Capacity. <i>Chest</i> 2005; 128(4): 2804–2811.</li> <li>4. Sadik J, Myers J, Froelicher V. A Modified Nomogram for Ramp Treadmill Testing Using the Veterans Specific Activity Questionnaire. <i>The American Journal of Cardiology</i> 2014, 114(5): 803–805.</li> <li>5. Gawrecki F, Myers J, Shovlin CL. Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ): a new and efficient method of assessing exercise capacity in patients with pulmonary arteriovenous malformations</li> <li>6. <i>BMJ Open Respiratory Research</i> 2019; 6: 1-7.</li> <li>7. Kojima S, Wang DH, Tokumori K, et al. Practicality of Veterans Specific Activity Questionnaire in evaluation of exercise capacity of community-dwelling Japanese elderly. <i>Environ Health Prev Med.</i> 2006;11(6): 313-20.</li> <li>8. Teren A, Zachariae S, Beutner F, et al. Incremental value of Veterans Specific Activity Questionnaire and the YMCA-step test for the assessment of cardiorespiratory fitness in population-based studies, <i>European Journal of Preventive Cardiology</i> 2016; 23(11): 1221–1227.</li> <li>9. Navbade PR, Nagarwala RM, Dabadghav RP, et al. Agreement between Duke Activity Status Index and Modified Veterans Specific Activity Questionnaire in Healthy Individuals: A Cross-sectional Study. <i>J Med Sci</i> 2021; 7 (1):1-4.</li> <li>10. Cook JW, Pierson LM, Herbert WG, et al. The influence of patient strength, aerobic capacity and body composition upon outcomes after coronary artery bypass grafting. <i>Thorac Cardiovasc Surg.</i> 2001; 49(2): 89-93.</li> <li>11. Myers J, Zaheer N, Quaglietti S, et al. Association of Functional and Health Status Measures in Heart Failure. <i>Journal of Cardiac Failure</i> 2006; 12(6), 439-445.</li> </ol>

## IV.5. Pielęgniarstwo wielokulturowe

Zofia Sienkiewicz<sup>1</sup>, Mariola Głowacka<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa

### IV.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

IV. 4. A. 1. Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI)

IV. 4. A. 2. Nurse Cultural Competence Scale (NCCS)

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

IV. 4. B. 1. Your Religiousness (P-NCCS)

IV.4.B.2. Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R)

### IV.5.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	PIELĘGNIARSTWO WIELOKULTUROWE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.5.A.1. Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI)	
Skrót	CCCI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Thornson Carol Ann
	Rok publikacji	2010
	Źródło	<a href="https://stars.library.ucf.edu/">https://stars.library.ucf.edu/</a>
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Krystian Barzykowski, Anna Majda, Paweł Przyłęcki, Małgorzata Szkup e-mail: krystian.barzykowski@uj.edu.pl
	Rok publikacji	2019
	Źródło	Barzykowski K., Majda A., Przyłęcki P., Polish Adaptation of the Cross - Cultural, Polska Adaptacja Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych: Prezentacja narzędzia, 2020, 19, 1, 70.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie służy do pomiaru poziomu kompetencji międzykulturowych w trzech aspektach: poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Łączna liczba pytań: 63 Domeny: adaptacja kulturowa, determinacja, tolerancja, autoprezentacja, cel misji, zaangażowanie, kłamstwo i pożądanie społeczne. Skala pomiarowa: skala Likerta (1-7) Grupa: pracownicy systemu ochrony zdrowia (lekarze, pielęgniarki), studenci kierunków medycznych.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 63 twierdzeń, które dotyczą następujących obszarów: adaptacja kulturowa, samo-prezentacja, tolerancja niejednoznaczności/niepewności, determinacja, gotowość do angażowania się, misja, skala kłamstwa i aprobaty.
	Orientacyjny czas badania	Czas realizacji to około 10-15 minut.
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Nie określono
	Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych
	Miejsce badanych	Narzędzie wykorzystywano zarówno w ocenie osób starszych mieszkających w społeczności, a także zamieszkujących domy opieki.
	Stan badanych	Badany świadomie udziela odpowiedzi na pytania lub samodzielnie wypełnia kwestionariusz ankiety.
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono

## Pielęgniarstwo wielokulturowe

Osoby, które mogą stosować skalę	Formularz skali/kwestionariusz ankiety może być wypełniany samodzielnie przez osoby badane, a także przez pracowników ochrony zdrowia w trakcie wywiadu przeprowadzanego z osobą badaną. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Skala w wolnym dostępie, jej użycie nie wymaga zgody autorów	
Klucz do skali/interpretacja wyników	Ross K.G., Thomson C.A., McDonald D.P., Arrastia M.C., The Development of the CCCI: The Cross-Cultural Competence Inventory	

Przegląd doniesień	
Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P, Szkup M. The Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and psychometric properties of the Polish adaptation. PLoS One. 2019 Mar 7; 14(3): 1-21.</li> <li>2. Campinha-Bacote J. Wiele twarzy: zajmowanie się różnorodnością w opiece zdrowotnej. Online J Problemy Pielęgniarki. 2003;8(1).</li> <li>3. Campinha-Bacote J. Proces kompetencji kulturowych w świadczeniu usług opieki zdrowotnej: podróż trwa. Cincinnati, Ohio: Transcultural CARE Associates; 2007</li> <li>4. Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Miary kompetencji kulturowych pielęgniarek: przegląd integracyjny. Światowy Dziennik Naukowy. 2013; 2013:289101. pmd:23818818</li> <li>5. Thomson CA, Ross KG. Walidacja konstrukcji i kryteriów Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych. Raport końcowy. Instytut Zarządzania Równymi Szansami Obrony (DEOMI); 2010</li> </ol>

Grupa skal	PIELĘGNIARSTWO WIELOKULTUROWE	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.5.A.2. Skala Świadomości Kulturowej/</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Nurse Cultural Competence Scale	
Skrót	NCCS	
Wersja skali	ORYGINALNA SKALA: Perng S-J, Watson R. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. J Clin Nurs. 2012 Jun; 21(11-12): 1678-84.	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Perng S. i Watson R.
	Rok publikacji	2012
	Źródło	Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Danuta Zarzycka, Agnieszka Chrzan- -Rodak, Jadwiga Bąk, Barbara Niedorys-Karczmarczyk, Barbara Ślusarska e-mail: agnieszkachrzan607@gmail.com, danutazarzycka@umlub.pl
	Rok publikacji	6 października 2020
	Źródło	<a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240884">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240884</a>
Krótką charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala służy do pomiaru zdolności pielęgniarek do holistycznej opieki nad pacjentami odmiennymi kulturowo. Skupia się na ocenie poziomu kompetencji kulturowych

	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Im wyższy wynik osiągnięty przez badaną osobę, tym wyższy poziom kompetencji kulturowych.
	Struktura skali	Domeny: świadomość kulturowa, wiedza kulturowa, wrażliwość kulturowa, umiejętności kulturowe Skala liczy 41 pytań Rzetelność: współczynnik $\alpha$ Cronbacha: 0.94
	Orientacyjny czas badania	ok 15 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	eksploracyjna analiza czynnikowa doprowadziła do wyodrębnienia czterech czynników – współczynnik KMO wyniósł 0.905, a test sferyczności Bartletta wykazał, że istnieją istotne korelacje między analizowanymi zmiennymi ( $\chi^2 = 5755.107$ ; $df = 820$ ; $p < 0.001$ ); analiza trafności teoretycznej nie wykazała istotnych różnic wyniku ogólnego skali NCCS-P w zależności od wieku oraz stażu pracy respondentów.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie określono
	Miejsce badanych	Placówki ochrony zdrowia
	Stan badanych	pielęgniarki aktywne zawodowo
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Nie określono
Formularz skali/ kwestionariusz LINK DO PEŁNEGO TEKSTU PUBLIKACJI (DO POBRANIA PŁATNIE): <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x</a>		

