

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierunek studiów: Pielęgniarstwo

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

Materiały informacyjne dla studenta

Warszawa 2022/2023

Zespół redakcyjny II edycji zaleceń:

dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski – Prodziekan ds. pielęgniarstwa

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

dr n. o zdr. Marta Hreńczuk – Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i
Leczenia Pozaustrojowego

dr n. o zdr. Tomasz Piątek – Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia
Pozaustrojowego

dr n. o zdr. Lena Serafin – Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

dr n. o zdr. Anna Sadowska – Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

mgr Agnieszka Nerek – Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

mgr Alicja Mikulska - Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

mgr Barbara Knoff - Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych

Zespół redakcyjny I edycji zaleceń:

Prof. 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

dr n. o zdr. 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.....	7
IV.	ZGODA NA PROWADZENIE BADANIA.....	7
V.	STRUKTURA PRACY LICENCJACKIEJ.....	8
1.	Temat pracy.....	8
2.	Konstrukcja graficzna strony tytułowej.....	9
3.	Spis.....	10
4.	Streszczenie.....	11
5.	Skróty	11
6.	Wstęp	12
7.	Przegląd piśmiennictwa.....	12
8.	Metodologiczne podstawy pracy	13
8.1.	Cel pracy	13
8.2.	Materiał i metody	14
9.	Opis przypadku pacjenta	15
10.	Opieka pielęgniarska nad pacjentem	16
11.	Podsumowanie	21
12.	Piśmiennictwo	21
VI.	REDAKCJA PRACY DYPLOMOWEJ	24
	Ustawienia dokumentu	24
	Wskazówki edytorskie.....	24
	Tabele, ryciny, fotografie	25
	PIŚMIENNICTWO	27

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 opieki nad pacjentem;
- odpowiedzialnością etyczną.

II. HARMONOGRAM PISANIA PRACY LICENCJACKIEJ

1. Praca licencjacka pisana jest pod kierunkiem nauczyciela – promotora, posiadającego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, co najmniej z tytułem magistra (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego Dz.U. 2019 poz. 1573);
2. Promotora i temat pracy, student wybiera samodzielnie z bazy promotorów oraz tematów prac licencjackich (<https://wnoz.wum.edu.pl/pl/content/dyplomowanie-0> <https://wum-my.sharepoint.com/hhttps://wum-my.sharepoint.com/hhttps://wum-my.sharepoint.com/h>) i przedstawia wypełniony wniosek o zatwierdzenie tematu pracy licencjackiej w sekretariacie Zakładu/Kliniki, w którym pracuje wybrany promotor, do akceptacji tematu pracy przez kierownika (wniosek o zatwierdzenie tematu pracy dyplomowej – 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, jak również student może zaproponować temat;
4. Opis przypadku powinien być opracowany m.in. na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta. Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania danych albo wskazania wiarygodnie uzasadnionej potrzeby posiadania danych: art. 23 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tj. Dz. U. 2016 poz. 922) i art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 06.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 poz.186). Student zobligowany jest do złożenia odpowiednich wniosków do dyrekcji placówki medycznej o wyrażenie zgody na wgląd w dokumentację medyczną. Dokumentacja medyczna będąca źródłem pisania pracy licencjackiej nie może być kopiowana i w jakikolwiek sposób utrwalana na nośnikach elektronicznych.
5. Temat pracy licencjackiej zatwierdza Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu ds. kierunku Pielęgniarstwo;

