

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierunek studiów: Pielęgniarstwo

**Jak napisać pracę licencjacką metodą
studium przypadku?**

Materiały informacyjne dla studenta

Warszawa

Zespół redakcyjny:

dr hab. n. med. Bożena Czarkowska - Pączek – Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwo

mgr Halina Zmuda-Trzebiatowska – Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

mgr Alicja Mikulska – Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

mgr Alicja Wieczorek – Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

mgr Dorota Pytka – Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

dr n. o zdr. Anna Zera – Zakład Podstaw Pielęgniarstwa

dr n. o zdr. Ewa Kobos – Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk
Społecznych i Medycznych

dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz – Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk
Społecznych i Medycznych

Spis treści

I. UWAGI WSTĘPNE	4
II. HARMONOGRAM PISANIA PRACY LICENCJACKIEJ.....	5
III. KONSULTACJE Z PROMOTOREM	6
IV. STRUKTURA PRACY LICENCJACKIEJ.....	7
1. Konstrukcja graficzna strony tytułowej	7
2. Spis treści	9
3. Streszczenie pracy.....	10
4. Skróty	11
5. Wstęp.....	11
6. Przegląd piśmiennictwa	11
7. Metodologiczne podstawy pracy.....	12
7.1. Cel pracy.....	12
7.2. Materiał i metody.....	13
8. Opis przypadku pacjenta	13
9. Opieka pielęgniarska nad pacjentem.....	15
10. Podsumowanie	17
11. Piśmiennictwo.....	17
V. REDAKCJA PRACY DYPLMOWEJ	19
1. Ustawienia dokumentu.....	19
2. Wskazówki edytorskie	19
3. Tabele, ryciny, fotografie	20
PIŚMIENICTWO.....	22

I. UWAGI WSTĘPNE

W pracy licencjackiej student powinien wykazać się:

- wiedzą z pielęgniarstwa w odniesieniu do funkcji zawodowych i teorii pielęgnowania wykorzystywanych w praktyce pielęgniarstwa;
- zdolnością analizowania roli społeczno – zawodowej pielęgniarki/pielęgniarza;
- wiedzą z nauk podstawowych i nauk społecznych objętych programem nauczania;
- zdolnością rozpoznawania i analizowania problemów pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem ich przydatności w praktyce zawodowej;
- umiejętnością analizy zebranych informacji o pacjencie i wykorzystania ich, do zaplanowania opieki nad pacjentem;
- umiejętnością interpretowania uzyskanych wyników badań, formułowania diagnozy pielęgniarstwa, planowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentem, wysuwania wniosków istotnych w pracy pielęgniarki;
- dostrzeganiem związków przyczynowo – skutkowych w opisywanych przypadkach;
- zdolnością samodzielnego wyszukiwania piśmiennictwa z baz danych i posługiwania się nim w przygotowaniu pracy licencjackiej;
- samodzielnym, logicznym i krytycznym myśleniem podczas opracowywania problemu badawczego;
- umiejętnością projektowania nowych rozwiązań i modyfikacji już istniejących w opiece nad pacjentem;
- odpowiedzialnością etyczną.

II. HARMONOGRAM PISANIA PRACY LICENCJACKIEJ

1. Praca licencjacka pisana jest pod kierunkiem nauczyciela – promotora, posiadającego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza co najmniej z tytułem magistra (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 11 sierpnia 2016r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa Dz.U. z 2016 r. poz. 1332);
2. Promotora i temat pracy, student wybiera samodzielnie z bazy promotorów oraz tematów prac licencjackich (<http://wnoz.wum.edu.pl/pl/content/dyplomowanie-1>) i przedstawia wypełniony wniosek o zatwierdzenie tematu `pracy licencjackiej w sekretariacie Zakładu, w którym pracuje wybrany promotor do akceptacji tematu pracy przez kierownika (wniosek o zatwierdzenie tematu pracy dyplomowej
Załącznik nr 42 do zarządzenia Nr 16/2016 Rektora
WUM <http://wnoz.wum.edu.pl/pliki-do-pobrania>);
3. Wyboru tematu pracy licencjackiej student dokonuje w V semestrze nauki, nie później niż do końca roku kalendarzowego, danego Roku Akademickiego, temat pracy może być również zasugerowany / wybrany przez promotora pracy;
4. Temat pracy licencjackiej zatwierdza Prodziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu ds. Oddziału Pielęgniarstwa;
5. Pracę licencjacką każdy student przygotowuje indywidualnie;
6. Student jest zobowiązany konsultować poszczególne etapy pisania pracy z promotorem;
7. Student zobowiązany jest złożyć pracę licencjacką do Dziekanatu Wydziału Nauki o Zdrowiu najpóźniej do końca maja VI semestru, jest to warunek przystąpienia do dalszego postępowania w procesie dyplomowania;
8. Objętość pracy licencjackiej powinna wynosić nie mniej niż 25 stron maszynopisu i nie powinna przekraczać 40 stron;
9. Student w Dziekanacie Wydziału Nauki o Zdrowiu, zgodnie z zasadami dyplomowania składa dwie prace: w miękkiej i twardej oprawie oraz wersję