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Balcazar FE , Suarez-Balcazar Y i Taylor-Ritzler T ( 2009 ) Kompetencje kulturowe: rozwój ram koncepcyjnych . <i>Niepelnosprawność i Rehabilitacja</i> <b>31</b> , 1153 – 1160 .</li> <li>Betancourt JR , Green AR , Carriilo JE &amp; Park ER ( 2005 ) Kompetencje kulturowe i dysproporcje w opiece zdrowotnej: kluczowe perspektywy i trendy . <i>Sprawy zdrowotne</i> <b>24</b> , 499 – 505 .</li> <li>Capell J , Veenstra G &amp; Dean E ( 2007 ) Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej: krytyczna analiza konstruktów: jego ocena i implikacje . <i>The Journal of Theory Construction and Testing</i> <b>11</b> , 30 – 37 .</li> <li>Ahmann E ( 2002 ) Rozwijanie kompetencji kulturowych w placówkach opieki zdrowotnej . <i>Pielęgniarstwo dziecięce</i> <b>28</b> , 133 – 137 .</li> </ol>
--------------	---

#### IV.5.B. Przykłady skal stosowanych w innych państwach a niewalidowanych do warunków polskich

Grupa skal	Pielęgniarstwo wielokulturowe
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.5.B.1. Skala Twoja Religijność</b>
Nazwa skali w języku angielskim	Your Religiousness

Pielęgniarstwo wielokulturowe

Skrót	skala P-NCCS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Socha P.
	Rok publikacji	2012
	Źródło	
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala służy do pomiaru religijnej ortodoksji katolickiej.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	NIE OKREŚLONO
	Struktura skali	Skala składa się z 32 twierdzeń, do których osoba badana odnosi się przy pomocy pięciostopniowej skali Likerta. Kwestionariusz zawiera trzy podskale.
	Orientacyjny czas badania	15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Nie określono
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Młodzież i osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Nie dotyczy
	Inne	Nie dotyczy

Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.5.B.2. Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R)</b>
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Seid, K. i Gebremedhin, T.
Państwo	Etiopia
Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Seid, K. i Gebremedhin, T. (2022). Kompetencje kulturowe pielęgniarek w południowo-zachodniej Etiopii: badanie przekrojowe.
Źródło bibliograficzne	<i>Postępy w edukacji i praktyce medycznej</i> , 13 , 467–473.
Źródło on-line	

Nazwa skali w języku polskim	Inwentarz Oceny Kompetencji Kulturowych wśród Pracowników Służby Zdrowia (IAPCC-R)
Autor/ autorzy wersji oryginalnej Nazwisko i imię	Roller, M. i Ballestas, H
Państwo	USA
Krótka charakterystyka skali / Zakres badany skalą/ Dotychczasowe wykorzystanie skali	Roller, M. i Ballestas, H. (2016). Kompetencje kulturowe: Pomiar zrównoważonego rozwoju po programie immersji dla studentów studiów licencjackich . <i>Dziennik Stowarzyszenia Pielęgniarek Stanu Nowy Jork</i> , 45(1), 21-27.
Źródło bibliograficzne	<i>Dziennik Stowarzyszenia Pielęgniarek Stanu Nowy Jork</i> , 45(1), 21-27.

Inne narzędzia wykorzystywane w pielęgniarstwie wielokulturowym:

Inwentarz do oceny procesu konkurencyjności kulturowej wśród pracowników służby zdrowia (IAPCC-HCP)

Inwentarz do oceny procesu kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia – wersja studencka (IAPCC-SV)

Inwentarz do oceny procesu kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia w mentoringu (IAPCC-M)

Inwentarz do oceny biblijnego światopoglądu kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia (IABWCC)

Wyniki programu nauczania kompetencji kulturowych (OCCC)



## IV.6. Narzędzia stosowane w dydaktyce medycznej

Sienkiewicz Zofia<sup>1</sup>, Bączek Grażyna<sup>1</sup>, Wrońska Irena<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Warszawski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu

<sup>2</sup> Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa

### I.4.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

I.4.A.1. Inwentarz klinicznego środowiska uczenia się (CLEI)

IV.A.2. Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży

### IV.6.A. Wybrane narzędzia standaryzowane

Grupa skal	NARZĘDZIA STOSOWANE W DYDAKTYCE MEDYCZNEJ	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.6.A.1. Inwentarz klinicznego środowiska uczenia się (CLEI)</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	The clinical learning environment inventory	
Skrót	CLEI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Chan (2001, 2002) został przyjęty do tego badania. Jego podstawowa teoria zasady oparto na Moosie (1974, 1979),
	Rok publikacji	2001
	Źródło	Jn.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Brak danych
	Rok publikacji	Brak danych
	Źródło	Brak danych
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Międzynarodowa użyteczność CLEI: Włochy (Perli i Brugnolli, 2009), Australia (Henderson i in., 2012; Smedley i Morey, 2010), Grecja (Papathanasiou, Tsaras i Sarafis, 2014), Norwegia (Berntsen, Bjørk i Brynildsen, 2017) i Irlandia (Shivers, Hasson i Slater, 2017),
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie określono
	Struktura skali	Skala składa się z pięciu części oceniających determinanty: Personalizacja, Zaangażowanie studentów, Orientacja na zadanie, Innowacja, Indywidualizacja
	Orientacyjny czas badania	10 minut

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	(Berntsen i Bjørk, 2010; Papatthanasίου i wsp., 2014; Smedley i Morey, 2010).
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Studenci
	Miejsce badanych	Narzędzie wykorzystywano w uczelniach medycznych
	Stan badanych	Badany świadomie udziela odpowiedzi na pytania lub samodzielnie wypełnia kwestionariusz ankiety.
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Formularz skali/kwestionariusz ankiety może być wypełniany samodzielnie przez osoby badane, a także przez pracowników ochrony zdrowia w trakcie wywiadu przeprowadzanego z osobą badaną. Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Skala w wolnym dostępie, jej użycie nie wymaga zgody autorów	

Grupa skal	NARZĘDZIA STOSOWANE W DYDAKTYCE MEDYCZNEJ	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.6.A.2. Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	A short scale for evaluating youth social support	
Skrót	-	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Dr Bartłomiej Skowroński jest adiunktem w Zakładzie Pedagogiki Resocjalizacyjnej Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW oraz sędzią zawodowym Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Północ. Adres e-mail: b.skowronski@uw.edu.pl. Mgr Rafał Pabich jest absolwentem studiów doktoranckich w Instytucie Psychologii UKSW. Adres e-mail: rafapab@poczta.onet.pl.
	Rok publikacji	2015
	Źródło	Profilaktyka społeczna i resocjalizacja 2015, 27 ISSN 2300-3952 <i>Bartłomiej Skowroński, Rafał Pabich</i>
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Nie dotyczy
	Rok publikacji	Nie dotyczy
	Źródło	Nie dotyczy
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Nie dotyczy
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Krótka Skala Oceny Wsparcia Społecznego Młodzieży jest przeznaczona do badania wsparcia społecznego młodzieży gimnazjum, choć może być stosowana z powodzeniem także w grupie młodzieży uczęszczającej do liceum. W momencie tworzenia niniejszej publikacji nie ma jeszcze opracowanych norm stenowych. Poniżej znajdują się średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe z uwzględnieniem podziału na płeć.