6. Student w stosownych przypadkach ubiega się o przyjęcie do wiadomości badania przez Komisję Bioetyczną WUM . Wymagane dokumenty:
<https://komisja-bioetyczna.wum.edu.pl/content/szczeg%C3%B3%C5%82owe-informacje-oraz-wzory-dokument%C3%B3w> ;
7. Pracę licencjacką każdy student przygotowuje indywidualnie, pod nadzorem promotora;
8. Student jest zobowiązany konsultować poszczególne etapy pisania pracy z promotorem, wg ustalonego z nim wcześniej planu/harmonogramu;
Student zobowiązany jest złożyć pracę licencjacką do Dziekanatu Wydziału Nauk o Zdrowiu najpóźniej do końca maja VI semestru, jest to warunek przystąpienia do dalszego postępowania w procesie dyplomowania;
9. Objętość pracy licencjackiej powinna wynosić nie mniej niż 25 stron maszynopisu i nie powinna przekraczać 40 stron. W uzasadnionych przypadkach, w porozumieniu z promotorem dopuszczalne jest przekroczenie wskazanych limitów.
10. Praca powinna mieć jasną konstrukcję z zachowaniem odpowiednich proporcji między poszczególnymi rozdziałami. Część teoretyczna pracy powinna stanowić 1/3 pracy, a część badawcza / studium przypadku wraz z załącznikami powinna stanowić 2/3 pracy.
11. Przed złożeniem pracy w Dziekanacie, promotor po jej zaakceptowaniu, wprowadza pracę do Jednolitego Systemu Antyplagiatowego (JSA), zgodnie z zasadami dyplomowania. Jeżeli praca nie wskazuje istotnych podobieństw wykrytych w ramach weryfikacji, promotor dopuszcza pracę do obrony i generuje raport, który podpisuje i przekazuje studentowi celem złożenia wraz z pracą w Dziekanacie;
12. Student w Dziekanacie Wydziału Nauk o Zdrowiu, zgodnie z zasadami dyplomowania składa:
 - pracę licencjacką w dwóch egzemplarzach (obydwa podpisane przez promotora), tj: jedną w miękkiej oprawie (wersja ta zostanie w zasobach uczelni) i jedną w twardej oprawie, którą wraz ze skierowaniem do recenzji student przekazuje recenzentowi,
 - raport z JSA
 - wersja elektroniczna pracy na płycie CD;
13. Po złożeniu pracy w Dziekanacie student otrzymuje skierowanie do recenzji, które razem z pracą przekazuje recenzentowi, z którym ustala sposób odbioru recenzji;

14. Praca jest oceniana przez promotora w kategoriach ZAL/NZAL i recenzenta NA OCENĘ.

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, konstruuje plan pracy licencjackiej i poszczególne jej etapy zgodnie z ustalonym ze studentem harmonogramem pracy
4. Terminy, formę i czas konsultacji ustala promotor wraz ze studentem.
5. Konsultacje odbywają się w czasie wyznaczonym przez promotora, poza czasem przeznaczonym na zajęcia dydaktyczne.
6. Zakończenie konsultacji kończy się akceptacją pracy oraz podpisem złożonym na pracy i płycie CD przez promotora, co umożliwi studentowi oddanie pracy do dalszych etapów postępowania dyplomowego, zgodnego z zasadami dyplomowania.

UWAGA

Na każdym etapie powstawania pracy student powinien być w ścisłym kontakcie z promotorem. To on bowiem decyduje o ostatecznej formie dzieła, a umieszczając swoje nazwisko, promuje studenta.

IV. ZGODA NA PROWADZENIE BADANIA

1. W pracy licencjackiej będącej pracą kazuistyczną i opierającą się na analizie jednego przypadku klinicznego wymagana jest zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego i Dyrekcji/ Zarządu podmiotu leczniczego, w której znajduje się pacjent na dostęp do dokumentacji medycznej z danymi pacjenta.
2. Świadoma zgoda na udostępnienie danych medycznych powinna być czytelnie podpisana przez pacjenta lub opiekuna prawnego i osobę odbierającą dokument – studenta/promotora. Podpisany dokument powinien zostać umieszczony w historii choroby pacjenta.
3. Zgodę do Dyrektora/ Zarządu placówki medycznej w której leczony jest pacjent powinna być podpisana przez studenta i Promotora pracy.

4. W przypadku, gdy student pozyskuje informacje od samego pacjenta poza placówką medyczną również zaleca się uzyskanie pisemnej zgody od pacjenta/lub od opiekuna prawnego na wykorzystanie jego historii chorobowej i wszelkich informacji pozyskanych bezpośrednio od samego chorego do opracowania pracy licencjackiej.