elektroniczną na płycie CD (instrukcja przygotowania płyty z pracą dyplomową <http://wnoz.wum.edu.pl/pliki-do-pobrania>);

10. Praca podlega ocenie przez ogólnopolski program antyplagiatowy, zgodnie z zasadami dyplomowania;
11. Praca jest oceniana przez recenzenta pracy.

III. KONSULTACJE Z PROMOTOREM

1. Konsultacje z promotorem są obowiązkowe.
2. Na konsultacje pracy licencjackiej zgodnie z zasadami dyplomowania przeznaczono 10 godzin. Każdy student zobowiązany jest do odbycia około 5 konsultacji w związku z pisaniem pracy licencjackiej.
3. Promotor konsultuje pracę na każdym etapie jej powstawania, udziela studentowi wskazówek metodologicznych i merytorycznych, wspólnie ze studentem konstruuje plan pracy licencjackiej.
4. Terminy i czas konsultacji ustala promotor wraz ze studentem i podaje do wiadomości kierownika jednostki, w której praca jest pisana.
5. Konsultacje będą się odbywać w czasie wyznaczonego dyżuru dydaktycznego poza czasem przeznaczonym na zajęcia dydaktyczne.
6. Zakończenie konsultacji kończy się akceptacją pracy oraz podpisem złożonym na pracy przez promotora, co umożliwia studentowi oddanie pracy do dalszych etapów postępowania dyplomowego, zgodnie z zasadami dyplomowania.

IV. STRUKTURA PRACY LICENCJACKIEJ

1. Konstrukcja graficzna strony tytułowej

Warszawski Uniwersytet Medyczny [20]
Wydział Nauk o Zdrowiu [18]

KIERUNEK PIELEGNIARSTWO [16]

IMIĘ I NAZWISKO [18]

Numer albumu [16]

Temat pracy licencjackiej [20]

Praca licencjacka [16]
napisana w Zakładzie.....[16]
pod kierunkiem [14]
tytuł naukowy, imię i nazwisko promotora [16]

WARSZAWA [12]

2. Spis treści

Spis treści podajemy w kolejności zamieszczania w pracy, powinien obejmować tytuły rozdziałów i podrozdziałów wraz z numerem strony. Przykład zapisu poniżej.

Spis treści (14)

Streszczenie	1
Skróty	2
Wstęp	3
1. Przegląd piśmiennictwa	4
1.1. Kliniczne aspekty osteoporozy.....	4
1.1.1. Definicja.....	4
1.1.2. Epidemiologia.....	6
1.1.3. Czynniki ryzyka zachorowania	7
1.1.4. Objawy osteoporozy.....	8
1.1.5. Rozpoznanie i leczenie.....	9
1.2. Zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z osteoporozą.....	10
2. Metodologiczne podstawy pracy	12
2.1. Cel pracy.....	12
2.2. Materiał i metody.....	12
3. Opis przypadku pacjenta z osteoporozą	14
4. Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze złamaniem osteoporotycznym	17
Podsumowanie	35
Piśmiennictwo	36
Aneks	38

3. Streszczenie pracy

Streszczenie pracy powinno zawierać opis tego co się znajduje w pracy (wstęp, cel pracy, materiał i metody, omówienie, podsumowanie, słowa kluczowe).