Narzędzia stosowane w dydaktyce medycznej

		Wynik skali to suma wszystkich itemów, które wchodzą w skład skali — stanowią one wynik ogólny skali. Ponadto możliwe jest obliczenie oddzielnych wyników dla wsparcia rówieśniczego, nauczycielskiego oraz rodzicielskiego na podstawie podanego klucza. Możliwe jest obliczenie oddzielnych wyników dla wsparcia rówieśniczego, nauczycielskiego oraz rodzicielskiego na podstawie podanego klucza
	Struktura skali	Podział na trzy części
	Orientacyjny czas badania	5 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł 0,85 dla wszystkich podskal: wsparcie nauczycielskie, wsparcie rówieśnicze, wsparcie rodzicielskie, wartości współczynników alfa Cronbacha można uznać za bezsprzecznie zadowalające, wszystkie z nich przekraczają bowiem wartość 0,8.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie określono
	Miejsce badanych	uczelnia
	Stan badanych	Nie określono
	Sytuacje	Nie określono
	Inne	Nie określono
Osoby, które mogą stosować skalę	Zastosowanie skali nie wymaga specjalnych uprawnień	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Poproszenie o zgodę autorów skali
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>wsparcie rodzicielskie: 3, 7, 11, 15, 18</p> <p>wsparcie rówieśnicze: 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 17</p> <p>wsparcie nauczycielskie: 2, 5, 9, 13, 16,</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

**KSWS-18**

(wersja eksperymentalna)

Imię/pseudonim .....

Wiek ..... Płeć K M

*Instrukcja: Przeczytaj uważnie poniższe twierdzenia i wskaż na ile podane przykłady wspierających zachowań rodziców, koleżanek/kolegów i nauczycieli, dotyczą Ciebie. Swoją odpowiedź zaznacz otaczając kółkiem jedną z następujących możliwości:*

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie
5	4	3	2	1

1.	Moi koledzy/koleżanki wspierają mnie, kiedy jest mi źle.	5	4	3	2	1
2.	Nauczycielom zależy na moich dobrych ocenach.	5	4	3	2	1
3.	Rodzice wspierają mnie i zachęcają do nauki.	5	4	3	2	1
4.	W klasie mogę liczyć również na inne osoby.	5	4	3	2	1
5.	Odnoszę wrażenie, że moim nauczycielom zależy na mojej przyszłości.	5	4	3	2	1
6.	Gdy jest mi smutno mogę liczyć na wsparcie kolegów/koleżanek.	5	4	3	2	1
7.	Czuję się kochany przez rodziców.	5	4	3	2	1
8.	Mogę powiedzieć, że mam prawdziwych przyjaciół.	5	4	3	2	1
9.	Nauczyciele mobilizują mnie do nauki.	5	4	3	2	1
10.	Mam kolegów/koleżanki, z którymi szczerze rozmawiam o swoich problemach.	5	4	3	2	1
11.	Rodzice motywują mnie do nauki.	5	4	3	2	1
12.	Moi koledzy/koleżanki zachowują się wobec mnie lojalnie.	5	4	3	2	1
13.	Dostrzegam, że moim nauczycielom zależy na moim dobru.	5	4	3	2	1
14.	Chętnie spędzam czas wolny z moimi kolegami/koleżankami.	5	4	3	2	1
15.	Czuję wsparcie i zrozumienie od rodziców.	5	4	3	2	1
16.	Nauczyciele troszczą się o mnie.	5	4	3	2	1
17.	Gdy spotykam się z kolegami/koleżankami zwykle poprawia mi się humor.	5	4	3	2	1
18.	Rodzice wiedzą jaki/jaka jestem w szkole czy w domu.	5	4	3	2	1

## Klucz:

wsparcie rodzicielskie: 3, 7, 11, 15, 18

wsparcie rówieśnicze: 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 17

wsparcie nauczycielskie: 2, 5, 9, 13, 16,

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chipuer, Heather, Paul Bramston, Grace Pretty (2003) Determinants of Subjective Quality of Life Among Rural Adolescents: A Developmental Perspective. „Social Indicators Research” 61(1): 79–95.</li> <li>2. Cieślak, Roman (1995) <i>Problemy pomiaru wsparcia społecznego: Skala Wsparcia Społecznego</i>. „Ergonomia” 18(2): 203–213.</li> <li>3. Dierk, Jan-Michael, Matthias Conradt, Elisabeth Rauh, Pia Schlumberger, Johannes Hebebrand, Winfried Rief (2006) <i>What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills and social support</i>. „Journal of Psychosomatic Researches” 60(3): 219–227.</li> <li>4. Jankowski, Konrad, Marcin Zajenkowski (2009) <i>Metody szacowania rzetelności pomiaru testem</i>. [w:] Krzysztof Fronczyk, red., <i>Psychometria. Podstawowe zagadnienia</i>. Warszawa: Vizja Press &amp; IT, s. 84–110.</li> <li>5. Kmieciak-Baran, Krystyna (1995) <i>Skala Wsparcia Społecznego: Teoria i właściwości psychometryczne</i>. „Przegląd Psychologiczny” 38: 201–214.</li> </ol>
--------------	--

## IV.7. Seksuologia

*Piórkowska Kinga<sup>1</sup>, Witkowska Katarzyna<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu*

### IV. 7. A. Wybrane narzędzia standaryzowane

- IV. 7. A. 1. Kwestionariusz satysfakcji seksualnej (KSS)
- IV. 7. A. 2. Skala służąca do badania motywacji seksualnych (AMORE)
- IV. 7. A. 3. Poczucie satysfakcji z życia seksualnego Nomejko, Dolińskiej-Zygmunt
- IV. 7. A. 4. Skala satysfakcji seksualnej kobiet (SSS-W-R15)
- IV. 7. A. 5. Ocena funkcjonowania seksualnego kobiet (FSFI)

**IV.7.A. Wybrane narzędzia standaryzowane**

Grupa skal	<b>IV.7.A.1. SEKSUOLOGIA</b>	
Nazwa skali w języku polskim	Kwestionariusz satysfakcji seksualnej	
Nazwa skali w języku angielskim	The Sexual Satisfaction Questionnaire	
Skrót	KSS	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Mieczysław Plopa
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Polskie Forum Psychologiczne, 2017, tom 22, numer 4, s. 519-543
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Pomiar stopnia osiągniętej satysfakcji seksualnej z konkretnym partnerem.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Brak.
	Struktura skali	<p>Kwestionariusz składa się z 10 stwierdzeń dotyczących intymnych relacji mających miejsce w bliskim związku (małżeńskim, partnerskim) dwojga osób.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pieszczenie przez partnera, partnerkę twoich intymnych części ciała</li> <li>2. Pieszczenie przez ciebie ręką intymnych części ciała partnerki, partnera.</li> <li>3. Odczuwanie zapachu twojej partnerki, twojego partnera.</li> <li>4. Intymne rozmowy z partnerką, partnerem.</li> <li>5. Przytulanie twojej partnerki, partnera.</li> <li>6. Uwzględnianie we współżyciu seksualnym życzeń partnerki, partnera.</li> <li>7. Tańczenie z partnerem, partnerką.</li> <li>8. Uwzględnianie technik współżycia proponowanych przez partnera, partnerkę.</li> <li>9. Stosunek seksualny z partnerką, partnerem.</li> <li>10. Doświadczenie orgazmu podczas stosunku seksualnego z partnerką, partnerem.</li> </ol> <p>Odpowiedzi:</p> <p>„x” Nie występuje</p> <p>a- Brak satysfakcji</p> <p>b- Niska satysfakcja</p> <p>c- Zadawalająca satysfakcja</p> <p>d- Wysoka satysfakcja</p> <p>e- Maksymalna satysfakcja</p>
	Orientacyjny czas badania	10 – 15 minut