V. STRUKTURA PRACY LICENCJACKIEJ

1. Temat pracy

Temat pracy licencjackiej powinien być ściśle związany z kierunkiem studiów, powinien uwzględniać zainteresowania studenta / promotora. – jego ostateczna wersja powinna zostać zaakceptowana przez promotora. Wybierając temat pracy należy uwzględnić również dostępność do źródeł. Ponadto temat pracy dyplomowej powinien być krótki, językowo poprawny. Tytuł pracy dyplomowej powinien informować o problematyce poruszanej w pracy, powinien brzmieć jednoznacznie np.:

- Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem.....
- Problemy pielęgnacyjne pacjenta z.....
- Specyfika opieki nad pacjentem z.....
- Proces pielęgnowania pacjenta/ki z.
- Pielęgnowanie pacjenta z

2. 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]

3. Spis treści

Spis treści podajemy w kolejności zamieszczania w pracy, powinien obejmować tytuły rozdziałów i podrozdziałów z podaniem ich numeracji wraz z numerem strony, na której się rozpoczynają. Przykład zapisu poniżej.

Spis treści (14)

Streszczenie	1
Skróty	2
Wstęp	3
1. Przegląd piśmiennictwa	4
11. Kliniczne aspekty osteoporozy.....	4
12. Definicja	4
13. Epidemiologia	6
14. Czynniki ryzyka zachorowania	7
15. Objawy osteoporozy.....	8
16. Rozpoznanie i leczenie.....	9
17. Zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z osteoporozą	10
2. Metodologiczne podstawy pracy	12
21. Cel pracy.....	12
22. 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

4. Streszczenie pracy

Streszczenie pracy powinno zawierać opis tego co jest przedmiotem pracy i zawierać wstęp, cel pracy, materiał i metody, omówienie, podsumowanie, słowa kluczowe. Streszczenie powinno zawierać do 300 słów (wyrazów).

5. Skróty

- nie objęte numeracją rozdziałów
- 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 – (z ang. *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) jeżeli skrót pochodzi od nazwy w innym niż język polski to przed podaniem pełnej nazwy należy podać z jakiego języka pochodzi np.: Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO)
- wszystkie skróty należy stosować konsekwentnie w całej pracy, używając tego jednego skrótu. Nie stosujemy do jednej nazwy kilku skrótów, jak np.: tomografia komputerowa – TK, ang. Computed Tomography – CT, należy się zdecydować na jedną formę.
- skrótów nie należy stosować w tytule pracy.
- należy wyjaśniać skróty, które nie są używane w potocznym języku, są skrótami charakterystycznymi dla dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu

6. Wstęp

Nie jest objęty numeracją rozdziałów.

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/a w omawianym indywidualnym przypadku
- uzasadnić wybór tematu pracy,
- nawiązać do celu pracy.

Podjęcie tematu wymaga użycia w całej pracy jednej formy – bezosobowej, np. warto przywołać, przypomnieć, można zaobserwować, jak już wcześniej podano. Nie używany „moja praca, w mojej pracy, dla mnie”.

Treści we wstępie powinny zawierać cytowania [1], odniesienie do piśmiennictwa.

7. Przegląd piśmiennictwa

Rozdział teoretyczny, stanowiący analizę dotychczasowych opracowań z zakresu przedstawionego tematu pracy licencjackiej. Dobrą praktyką jest, aby >80% piśmiennictwa było z ostatnich 5-10 lat. Wykorzystanie starszych pozycji piśmiennictwa wymaga uzasadnienia, związane jest z brakiem nowszych opracowań. W tym rozdziale korzystamy z pozycji książkowych, czasopism naukowych polsko i anglojęzycznych, w wersji papierowej i on-line (np. PubMed), monografii oraz stron internetowych. Treści tworzące część teoretyczną umieszczone są w rozdziałach i podrozdziałach. Przegląd piśmiennictwa powinien obejmować rozdział dotyczący choroby podstawowej (np.: omówienie obrazu klinicznego choroby: wyjaśnienie pojęcia, epidemiologia, etiologia, objawy, diagnostyka, leczenie, powikłania, profilaktyka), ewentualnie opis zastosowanej terapii oraz rozdział dotyczący zakresu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem (np.: zasady opieki nad pacjentem, standard opieki nad pacjentem - nie zamieszczamy tutaj anatomii i fizjologii układu, narządu itp.). Jeżeli w tytule pracy licencjackiej uwzględniono dwie lub więcej jednostki chorobowe przegląd piśmiennictwa powinien zawierać opis jednostki podstawowej i pozostałych jednostek chorobowych.