Streszczenie powinno zawierać do 300 słów (wyrazów).

4. Skróty

- wykaz skrótów stanowi zestawienie wszystkich użytych w pracy skrótów wraz z ich wyjaśnieniem;
- wykaz skrótów należy umieścić po streszczeniu pracy, w układzie alfabetycznym; np.:
AH – (Arterial Hypertension) Nadciśnienie Tętnicze **HbA1c**
– Hemoglobina glikowana
PSPZ - Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych
- zastosowanie skrótu po raz pierwszy wymaga użycia w tekście pracy pełnej nazwy, a następnie podania w nawiasie za nią właściwego skrótu:
np.: Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ)
- wszystkie skróty należy stosować konsekwentnie w całej pracy.

5. Wstęp

Jest to rozdział o charakterze informacyjnym, krótkie wprowadzenie w problematykę poruszaną w pracy licencjackiej. W rozdziale tym należy:

- dokonać wprowadzenia do tematu pracy licencjackiej, scharakteryzować podstawowe schorzenie w omawianym indywidualnym przypadku,
- nawiązać przynajmniej do dwóch badań w wybranym zakresie,
- uzasadnić wybór tematu pracy,
- nawiązać do celu pracy.

6. Przegląd piśmiennictwa

Rozdział teoretyczny, stanowiący analizę dotychczasowych opracowań z zakresu przedstawionego tematu pracy licencjackiej. Należy wykorzystać pozycje z ostatnich dziesięciu lat. Wykorzystanie starszych pozycji piśmiennictwa wymaga uzasadnienia, związane jest z brakiem nowszych opracowań. W tym rozdziale korzystamy z pozycji książkowych, czasopism naukowych w wersji papierowej i on-line, monografii oraz stron internetowych. Treści tworzące część teoretyczną umieszczone są w rozdziałach i podrozdziałach. Przegląd piśmiennictwa powinien obejmować rozdział dotyczący

choroby podstawowej oraz rozdział dotyczący zakresu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Jeżeli w tytule pracy licencjackiej uwzględniono dwie lub więcej jednostki chorobowe rozdział zawierający opis jednostki podstawowej powinien zawierać odniesienia do pozostałych jednostek chorobowych.

Część teoretyczna, stanowi wprowadzenie do założeń badawczych, powinna obejmować:

- omówienie pojęć wynikających z tematu pracy licencjackiej;
- ogólną charakterystykę schorzenia np.: epidemiologie, patogenezę, objawy, metody diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne, powikłania;
- analizę badań naukowych prowadzonych w tym zakresie;
- udział pielęgniarki w realizacji świadczeń zdrowotnych, wynikających z tematu pracy;
- realizację funkcji zawodowych.

Przegląd piśmiennictwa powinien obejmować 2-3 rozdziały pracy licencjackiej, które powinny być spójne z częścią badawczą i stanowić około 1/3 część pracy licencjackiej np. przy 30 stronach pracy, 10 stron można poświęcić na przegląd piśmiennictwa.

7. Metodologiczne podstawy pracy

Metodologiczne podstawy powinny uwzględniać:

7.1. Cel pracy

7.2. Materiał i metody

W części metodologicznej pracy wszystkie sformułowania zapisujemy w formie bezosobowej np.: zrobiono, wykonano, przeprowadzono.

7.1. Cel pracy

Cel pracy wynika z tematu pracy licencjackiej, odpowiada na pytanie, po co prowadzone są badania w omawianym zakresie. Celem w pracach opartych o zindywidualizowane studium przypadku jest opisanie aktualnej sytuacji, w której znajduje się badany podmiot opieki pielęgniarskiej (np.: pacjent przebywający w środowisku domowym, w oddziale szpitalnym, w zakładzie opiekuńczo leczniczym czy w Domu Pomocy Społecznej) w sposób możliwie kompletny. W pracy nie formułuje się celu odnoszącego do charakterystyki jednostki chorobowej opisywanej w części teoretycznej pracy. Prawidłowy zwrot w formułowaniu celu: **„Celem pracy było ...”** np.:

- Celem pracy było określenie problemów pielęgnacyjnych występujących u chorego z zespołem stopy cukrzycowej, przebywającego w oddziale chirurgicznym i przygotowywanym do amputacji kończyny.
- Celem pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta po wylewie krwi do mózgu, przebywającego w oddziale neurologicznym.
- Celem pracy było określenie deficytu samoopieki u pacjenta po zawale mięśnia sercowego wypisanego ze szpitala do środowiska domowego.