	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Według autora KSS składający się z 10 stwierdzeń może być stosowany zarówno w badaniach indywidualnych, jak i zbiorowych osób obu płci będących w związkach formalnych czy nieformalnych. Jest dobrym uzupełnieniem badań dotyczących ogólnej satysfakcji ze związku.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby dorosłe
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Narzędzie zwiększa zatem możliwości badania poczucia odczuwanej satysfakcji seksualnej przez każdego z partnerów bliskiego związku (małżeńskiego oraz partnerskiego).
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Narzędzie może być wykorzystywane przez psychologów, socjologów, pedagogów oraz przedstawicieli nauk medycznych i nauk o zdrowiu.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali	Zgoda autora.	
Klucz do skali/interpretacja wyników	<p>Do zestawu stwierdzeń osoba badana ustosunkowuje się poprzez zaznaczenie wybranej pozycji na dymensji 0-5. Poszczególным odpowiedziom przypisuje się odpowiednią wartość liczbową: 0, 1, 2, 3, 4, 5.</p> <p>Bliskość (poziom romantycznej relacji, otwartości, zwierzenia się, akceptacji zapachu, ciała) – 3, 4, 5, 6, 7, 8;</p> <p>Pieszczoty (poziom odczuwanej satysfakcji z „gry wstępnej”, wzajemnego dotykania się) – 1, 2;</p> <p>Seks (poziom satysfakcji ze stosunku seksualnego, osiągnięcia orgazmu) – 9, 10.</p> <p>Wynik ogólny jest sumą punktów z trzech wymiarów. Do interpretacji danych można stosować skalę stenową. Wyniki wyrażone w stenach interpretuje się jako nasilenia danej zmiennej w kierunku pożądanym bądź niepożądanym z punktu widzenia teorii psychologicznej. W interpretacji należy szczególną uwagę kierować na wyniki wykraczające poza granicę 5-6 stena w obu kierunkach. W badaniach można uzyskać różną konstelację zmiennych, w takich wypadkach należy dokonać szczegółowej analizy, korzystając również z innych źródeł informacji. Dla pełniejszej oceny relacji w związku małżeńskim (partnerskim) zasadne jest badanie obojga partnerów.</p> <p>Należy zwrócić uwagę na to, w jakim wzajemnym odniesieniu do siebie znajdują się wymiary satysfakcji seksualnej, czy są zbieżne, czy też nie, który z partnerów przejawia korzystniejszy układ zmiennych z perspektywy trwałości związku i jego jakości. Dla pełniejszej diagnozy relacji między partnerami celowe jest rozszerzenie procesu diagnostycznego o inne narzędzia badawcze (diagnoza poziomu więzi, komunikacji, wartości, celów życiowych itp.). Zaprezentowane normy (aneks) opracowano na podstawie badań osób w różnym wieku, o różnym poziomie wykształcenia, z różnym stażem małżeńskim czy kohabitacyjnym, zarówno z miast, jak i wsi.</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

### Kwestionariusz satysfakcji seksualnej (KKS)

Kwestionariusz składa się z 10 stwierdzeń dotyczących intymnych relacji mających miejsce w bliskim związku (małżeńskim, partnerskim) dwojga osób.

Proszę ocenić poziom satysfakcji, którą czerpie Pan (i) z każdej podanej aktywności. Jedne z nich dotyczą Pana (i) aktywności wobec partnerki, partnera, inne aktywności partnerki, partnera w stosunku do Pani, Pana. Proszę udzielać szczerych odpowiedzi na poszczególne twierdzenia, wybierając spośród pięciu możliwości (odpowiednią literę zaznaczyć krzyżykiem).

Pozycja	Nie występuje	Brak satysfakcji	Niska satysfakcja	Zadowalająca satysfakcja	Wysoka satysfakcja	Maksymalna satysfakcja
1. Pieszczenie przez partnera, partnerkę twoich intymnych części ciała.		a	b	c	d	e
2. Pieszczenie przez ciebie ręką intymnych części ciała partnerki, partnera.		a	b	c	d	e
3. Odczuwanie zapachu twojej partnerki, twojego partnera.		a	b	c	d	e
4. Intymne rozmowy z partnerką, partnerem.		a	b	c	d	e
5. Przytulanie twojej partnerki, partnera.		a	b	c	d	e
6. Uwzględnianie we współżyciu seksualnym życzeń partnerki, partnera.		a	b	c	d	e
7. Tańczenie z partnerem, partnerką.		a	b	c	d	e
8. Uwzględnianie technik współżycia proponowanych przez partnera, partnerkę.		a	b	c	d	e
9. Stosunek seksualny z partnerką, partnerem.		a	b	c	d	e
10. Doświadczenie orgazmu podczas stosunku seksualnego z partnerką, partnerem.		a	b	c	d	e

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plopa, M. (2006). <i>Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań</i>. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.</li> <li>2. Plopa, M. (2008). <i>Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych</i>. Warszawa: Wydawnictwo VIZJA PRESS &amp; IT.</li> </ol>
--------------	---

Grupa skal	SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.7.A.2. Skala służąca do badania motywacji seksualnych (AMORE)</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	The Affective and Motivational Orientation Related to Erotic Arousal Questionnaire –AMORE,	
Skrót	w języku polskim – Skala AMORE w języku angielskim - AMORE,	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Hill i Preston
	Rok publikacji	1996
	Źródło	Hill, C.A., Preston, L.K. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. <i>Journal of Sex Research</i> , 33, 1, 27-45.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Dagna Kocur
	Rok publikacji	2019
	Źródło	Kocur Dagna, Polska wersja skali AMORE służącej do badania motywacji seksualnych, <i>Czasopismo Psychologiczne</i> , 25, 1, 2019, 79-93



## Seksuologia

Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Narzędzie służy do analizy zależności motywów podejmowania aktywności seksualnej z satysfakcją seksualną oraz płcią psychiczną.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Skala ma zastosowanie wśród kobiet i mężczyzn aktywnych seksualnie. Służy do oceny pożądania seksualnego oraz wybranych zachowań podczas aktywności seksualnej. Ankieta zawiera także pytania dotyczące pobudliwości oraz typowej intensywności pożądania seksualnego.
	Struktura skali	Narzędzie zawiera łącznie 32 twierdzeń. Badany każde twierdzenie ocenia według poniższej punktacji: Zupełnie do mnie nie pasuje słabo do mnie pasuje trochę do mnie pasuje raczej do mnie pasuje bardzo do mnie pasuje
	Orientacyjny czas badania	15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Kwestionariusz może być stosowany w badaniach naukowych (wraz z innymi skalami lub jako samodzielna metoda) oraz w diagnozie indywidualnej.
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby aktywne seksualnie
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	w poradnictwie psychologicznym
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści z dziedziny nauk o zdrowiu i nauk medycznych	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Formularz skali/ kwestionariusz		

**SKALA AMORE**  
**(Hill i Preston, 1996, polska wersja: Kocur, 2019)**

Instrukcja: Proszę, odpowiedz na wszystkie pytania najlepiej, jak potrafi sz. Jeśli nie jesteś pewien/pewna którejs odpowiedzi, proszę, wpisz najbardziej pasującą. To ważne, aby odpowiedzieć na wszystkie pytania. Nie ma złych ani dobrych odpowiedzi, nie ma też podchwytliwych pytań. Wpisz odpowiedź do kolumny po lewej stronie. Wykorzystaj skalę poniżej:

zupełnie do mnie nie pasuje  
 słabo do mnie pasuje  
 trochę do mnie pasuje  
 raczej do mnie pasuje  
 bardzo do mnie pasuje