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

- omówienie pojęć wynikających z tematu pracy licencjackiej;
- ogólną charakterystykę schorzenia np.: epidemiologię, 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 pielęgniarki.

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.

Tekst w części przeglądu piśmiennictwa powinien zawierać cytowania - [2]. Szczególnie istotne jest powoływanie się na pozycje piśmiennictwa przy podawaniu danych liczbowych i/lub procentowych.

8. Metodologiczne podstawy pracy

Metodologiczne podstawy powinny uwzględniać:

8.1 Cel pracy

8.2 Materiał i metody

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

8.1 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 pielęgniarstwa (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 rozpoznanie problemów oraz zaplanowanie opieki pielęgniarskiej 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.

8.2 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 pielęgniarskiej (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, natężenia bólu);
- pomiarów antropometrycznych;
- badanie fizykalne chorego (podmiotowe i przedmiotowe).

Dodatkowo należy umieścić informacje dotyczące organizacji i przebiegu badania – gdzie zostało przeprowadzone badanie, w jakim czasie, w jaki sposób, czy wystąpiły jakiegokolwiek problemy podczas prowadzenia badania. Należy również zamieścić

informację czy uzyskano zgodę o dyrekcji placówki medycznej w której prowadzono badanie lub Komisji Bioetycznej.

9. 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 wypowiedzania 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 chorobowy;
- wywiad środowiskowo-rodzinny;
- aktualny stan pacjenta, który zdecydował o podjęciu opieki pielęgniarstwa, uwzględniamy szacowany czas przeznaczony na opiekę nad pacjentem np.: max 24 godz. Epikryzę stanu pacjenta i jego losów zdrowotnych związanych z obecną sytuacją zdrowotną;
- Ocenę stanu bio-psycho-społecznego pacjenta, w której skład wchodzi charakterystyka stanu pacjenta, stanowi systematyczny i dokładny opis stanu zdrowia i funkcjonowania (stan biologiczny, fizyczny, psychiczny i społeczny) oraz czynników i sytuacji mających wpływ na stan pacjenta w określonym czasie. Czas objęcia opieką uzależniony jest od wielu czynników i może obejmować zwykle okres jednej doby. Do opisu przypadku można dołączyć w formie zanomizowanej wyniki badań obrazowych i laboratoryjnych (podając jednostki), jeśli będą wносиły istotne informacje dla planowania opieki pielęgniarstwa. 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). Powinny się tutaj znaleźć również leki przyjmowane przez pacjenta w czasie, który dotyczy opieki.

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

10. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem

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

- Plan opieki nad pacjentem obejmuje:
- Diagnozę pielęgniarstwa (rozpoznany problem)

- Cel opieki pielęgniarskiej
- Zastosowane interwencje pielęgniarskie
- Ocenę podjętych działań

Diagnoza pielęgniarska to zdefiniowane i AKTUALNE 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/y powinny wynikać z opisu pacjenta i mieć w nim umocowanie.