7.2. Materiał i metody

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy jest metoda indywidualnego przypadku, w której dążymy do dokładnego opisu pacjenta. Metoda ta pozwala na wykazanie umiejętności objęcia pacjenta całościową opieką, w tym umiejętności diagnozowania stanu, identyfikacji problemów i deficytów w zaspokajaniu potrzeb pacjenta, opracowywania planów opieki dostosowanych do wcześniej postawionej diagnozy pielęgniarstwa (ustalonego stanu pacjenta), określenia zasad realizacji planów i programów opieki nad pacjentem, oceny i weryfikacji podjętych działań. W rozdziale tym należy wymienić techniki badawcze wykorzystane do zebrania informacji o pacjencie np.:

- wywiad (kwestionariuszowy, środowiskowy, swobodny, pogłębiony, rozmowa kierowana);
- obserwacja (zewnętrzna, uczestnicząca, relacje innych osób, np.: członków rodziny, członków zespołu terapeutycznego);
- analiza dokumentów (dokumentacja medyczna np.: historie choroby, wyniki badań i testów diagnostycznych, testów sprawności, skal np.: BARTEL, ADL, jakości życia, itp.);
- pomiar podstawowych parametrów życiowych (np.: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, oddech);
- badanie fizykalne chorego (podmiotowe i przedmiotowe).

8. Opis przypadku pacjenta

Studium przypadku to szczegółowy i systematyczny opis sytuacji oddziałujących na pacjenta w ciągu jakiegoś okresu czasu, a także opis zmian, jakie w tym czasie zachodzą

w psychice i zachowaniu człowieka, w jego zdrowiu, funkcjonowaniu w chorobie. Jest to całościowe (holistyczne) podejście nastawione na opis sytuacji, w jakiej znajduje się badana jednostka – w celu jej dokładnego poznania i zrozumienia. Opis przypadku może bazować na danych uzyskanych z dokumentacji pacjenta na przykład historii choroby i dokumentacji pielęgniarskiej mimo to w pracy należy uwzględnić diagnozy pielęgniarskie, cel opieki i interwencje pielęgniarskie.

Zasady obowiązujące w przygotowywaniu studium przypadku:

- ✓ dogłębne poznanie zjawiska,
- ✓ właściwa komunikacja między badaczem i badanym,
- ✓ właściwa interpretacja wyników,
- ✓ zachowanie anonimowości pacjenta i dochowanie tajemnicy zawodowej,
- ✓ wiarygodność obserwacji,
- ✓ trafność,
- ✓ rzetelność - źródłem ograniczeń rzetelności jest subiektywizm badacza.

Kryteria oceny rzetelności:

- ✓ otwartość, szczerłość i spontaniczność wypowiedzenia się osób badanych,
- ✓ właściwa interpretacja wyników badań dokonywanych na podstawie analizy wypowiedzi, uzyskanych danych obserwacyjnych, analizy dokumentów, badania chorego,
- ✓ bliskość kontaktów badacza z badanymi w jego naturalnym środowisku przy braku czynników zakłócających przeprowadzanie badań,
- ✓ częstotliwość i systematyczność kontaktów między obiema stronami biorącymi udział w badaniu pod kątem wcześniej przyjętego celu badań.

Opis pacjenta obejmuje:

- ✓ wywiad środowiskowo-rodzinny;
- ✓ wywiad chorobowy;
- ✓ aktualny stan pacjenta, który zdecydował o podjęciu opieki pielęgniarskiej, uwzględniamy szacowany czas przeznaczony na opiekę nad pacjentem np.: 2-3 dni.

Do opisu przypadku można dołączyć wyniki badań, jeśli będą wnosily istotne informacje dla planowania opieki pielęgniarskiej. W przypadku zamieszczenia zdjęć pacjenta należy zastosować sposoby uniemożliwiające rozpoznanie osoby np.: zasłonięte oczy (w sytuacji uzasadnionej potrzeby zamieszczania w pracy zdjęć pacjenta, konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta oraz opinii uczelnianej Komisji Bioetycznej).