1	Często czuję potrzebę bycia zdominowanym/(-ą) przez partnera/partnerkę, kiedy uprawiamy seks lub snujemy fantazje erotyczne.
2	Jednym z głównych powodów, dla których lubię seks z moim partnerem/moją partnerką, jest to, że mogę przekazać mu/jej, jak bardzo mi na nim/niej zależy i jak bardzo go/ją cenię.
3	Często mam ochotę fantazjować o seksie lub wyrażać siebie poprzez seks, kiedy życie się nie układa i chcę poprawić swój obraz w swoich oczach.
4	Często kiedy uprawiam seks lub snuję fantazje, bardzo podnieca mnie myśl, że może to doprowadzić do splodzenia dziecka.
5	Często mam poczucie wyższości i mocy, kiedy wyrażam siebie poprzez seks.
6	Często kiedy chcę poczuć, że ktoś o mnie dba i się o mnie troszczy, seksualny kontakt z partnerem/partnerką okazuje się jednym z najlepszych sposobów.
7	Często seks jest najprzyjemniejszy, kiedy pomaga partnerowi/partnerce zapomnieć o jego/jej problemach i bardziej cieszyć się życiem.
8	Myślę, że seks i fantazje erotyczne to pod wieloma względami jedne z najbardziej podniecających i satysfakcjonujących rzeczy, jakich doświadczam.
9	Często podnieca mnie, kiedy partner/partnerka przejmuje inicjatywę i zachowuje się władczo podczas seksu lub w fantazjach erotycznych.
10	Jednym z aspektów seksu przynoszącym największe zadowolenie jest wyrażanie intensywności uczuć do partnera/partnerki podczas seksu
11	Kiedy wszystko idzie źle, podejmowanie jakichś zachowań seksualnych często znacznie poprawia moje spojrzenie na świat.
12	Najbardziej lubię seks wtedy, gdy razem z partnerem/partnerką staramy się o dziecko.
13	Wyrażenie siebie poprzez seks zwykle sprawia, że czuję się silny/(-a) i wiem, że mam nad wszystkim kontrolę.
14	Często mam ochotę na seks z partnerem/partnerką, kiedy chcę poczuć, że ktoś mnie rozumie i kiedy chcę pobyć z tą osobą sam na sam.
15	Często kiedy mój partner/moja partnerka ma zły dzień lub jest niezadowolony/(-a) z jakiegoś powodu, próbuję poprawić mu/jej humor poprzez wspólne intymne chwile.
16	Bardzo cenię seks jako sposób na przyjemne spędzanie czasu i dodanie szczypty szaleństwa do mojego życia.
17	To bardzo podniecające, kiedy partner/partnerka staje się niezwykle wymagający/(-a) i nagłący/(-a) w czasie seksu lub w fantazjach erotycznych, tak jakby chciał/(-a) całkowicie mnie posiadać.
18	Jednym z najlepszych aspektów seksu są momenty, kiedy widzę, że mój partner/moja partnerka naprawdę potrzebuje miłości i czułości, jakie wiążą się ze zbliżeniem.

## Seksuologia

19	Często kiedy czuję się nieszczęśliwy/(-a) lub w depresji, myślenie o seksie i sam seks sprawia, że czuję się lepiej.
20	Chciałbym/chciałabym uprawiać seks głównie wtedy, kiedy chodzi o splotenie dziecka.
21	Często poczucie kontroli nad partnerem seksualnym/partnerką seksualną jest upajające.
22	Kiedy chcę mieć poczucie przynależności i połączenia, wybieram seks jako dobry sposób kontaktu z partnerem/partnerką.
23	Czuję dużą satysfakcję, kiedy mogę pomóc partnerowi/partnerce przetrwać trudny okres poprzez okazanie mu/jej troski i seksualną bliskość.
24	Figlarność i zabawa podczas seksu są dla mnie niezwykle podniecające.
25	Szczególnie podnieca mnie poczucie bycia zdominowanym/(-a) i kontrolowanym/(-a) przez partnera/partnerkę podczas seksu lub w fantazjach erotycznych.
26	Uzucie bliskości emocjonalnej, jakiego doświadczam podczas seksu z partnerem/partnerką, to jeden z najbardziej satysfakcjonujących sposobów, by odczuć, że jest się cenionym.
27	Kiedy wszystko idzie źle, myślenie o seksie lub robienie czegoś o kontekście seksualnym bardzo poprawia mi humor i pomaga przez chwilę zapomnieć o problemach.
28	Jednym z głównych powodów, dla których uprawiam seks, jest chęć posiadania dzieci.
29	Często czuję się pobudzony/(-a), kiedy podczas seksu z partnerem/partnerką wydają polecenia i kontrolują sytuację.
30	Często czuję potrzebę wyrażenia potrzeby emocjonalnej bliskości i intymności poprzez seks lub fantazje erotyczne z partnerem/ partnerką.
31	Dla mnie bardzo satysfakcjonującym aspektem seksu jest to, że pomaga partnerowi/partnerce poprawić stosunek do samego/samej
32	Doświadczanie napięcia seksualnego i energii seksualnej to pod wieloma względami najbardziej ekscytujące i najważniejsze aspekty życia seksualnego i fantazji erotycznych.

### AMORE klucz

	Rzetelność	itemy
1. Doświadczanie władzy partnera	.877	1, 9, 17, 25
2. Docenianie partnera	.794	2, 10, 18, 26
3. Złagodzenie stresu	.887	3, 11, 19, 27
4. Prokreacja	.828	4, 12, 20, 28
5. Wzmacnianie poczucia własnej władzy	.825	5, 13, 21, 29
6. Docenianie przez partnera	.837	6, 14, 22, 30
7. Okazywanie troski	.809	7, 15, 23, 31
8. Przyjemność	.765	8, 16, 24, 32

Bibliografia	Mandal, E., Kocur, D. (2015). Poczucie władzy a poczucie satysfakcji seksualnej w intymnych relacjach. <i>Seksuologia Polska</i> , 13, 1, 1-7.
--------------	--

Grupa skal		SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.7.A.3. Poczucie satysfakcji z życia seksualnego</b>		
Nazwa skali w języku angielskim	The Sexual Satisfaction Questionnaire		
Wersja skali	Właściwa		
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Agnieszka Nomejko, Grażyna Dolińska-Zygmunt	
	Rok publikacji	2014	
	Źródło	Polish Journal of Applied Psychology 2014, vol. 12 (3), 105–112	

Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej został stworzony do pomiaru poziomu satysfakcji seksualnej. Składa się on z dziesięciu itemów. Wyniki badań potwierdzają trafność i rzetelność metody. Kwestionariusz może być wartościowym narzędziem, służącym do pomiaru ustosunkowania podmiotu (poznawczo-emocjonalnego) do własnej aktywności seksualnej.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	W badaniu mogą brać udział osoby pełnoletnie aktywne seksualnie.
	Struktura skali	Na kwestionariusz składa się dziesięć twierdzeń. Osoba badana ustosunkowuje się do nich za pomocą 4-stopniowej skali Likerta: 1 — zupełnie tak nie jest, 2 — raczej tak nie jest, 3 — raczej tak jest, 4 — zdecydowanie tak jest. W celu zachowania trafności teoretycznej, czyli związku narzędzia testowego z nieobserwowalnym konstruktem teoretycznym opisującym mierzoną zmienną, zastosowano: — metodę sędziów kompetentnych, — analizę mocy dyskryminacyjnej pytań, — confirmacyjną analizę czynnikową.
	Orientacyjny czas badania	około 10 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Narzędzie posiada zadowalające właściwości psychometryczne
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Nie dotyczy.
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Osoby aktywne seksualnie
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Skala do stosowania w codziennej praktyce psychologicznej oraz dla przedstawicieli nauk medycznych i nauk o zdrowiu.	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Klucz do skali/interpretacja wyników	Za wynik badania kwestionariuszem uznaje się sumę odpowiedzi po przekodowaniu pytań odwrotnych diagnostycznie. Odpowiedzi na pytania zawarte są w czterostopniowej skali Likerta. Teoretyczny rozkład wyników zawiera się w przedziale 10–40. Założenia normalności rozkładu wyników otrzymanych w kwestionariuszu zostały zweryfikowane przez test Kolmogorowa-Smirnowa.	
Formularz skali/ kwestionariusz		