Diagnoza pielęgniarska stanowi podstawę dla ustalenia celu opieki i 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) z powodu obrzęku krtani,
- podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (150/105mmHg) wynikające z nieregularnego przyjmowania leków hipotensyjnych,
- lęk i niepokój chorego o stan swojego zdrowia spowodowany rozpoznaną chorobą nowotworową,
- ryzyko zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego, spowodowane niedostatecznym przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki,
- 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:

Ból rany operacyjnej spowodowany chirurgicznym uszkodzeniem ciągłości tkanek.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- ✓ pomiar i ocena charakteru, natężenia i lokalizacji doznań bólowych w pierwszych 48 godzinach od zabiegu co 4-8 godzin (obserwacja natężenia bólu według skali NRS)
- ✓ •prowadzenie karty obserwacji bólu i dokumentowanie w niej wszystkich pomiarów,
- ✓ ocena efektów leczenia przeciwbólowego (regularny pomiar natężenia bólu),
- ✓ ułożenie chorego w pozycji, która zmniejsza napięcie rany,
- ✓ stosowanie leków przeciwbólowych według karty zleceń,
- ✓ obserwacja reakcji pacjenta na podane leki,
- ✓ przekazywanie obserwacji zespołowi terapeutycznemu.

Ocena pojętych działań / Ewaluacja: Chory przez 5 pierwszych godzin po operacji zgłaszał dolegliwości bólowe w miejscu operowanym na 6 punktów, po podaży leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń dolegliwości te się zmniejszyły. Po tym czasie chory oceniał ból średnio na 4 w 10 stopniowej skali.

Diagnoza pielęgniarska 2:

Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany uwarunkowane techniką wykonywanego zabiegu.

- ✓ Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów krwawienia i zapobieganie ich wystąpieniu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ✓ prowadzenie karty pooperacyjnej (kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych: tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechów, saturacji, temperatury ciała) - dokumentowanie tego w karcie i zgłaszanie niepokojących objawów lekarzowi (tachykardia, tętno nitkowane, słabo wyczuwalne, obniżone ciśnienie tętnicze krwi, przyśpieszony oddech),
- ✓ obserwacja stanu świadomości pacjenta,
- ✓ obserwacja rany i opatrunku (przemoczony i przesiąknięty treścią krwią),

- ✓ obserwacja wyglądu skóry (koloru, wilgotności, niepokojąca jest skóra zimna spocona i blada) [4],
- ✓ obserwacja ilości rodzaju wydzielin gromadzącej się w drenach,
- ✓ pobieranie materiałów do badań i ich poprawna interpretacja,
- ✓ informowanie lekarza o wszelkich niepokojących objawach.

Ocena podjętych działań / Ewaluacja: Wykonywano regularny pomiar podstawowych parametrów życiowych, nie zaobserwowano niepokojących pomiarów. Obserwowano proces gojenia się rany, opatrunek na miejscu operowany był suchy. Monitorowano ilość i charakter treści wydzieliny z rany operacyjnej gromadzącej się w drenach biernych wyprowadzonych z miejsca operowanego – wynosiły 100 ml treści surowiczej w chwili zbierania wywiadu.

Diagnoza pielęgniarska 5:

- ✓ Ryzyko zaburzeń wodno-elektrolitowych i kwasowo-zasadowych spowodowanych restrykcyjną dietą, urazem chirurgicznym i wydalaniem treści żołądkowo-jelitowej przez wprowadzony zgłębnik.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń oraz wczesne wykrycie niepokojących objawów.

Interwencje pielęgniarskie:

- ✓ ocena stanu nawodnienia (ocena napięcia i elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, sprężystości gałek ocznych, ciśnienia żylnego, ilości wydalanego moczu i stanu świadomości) i prowadzenie dokumentacji,
- ✓ podanie płynów zgodnie ze zleceniem lekarza i pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (ocena elektrolitów, kreatyniny, białka, mocznika, hemoglobiny, hematokrytu, MCV) oraz poprawna interpretacja wyników badań,
- ✓ obserwacja czy występują objawy zaburzeń (hipokaliemii, hiperkaliemii, hiponatremii, hipernatremii, hipokalcemii i hiperkalcemii),
- ✓ obserwacja ilości i rodzaju treści ewakuowanej przez zgłębnik nosowo-żołądkowy.