Optymalna objętość opisu studium pacjenta powinna zawierać 2 – 3 strony.

9. Opieka pielęgniarska nad pacjentem

W tym rozdziale należy uwzględnić plan opieki nad pacjentem opisanym w studium przypadku np.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niewydolnością krążenia, który przebywa w oddziale kardiologicznym i jest przygotowywany do badania koronarografii.

Plan opieki nad pacjentem obejmuje:

- ✓ Diagnostykę pielęgniarską (rozpoznany problem)
- ✓ Cel opieki pielęgniarskiej
- ✓ Zastosowane interwencje pielęgniarskie

Diagnoza pielęgniarska to zdefiniowane problemy występujące u pacjenta, które wymagają podjęcia zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej, np.: u pacjenta rozpoznano rozdrażnienie, płaczliwość, ból w okolicy serca, uczucie braku powietrza, lęk o własne zdrowie.

Diagnoza pielęgniarska stanowi podstawę dla ustalenia interwencji pielęgniarskich, podejmowanych w celu osiągnięcia konkretnych korzyści zdrowotnych.

Przykład diagnozy pielęgniarskiej:

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej, wywiadu z chorym, obserwacji pacjenta, pomiaru podstawowych parametrów życiowych, przeprowadzenia badania fizykalnego, stwierdzono występowanie u pacjenta następujących problemów:

- ryzyko wystąpienia niedotlenienia organizmu (duszność),
- podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (150/105mmHg),
- lęk i niepokój chorego o stan swojego zdrowia,
- ryzyko zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego,
- deficyt wiedzy w zakresie stosowania diety w chorobie nadciśnieniowej, ▪ itd.

Wymieniamy problemy pacjenta z uwzględnieniem hierarchii ważności dla życia i zdrowia pacjenta lub zgodnie z kolejnością pojawiania się u pacjenta.

Przykład opieki pielęgniarskiej nad pacjentem:

Diagnoza pielęgniarska 1:

- ✓ Ryzyko wystąpienia niedotlenienia organizmu (duszność)

Cel opieki pielęgniarskiej:

- ✓ Zmniejszenie duszności, natlenienie organizmu

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ✓ ułożono pacjenta w pozycji wysokiej z opuszczonymi nogami,
- ✓ podano tlen do oddychania przez maskę tlenową z rezerwuarem o przepływie 3l/h,
- ✓ dokonywano pomiaru oddechów co 15 minut i udokumentowano w karcie obserwacji [należy wpisać częstotliwość monitorowania, wartości pomiarów]. ✓ zapewniono dostęp świeżego powietrza, otworzono okno na 15 min.
- ✓ podano lek rozszerzający drogi oddechowe [należy wpisać nazwę leku, dawkę leku, drogę podania, częstotliwość podania]. ✓ pobrano krew do badania: gazometria.

Diagnoza pielęgniarska 2:

- ✓ Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (150/105mmHg)

Cel opieki pielęgniarskiej:

- ✓ Obniżenie ciśnienia tętniczego krwi

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ✓ założono jedno wkłucie obwodowe w celu nawodnienia pacjenta i podania mu leków drogą dożylną. Podano 1000ml PWE, 500ml 5% Glukozy, Matronidazol 500mg x 3 iv.
- ✓ podano na zlecenie lekarza [należy wpisać nazwę leku, dawkę leku, drogę podania, częstotliwość podania] lub według aktualnych wartości pomiarów RR,
- ✓ monitorowano parametry ciśnienia tętniczego krwi co 4 godziny, wyniki pomiarów udokumentowano w karcie pooperacyjnej, ✓ zapewniono spokój w sali pacjenta.

itd. do rozwiązywania wszystkich rozpoznanych problemów występujących u pacjenta.

10. Podsumowanie

Podsumowanie powinno stanowić syntezę wniosków, do których doszedł student. Należy odpowiedzieć na pytanie – czy został rozwiązany problem występujący u pacjenta, czy cel pracy został osiągnięty. Zaplanowane interwencje można odnieść do funkcji zawodowych w pielęgniarstwie bezpośrednich i pośrednich, teorii pielęgnowania oraz wskazówek do dalszej opieki nad pacjentem.