### Poczucie satysfakcji z życia seksualnego autorstwa Agnieszki Nomejko oraz Grażyny Dolińskiej-Zygmunt

Poniżej znajduje się 10 stwierdzeń. Przeczytaj każde stwierdzenie i zakresł odpowiedź, która najlepiej oddaje

Pozycja	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie do końca się zgadzam	Nie do końca się nie zgadzam
1. Niepokoi mnie jakiś element mojego życia seksualnego.				
2. Seks jest dla mnie źródłem przyjemności.				
3. Myślenie o seksie wywołuje we mnie negatywne emocje.				
4. Czuję się atrakcyjny/ atrakcyjna seksualnie				
5. Myślę o sobie jako o kiepskim partnerze seksualnym.				
6. Nie mam problemów w życiu intymnym				
7. Lubię myśleć o moim życiu seksualnym				
8. Moje życie seksualne mnie frustruje.				
9. Obawiam się, że nie zadowolam mojego partnera/ partnerki seksualnej				
10. Uważam moje życie seksualne za udane				

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dolińska- Zygmunt, G. (2001). Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.</li> <li>Nomejko, A., &amp; Dolińska-Zygmunt, G. (2014). The Sexual Satisfaction Questionnaire – Psychometric Properties. Polish Journal of Applied Psychology, 12(3), 105-112.</li> </ol>
--------------	--

Grupa skal	SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.7.A.4. Skala satysfakcji seksualnej kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	The Cindy Meston and Paul Trapnell sexual satisfaction Scale for women	
Skrót w języku angielskim	SSS-W	
Skrót w języku polskim	SSS-W-R15	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Cindy Meston and Paul Trapnell
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Meston, C.M., Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). The Journal of Sexual Medicine, 2, 66-81

Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Michalina Ilska, Hanna Przybyła-Basista, Anna Brandt
	Rok publikacji	2017
	Źródło	Iliska M., Przybyła-Basista H., Brandt A., Polskie Forum Psychologiczne, 2017, tom 22, numer 3, s. 440-458
Krótka charakterystyka skali	Zakres badanej skali	Narzędzie pomiaru uwzględnia specyfikę funkcjonowania kobiet w relacji seksualnej. Autorzy, przyjęli założenie, że satysfakcja seksualna jest pojęciem złożonym. Do składowych satysfakcji zalicza się komponenty osobiste oraz relacyjne. Podkreślono rolę dobrej seksualnej komunikacji (good sexual communication) między partnerami jako czynnika najczęściej analizowanego przez różnych badaczy w kontekście satysfakcji seksualnej, a także znaczenie zarówno nieseksualnych, jak i seksualnych aspektów ich relacji.
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Kobiety pełnoletnie aktywne seksualnie
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 15 pytań. W warunkach polskich wykorzystano trzy podskale tj. zadowolenie, komunikacja, dopasowanie koncentrujących się na pomiarze satysfakcji seksualnej Zgodnie z oryginalnym kluczem podskale Zadowolenie tworzą pozycje: 1, 2, 3, 4, i 5, podskale Komunikacja – pozycje: 6, 7, 8, 9 podskale Dopasowanie – pozycje: 10, 11, 12, 13, 14, 15
	Orientacyjny czas badania	15-20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Przedstawione rezultaty badań wskazują, iż polska wersja kwestionariusza SSS-W-R15 jest narzędziem rzetelnym, o dobrych właściwościach psychometrycznych, ukierunkowanym na badanie satysfakcji seksualnej kobiet oraz jej poszczególnych wymiarów: zadowolenia, komunikacji i dopasowania. Trójczynnikowa struktura polskojęzycznej 15-itemowej wersji narzędzia wyjaśnia 63,75% całkowitej wariancji. Wyniki badań można odnieść do opisu trzech wymiarów satysfakcji seksualnej kobiet zaproponowanych przez autorów skali: zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania, a układ poszczególnych twierdzeń pokrywa się z tym, który został zaproponowany w modelu Meston i Trapnella
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Osoby pełnoletnie
	Miejsce badanych	Nie dotyczy
	Stan badanych	Nie dotyczy
	Sytuacje	Nie dotyczy
	Inne	Nie dotyczy
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjonaliści z dziedziny nauk o zdrowiu i nauk medycznych	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.

<p>Klucz do skali/ interpretacja wy- ników</p>	<p>Średnia punktów pytań przypisanych danej domenie stanowi jej wynik, natomiast suma domen jest wskaźnikiem pomyślnego starzenia się.</p> <p>Domeny i wchodzące w ich skład pytania: podskale Zadowolenie – pozycje 1, 2, 3, 4, i 5, podskale Komunikacja – pozycje: 6, 7, 8, 9 podskale Dopasowanie – pozycje: 10, 11, 12, 13, 14, 15</p>
<p>Formularz skali/ kwestionariusz</p>	

**Skala satysfakcji seksualnej kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella –  
- właściwości psychometryczne polskiej wersji narzędzia**

Pytanie			
1. Jestem zadowolona z tego, jak obecnie wygląda moje życie seksualne.			
2. Często czuję, że czegoś mi brakuje w moim życiu seksualnym.			
3. Często czuję, że w moim życiu seksualnym jest za mało bliskości emocjonalnej.			
4. Jestem zadowolona z tego, jak często doświadczam intymności seksualnej w moim życiu (pocałunków, stosunków seksualnych itp.).			
Nie mam żadnych poważnych problemów ani obaw związanych z seksem (z podnieceniem, orgazmem, częstotnością kontaktów, dopasowaniem, komunikacją z partnerem itp.).			
6. Mój partner często się wycofuje, gdy próbuję z nim rozmawiać o seksie.			
7. Nie rozmawiamy z partnerem o seksie wystarczająco często lub wystarczająco otwarcie.			
8. Zazwyczaj mój partner czuje się zupełnie swobodnie, gdy chcę rozmawiać z nim o seksie			
9. Gdy ja chcę porozmawiać z partnerem o jego najgłębszych uczuciach i emocjach, on nie ma z tym żadnych problemów.			
10. Często czuję, że mój partner nie jest wystarczająco wrażliwy i świadomy moich seksualnych upodobań i pragnień.			
11. Często czuję, że nie jesteśmy z partnerem wystarczająco dopasowani seksualnie.			
12. Często czuję, że postawy i przekonania mojego partnera na temat seksu zbyt różnią się od moich.			
13. Czasami myślę, że mój partner i ja jesteśmy niedopasowani do siebie, jeżeli chodzi o potrzeby i pragnienia związane z intymnością seksualną			

14. Czasami czuję, że nie jesteśmy z partnerem dla siebie wystarczająco atrakcyjni fizycznie.			
15. Czasami myślę, że mój partner i ja jesteśmy niedopasowani do siebie, jeżeli chodzi o preferencje seksualne i „styl seksualny”.			