11. Piśmiennictwo

Spis piśmiennictwa wykonujemy zgodnie z kolejnością cytowań. Literaturę dobieramy z ostatnich dziesięciu lat, należy uwzględnić minimum 15 pozycji piśmiennictwa z czego 5 pozycji powinny stanowić artykuły z czasopism z ostatnich pięciu lat.

W tekście pracy numery przypisów umieszczamy w nawiasie kwadratowym, przed kropką kończącą zdanie np.:

.....Taki dostęp naczyniowy wiąże się też z mniejszym ryzykiem wytworzenia się przetoki, uszkodzenia nerwu i znacząco wpływa na poprawę komfortu chorego [6].

Ułatwia również pielęgnację rany i pozwala na uniknięcie uciążliwego i długiego leżenia po zabiegu z bolesnym uciskiem [7].

Na końcu pracy w spisie piśmiennictwa należy uwzględnić następujący zapis:

- **książka:** nazwisko autora, inicjały imienia, tytuł pracy. (po tytule pojawia się kropka), wydawnictwo, miejsce i rok wydania.

np.: Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. (red.), Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

- **rozdział w książce:** nazwisko autora, inicjał imienia (imion), tytuł rozdziału, który opracował [w:] dwukropek, tytuł całej książki. nazwisko redaktora lub redaktorów, inicjały imienia, wydawnictwo, miejsce wydania i rok wydania, strona lub strony, z których korzystano.

np.: Górajek-Jóźwik J., Diagnoza pielęgniarstwa [w:] Podstawy pielęgniarstwa, Tom I, Założenia teoretyczne. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), Czelej, Lublin 2004, 48-51.

- **czasopismo:** nazwisko autora i inicjały imion, tytuł artykułu. tytuł czasopisma i rok wydania; tom, numer: zakres stron artykułu.

np.: Szewczyk M.T., Cierzniaowska K., Ślusarz R., Cwajda J., Stodolska A., Modele opieki pielęgniarstwa. Przewodnik Lekarza 2005;2(1):45-47.

- **książka, czasopismo on-line:**

Krajewska-Kułak E., Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. Problemy Pielęgniarstwa 2010;18(1):1.

<https://scholar.google.pl/scholar?q=problemy+pielęgniarstwa> dostęp: 12.01.2018

V. REDAKCJA PRACY DYPLOMOWEJ

Praca powinna być napisana w programie MS Word i zapisana w formacie doc. W przypadku nowszych wersji oprogramowania (MS Office 2007 i późniejsze) należy zapisywać pracę w trybie zgodności (Zapisz jako... – Dokument programu Word 97-2003).

1. Ustawienia dokumentu

- czcionka: Times New Roman lub Arial (jedna w całej pracy); ➤ wielkość czcionki:
 - tekst główny: 12;
 - tytuły rozdziałów - 14, podrozdziałów - 12, pogrubiona czcionka;
 - tytuły tabel, rycin, rysunków, wykresów: 10, pogrubiona czcionka;
- interlinia (odstęp między wierszami) – 1,5;
- marginesy: lewy – 3,5cm; prawy – 2,5cm; górny – 2,5cm; dolny – 2,5cm;
- akapity wyróżnione tabulatorem – 1,25 cm;
- numerowanie – dół strony, środek, brak numeru na stronie tytułowej, strona kolejna zaczyna się od numeru 2;
- tekst musi być wyjustowany (wyrównany do prawej i lewej); ➤ tekst pracy drukowany obustronnie, lustrzane odbicie.