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meston, C.M., Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). <i>The Journal of Sexual Medicine</i>, 2, 66-81</li> <li>2. Ilksa M., Przybyła-Basista H., Brandt A., <i>Polskie Forum Psychologiczne</i>, 2017, tom 22, numer 3, s. 440-458</li> </ol>
--------------	---

Grupa skal	SEKSUOLOGIA	
Nazwa skali w języku polskim	<b>IV.7.A.5. Ocena funkcjonowania seksualnego kobiet</b>	
Nazwa skali w języku angielskim	Female Sexual Function Index	
Skrót	FSFI	
Wersja skali	Właściwa	
Autor/ autorzy wersji oryginalnej	Nazwisko i imię	Wiegel Markus, Meston Cindy, Rosen Raymond
	Rok publikacji	2005
	Źródło	Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross – validation and development of clinical cutoff stores. <i>J Sex Martial Ther.</i> 2005; 31: 1–20.
Autor/ autorzy wersji walidowanej do warunków polskich	Nazwisko i imię	Drosdzol Agnieszka
	Rok publikacji	2010
	Źródło	Drosdzol Agnieszka, Skale oceny jakości życia i seksualności. W: Lew Starowicz Z, Skrzypulec V, red. <i>Podstawy seksuologii.</i> Warszawa: PZWŁ; 2010, s. 363–370.
Krótka charakterystyka skali	Zakres badany skalą	Skala FSFI ocenia wszystkie aspekty funkcjonowania seksualnego kobiety. Jego celem jest wieloaspektowa samoocena funkcjonowania seksualnego w przeciągu ostatnich czterech tygodni. Narzędzie to umożliwia różnicowanie dysfunkcji seksualnych w obszarze pożądania, podniecenia, osiągania orgazmu, a także odczuwania satysfakcji seksualnej. Kwestionariusz może być stosowany w grupach zróżnicowanych pod względem etapu seksualnego w życiu, zarówno w okresie przed-, jak i pomenopauzalnym
	Kryteria wejściowe do zastosowania skali, np. wynik w innej skali jako wprowadzający	Nie dotyczy.
	Struktura skali	Kwestionariusz składa się z 19 pozycji Ocena dotyczy 6 domen: I – pożądania (1 i 2 pytanie), II – podniecenia (3,4, 5 i 6 pytanie), IV – lubrykacji (7, 8, 9 i 10 pytanie),



## Seksuologia

		IV – orgazmu (11, 12 i 13 pytanie), V – satysfakcji seksualnej (14, 15 i 16 pytanie), VI – dolegliwości bólowych związanych z seksualnością (17, 18 i 19 pytanie). Ocena obejmuje okres ostatnich 4 tygodni.
	Orientacyjny czas badania	20 minut
	Dotychczasowe wykorzystanie skali na podstawie doniesień naukowych i doświadczenia zawodowego	Jest to skala służąca do oceny funkcjonowania seksualnego kobiet. FSFI pomaga w rozpoznawaniu zaburzeń: pożądania seksualnego, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji oraz zaburzeń seksualnych związanych z bólem
Rekomendacje zastosowania skali	Wiek badanych	Pełnoletnie kobiety aktywne seksualnie
	Miejsce badanych	Nie dotyczy.
	Stan badanych	Nie dotyczy.
	Sytuacje	Nie dotyczy.
	Inne	Nie dotyczy.
Osoby, które mogą stosować skalę	Profesjoniści z dziedziny nauk o zdrowiu i nauk medycznych	
Dodatkowe kryteria zastosowania skali		Zgoda autora.
Klucz do skali/ interpretacja wyników	<p>1. Dla każdej domeny zsumuj punkty i pomnóż przez odpowiedni współczynnik, idąc po kolei od domeny I do VI: 0.6; 0.3; 0.3; 0.4; 0.4; 0.4, co daje ostateczny zakres punktacji od 0 do 6.</p> <p>Ocena: wyższy wskaźnik punktowy: lepsze funkcjonowanie w danej domenie.</p> <p>2. Zsumuj następnie przeliczone wyniki punktowe a otrzymasz rezultat dotyczący ogólnego funkcjonowania seksualnego w zakresie od 2 do 36 punktów.</p> <p>Ocena: wartość 26 punktów lub mniejsza wskazuje na obecność znamienne klinicznych dysfunkcji seksualnych.</p>	
Formularz skali/ kwestionariusz		

## Ocena funkcjonowania seksualnego kobiet (Female Sexual Function Index)

W ciągu ostatnich 4 tygodni:

(Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)

### 1. Jak często odczuwała Pani pożądanie seksualne i zainteresowanie życiem seksualnym?

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

### 2. Jak oceniałaby Pani natężenie (poziom) swojego pożądania seksualnego i zainteresowania życiem seksualnym?

5. Bardzo wysokie
4. Wysokie
3. Umiarkowane
2. Niskie
1. Bardzo niskie lub nieobecne

### 3. Jak często czuła się Pani pobudzona seksualnie (podniecona) podczas aktywności seksualnej lub stosunku płciowego?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

5. Prawie zawsze lub zawsze

4. W większości przypadków (znacznie częściej niż w połowie przypadków)

3. Czasem (mniej więcej w połowie przypadków)

2. Kilka razy (znacznie rzadziej niż w połowie przypadków)

1. Prawie nigdy lub nigdy

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

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

1. Niezwykle trudno

2. Bardzo trudno

3. Trudno

4. Trochę trudno

5. Nietrudno

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

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)

2. Raczej niezadowolona

1. Bardzo niezadowolona

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

0. Nie odbywałam stosunków płciowych

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)

2. Raczej niezadowolona

1. Bardzo niezadowolona

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

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

3. Zarówno zadowolona jak i niezadowolona (trudno powiedzieć)

2. Raczej niezadowolona

1. Bardzo niezadowolona

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

5. Bardzo zadowolona

4. Raczej zadowolona

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rosen R., Brown C., Heiman J. i wsp. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. <i>J. Sex Marital Ther.</i> 2000; 26: 191–208.</li> <li>2. Drosdzol Agnieszka, Skale oceny jakości życia i seksualności. W: Lew Starowicz Z, Skrzypulec V, red. <i>Podstawy seksuologii.</i> Warszawa: PZWL; 2010, s. 363–370.</li> <li>3. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross – validation and development of clinical cutoff stores. <i>J Sex Martial Ther.</i> 2005; 31: 1–20.</li> <li>4. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. <i>J Sex Marital Ther.</i> 2003; 29: 39–46</li> </ol>
--------------	--

## IV.8. Wykaz innych wybranych skal i kwestionariuszy standaryzowanych dostępnych w literaturze

- Krótka Metoda Oceny Radzenia Sobie Z Chorobą (KMORSZCH) – wersja dla kobiet
- Krótka Metoda Oceny Radzenia Sobie Z Chorobą (KMORSZCH) – wersja dla mężczyzn
- Kwestionariusz Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu (DHEQ)
- Polska Wersja Krótkiej Skali Wrażliwości Na Kary i Nagrody (SPSRQ-SF COOPER I GOMEZ)
- Kwestionariusz Postaw Personelu wobec Przymusu (SACS)
- Kwestionariusz Profilu Podstawy Wobec Śmierci – Wersja Zrewidowana (DAP-R-PL)
- Skala Prężności Rodzinnej (FRAS-PL)
- Skala Samoświadomości Obrazu Ciała (BISC-PL)
- Skala Zaspokojenia I Frustracji Podstawowych Potrzeb Psychologicznych (BPNS&FS)
- Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej (FCIS)
- Skala Lęku – Cecha (SI-C)
- Skala Resilience Nauczycieli (SRN)
- Kwestionariusz radzenia sobie w trudnych sytuacjach społecznych (RTSS)
- Zrewidowany Kwestionariusz Zachowań Samobójczych (SBQ-R)
- Kwestionariusz Schematów (YSQ-S3-PL)
- Krótka Skala Do Oceny Doświadczeń Psychologicznych (PQ-B-PL)
- Skrócona Skala Ilorazu Empatii (SSIE)
- Skala Cyberchondrii (CSS-PL)
- Skala Bólu Psychicznego Ronalda Holdena (SOP)
- Kwestionariusz Otwartości Przekonań (KOP20)
- Polska Adaptacja Kwestionariusza Stylów Humoru (HSQ)
- Skala Podstawowego Samowartościowania (CSES-PL)
- Test Przesiewowy Na Uzależnienie Od Zachowań Seksualnych (SAST-R)
- Kwestionariusz Lęku Przed Wystąpieniami Publicznymi (GFER)
- Kwestionariusz Potrzeby Poznania (KPP)