2. Wskazówki edytorskie

- kolejne rozdziały zawsze rozpoczynamy od nowej strony;
- nazwy łacińskie w tekście i cytaty oznaczamy kursywą (stosując kursywę nie używamy cudzysłowów);
- po tytułach rozdziałów, podrozdziałów, tabel, rycin, wykresów oraz po tytule pracy nie stawia się kropek;
- nigdy nie należy zaczynać i kończyć rozdziału lub podrozdziału wypunktowaniem tekstu, tabelą, wykresem, ryciną lub rysunkiem, zawsze powinno pojawić się zdanie wprowadzające w tematykę tabeli, wykresu, ryciny lub rysunku;

- nie należy zostawiać pojedynczych liter na końcu zdania (w celu przesunięcia pojedynczej litery do następnego wiersza należy ustawić kursor przed literą i nacisnąć **Shift+Enter**) w tym samym czasie, tak aby wolna litera pojawiła się na początku następnego wiersza.

3. Tabele, ryciny, fotografie

▪ Tabele

- tabele zawsze powinny być wyśrodkowane,
- numeracja ciągła, według kolejności w całej pracy np.:

Tabela 1. Tytuł:.....

Tabela 1. Rozkład całodiennej wartości energetycznej posiłków osoby dorosłej (%)

Nazwa posiłku	Liczba posiłków	
	4	5
I śniadanie	25 – 30%	25 – 30%
II śniadanie	5 – 10%	5 – 10%
Obiad	35 – 40%	35 – 40%
Podwieczorek	-	5 – 10%
Kolacja	25 – 30%	15 – 20%

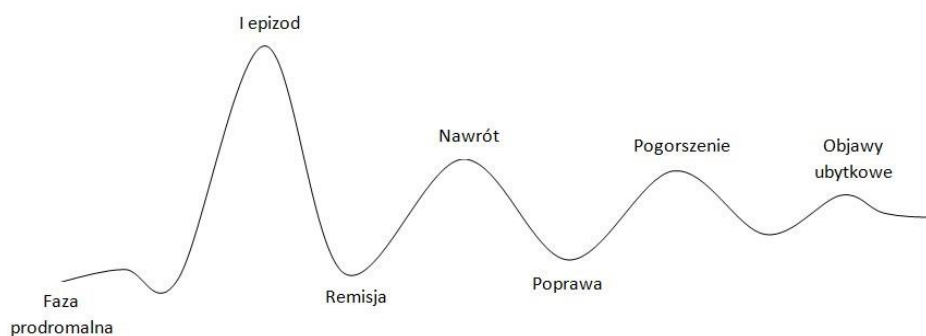
Źródło: [5]

- tytuł tabeli zawsze nad tabelą, wyrównany do lewej, czcionka pogrubiona, 10
- pod tabelą zawsze musi być umieszczone źródło, czcionka – 10, w przypadku przedrukowania tabeli zamieszczonej w innym źródle konieczne jest uzyskanie zgody właściciela praw autorskich (wydawnictwa);
- tekst w tabeli zapisujemy czcionką 10, odstęp między wersami pojedynczy – interlinia – 1,0
- w tekście pracy powinno być zawsze odniesienie do tabeli.

▪ Ryciny/wykresy/rysunki

- rycinami nazywamy wszystkie rysunki, wykresy i schematy,
- rysunek jest zawsze wyśrodkowany,
- numeracja ciągła, według kolejności w całej pracy (numeracja arabska)

Ryc.1. Tytuł/ Wykres 1. Tytuł/ Rys.1. Tytuł.....



Ryc.1. Przebieg schizofrenii

Źródło: [7]

- tytuł rysunku umieszczamy zawsze pod ryciną, wyrównany do lewej, czcionka pogrubiona, 10
- pod ryciną zawsze powinno być umieszczone źródło, czcionka – 10, w przypadku przedrukowania ryciny zamieszczonej w innym źródle konieczne jest uzyskanie zgody właściciela praw autorskich (wydawnictwa);
- w tekście pracy musi być zawsze odniesienie do rysunku/ryciny.

PIŚMIENNICTWO

1. Brzeziński J., Elementy metodologii badań pedagogicznych. PWN, Warszawa 2011.
2. Dutkiewicz W., Podstawy metodologii badań. Wyd. Stachurski, Kielce 2001.
3. Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. (red.), Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
4. Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
5. Lesińska-Sawicka M., Kapała W., Case study w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009.
6. Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Impuls, Kraków 2007.
7. Nowak S., Metodologia badań społecznych. PWN, Warszawa 2011.
8. Palka S., Podstawy metodologii badań w pedagogice. GWP, Gdańsk 2010.