- Wielowymiarowa Skala Postaw Względem Osób Niepełnosprawnych (MAS-PL)
- Kwestionariusz Humor W Pracy (HCQ)
- Skrócona Skala Ilorazu Empatii (SSIE)
- Skala Pobudzenia I Hamowania Seksualnego (SIS/SES PL)
- Kwestionariusz Self -Complete of Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S -LANSS)
- Kwestionariusz stylów rozwiązywania konfliktów (KSRK)
- Skala tłumienia myśli (WBSI)
- Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii (KMTA)
- Skala Konflikty Interpersonalnego W Pracy (ICAWS)
- Skala Organizacyjnych Ograniczeń (OCS)
- Skala Obciążenia Pracą (CEJSH)
- Kwestionariusz Obszarów Zależności Wartości Ja (CSWS-PL)
- Skala Lęku Stomatologicznego (DAS)
- Skala Porównawcza Wyglądu Fizycznego (PACS)
- Kwestionariusz Interakcji Praca-Dom (SWING)
- Inwentarz Jakości Związku – Wersja Dla Osób W Żałobie (QRI-B)
- Skala Postrzeganej Autonomii (PAA)
- Skrócona Skala Lęku Matematycznego (AMAS)
- Skala Familizmu (EFA)
- Skala Dobrostanu Psychicznego Warwick-Edinburgh (PWBS)
- Kwestionariusz Stresu Wczesnego Życia (ELSQ)
- Kwestionariusz Zaangażowania w Działania Znaczące (KZDZ)
- Krótka Skala Do Mierzenia Stresu W Pracy (KSSP)
- Skala Jakości Życia Przy Owrzodzeniu Stopy (DFS-SF)
- Kwestionariusz Poczucia Winy Związane Z Traumą (TRGI-PL)
- Narzędzie Pomiaru Ekspozycji Na Traumatyczne Zdarzenia Według Definicji Dsm-5 (LEC-5)
- Inwentarz Samoopieki w Cukrzycy (SCODI)
- Kwestionariusz Do Pomiaru Kompetencji Pragmatycznej (LUI)
- Przegląd Wyników Nadciśnienia Płucnego Cambridge (CAMPHOR)
- Krótka Skala Objawów Negatywnych (BNSS)

- Ankieta Dotycząca Jakości Życia Ze Skoliozą Sporządzona W Bad Sobernheim (BSSQ-BRACE)
- Ankieta Dotycząca Jakości Życia Ze Skoliozą Sporządzona W Bad Sobernheim (BSSQ-DEFORMITY)
- Skala Ashwortha (MAS)
- Skala Apais ( APAIS)
- Jednomiarowa Skala Bliskości w Relacji (JSBI)
- Skala Subiektywnego Szczęścia (SHS)
- Wskaźnik Kruchości Tilburg (TFI)
- Skala Głodu Alkoholu Penn (PACS)
- Skala Stanu Zdrowia Po Oparzeniach (BSHS-B)
- Kwestionariusz Obaw Przed Implantacją Kardiowertera-Defibrylatora (ICDC)
- Skala Przestrzegania Zaleceń Terapeutycznych W Nadciśnieniu Tętniczym Hill-Bone
- Europejska Skala Samoopieki Pacjentów Z Niewydolnością Serca (EHFSCBS)
- Kwestionariusz Jakości Życia Osób Młodych Z Deformacją Kręgosłupa (QLPSD)
- Zrewidowany Kwestionariusz Percepcji Choroby (IPQ-R)
- Skala Kruchości Edmonton (EFS)
- Skala Dystresu Około-traumatycznego (PED)
- Kwestionariusz Jakości Życia W Depresji (QLDS)
- Skala Samooceny Objawów Negatywnych (SNS)
- Międzynarodowy Kwestionariusz Jakości Życia W Stwardnieniu Rozsianym (FAMS)
- Kwestionariusz Doznań Cieleśnych (KDC)
- Skala Oceny Objawów Menopauzy (MRS)
- Skala Prokrastynacji Snu (BPS)
- Skala Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych (PHBS)
- Kwestionariusz Postrzegania Ukrytego Racjonowania Opieki Pielęgniarskiej (PRINCA)
- Kwestionariusz Warunków Efektywności Pracy II (CWEQ II)
- Kwestionariusz Postaw Personelu Wobec Przymusu (SACS)
- Formularz Dyskomfortu Mięśniowo Szkieletowego (CIOP)
- Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych (CCCI)
- Skala Kompetencji Kulturowych Pielęgniarek (NSSC-P)



- Kwestionariusz Oceny Kompetencji W Praktyce Opartej Na Dowodach Naukowych (EBP-COQ)
- Skala Oceny Postaw Wobec Nauki Kompetencji Komunikacyjnych (CSAS)
- Karta Oceny Stanu Dziecka/Osoby Niepełnosprawnej Wg Zmodyfikowanej Skali Niezależności Funkcjonalnej (FIM)
- Skala Oceny Równowagi I Chodu (POMA)
- Skala Oceny Ryzyka Operacyjnego Dla Chorych Po 70 Roku Życia (CUMMINSA)
- Skala Niedokrwienia Hachinskiego (HIS)
- Kwestionariusz Dobrego Małżeństwa (KDM-2)
- Ocena Zmęczenia Na Podstawie Subiektywnego Odczucia – Kwestionariusz Japoński
- Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (OLBI)
- Skale Wielowymiarowe (EMAS)
- Kwestionariusz Satysfakcji Opieki Stacjonarnej – Wersja Dla Rodziny
- Kwestionariusz Satysfakcji Opieki Stacjonarnej – Wersja Dla Pacjenta
- Polska Wersja Językowa Skali Oceny Wiedzy Na Temat Wirusowego Zapalenia Wątroby Typu C (BHCKS\_PL)
- Skala Praktyki Familiocentrycznej do badania jakości relacji pomiędzy profesjonalistami a rodzinami korzystającymi ze wsparcia instytucjonalnego
- Kwestionariusz Afektu W Pracy
- Kwestionariusz wglądu w schizofrenię „Moje myśli i odczucia”
- Kwestionariusz Oceny Dokumentacji Pielęgniarskiej
- Kwestionariusz Seksuologiczny
- Kwestionariusz immersji
- Skala Mistycyzmu
- Kwestionariusz Samooceny Autentycznego Przywództwa
- Kwestionariusz Towarzystwa Badań Nad Skoliozą
- Europejska Skala Samoopieki Pacjentów Z Niewydolnością Serca – Wersja Zrewidowana
- Kwestionariusz Wisconsin do oceny objawów infekcji górnych dróg oddechowych u dzieci
- Skala Niepełnosprawności – Mrankin
- Skala Brunnstrom
- Drabina Cantrila.

- Skala Oceny Objawów Menopauzy
- Indywidualna Szansa Zachorowania Na Raka Sutka
- Skala Satysfakcji Pacjenta Z Opieki Pielęgniarskiej