Ocena podjętych działań: Bilans płynów z poprzedniego dnia był ujemny, ilość treści w zgłębniku nosowo-żołądkowym wynosiła 1600 ml. W dniu prowadzenia wywiadu w zgłębniku zaobserwowano 500 ml treści żołądkowo-jelitowej o zabarwieniu brunatnym. Skóra pacjenta była dobrze napięta, nie zaobserwowano cech świadczących o odwodnieniu, ani o zaburzeniach elektrolitowych. Codziennie, zgodnie ze zleceniem,

prowadzono płynoterapię drogą dożylną oraz pobierano pacjentowi krew do badań biochemicznych. Wyniki badanych parametrów były w granicach normy.

Diagnoza pielęgniarska 6:

Ryzyko związane z możliwością wystąpienia powikłań z powodu utrzymania centralnego cewnika naczyniowego (*ang. central venous catheter CVC*) (np. stan zapalny, niedrożność dostępu, zagięcie).

Cel opieki: Zapobieganie powikłaniom i wczesne wykrycie objawów.

Interwencje pielęgniarskie:

- ✓ utrzymanie dostępu naczyniowego według wytycznych i procedur przyjętych w oddziale,
- ✓ higieniczne mycie i dezynfekcja rąk przed każdą czynnością wykonywaną w obrębie wkłucia centralnego,
- ✓ zastosowanie antyseptyków do skóry w okolicy miejsca wkłucia na bazie chlorheksydyny (CHG) oraz przed każdym rozłączeniem, podłączeniem i podaniem leku,
- ✓ utrzymanie czystości w otoczeniu chorego,
- ✓ sprawdzanie i zapewnienie drożności cewnika, przepłukanie cewnika 10 ml roztworu 0,9% NaCl przed i po podaniu leku, podaniu żywienia pozajelitowego, podaniu płynów infuzyjnych,
- ✓ po każdym użyciu cewnika użycie nowego jałowego koreczka,
- ✓ ocena kliniczna pod kątem infekcji miejsca wkłucia (zaczerwienienie, obrzęk, stwardnienie wzdłuż kanału podskórnego, wyciek treści ropnej, niedrożność cewnika) (najlepiej umocować dostęp naczyniowy opatrunkiem przezroczystym),
- ✓ zmiana opatrunku (włókninowego co 24h, przezroczystego półprzepuszczalnego co 7 dni bądź częściej jeśli wystąpi, odklejenie, przemoczenie, zabrudzenie)
- ✓ prowadzenie dokumentacji związanej z pielęgowaniem CVC.

Ocena podjętych działań / Ewaluacja: Na czas pobytu pacjenta w szpitalu została założona karta obserwacji centralnego dostępu naczyniowego, w której systematycznie zostały wprowadzone informacje o stanie zdrowia pacjenta wykonanym dostępem centralną. Nie stwierdzono zakażenia dostępu centralnego, wszystkie kanały były drożne.

11. Podsumowanie

Nie podlega numeracji rozdziałów.

Podsumowanie powinno stanowić syntezę wniosków, do których doszedł student. Powinno korespondować ze wstępem. 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. Mogą pojawić się tutaj również informacje na temat roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem w analizowanym przypadku klinicznym. Poprawnie przygotowanie podsumowanie zwiększa wartość pracy.

12. 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 polsko i angielskich z ostatnich pięciu lat.

Spis piśmiennictwa wykonuje się zgodnie ze stylem Vancouver; w porozumieniu z promotorem dopuszczalne jest zastosowanie stylu Harvard.

Zapis piśmiennictwa w wykazie literatury powinien być zapisany zgodnie ze stylem AMA zawartym w PubMed (bez uwzględnienia w zapisie daty publikacji i numeru DOI).

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, zakres stron z których korzystano.

np.: Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. (red.), Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 40-42.

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

✓ **np.:** Górajek-Jóźwik J., Diagnostyka pielęgniarska [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 (zgodny z Medline, PubMed) i rok wydania; tom, numer: zakres stron artykułu.

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

Można stosować także skróty nazw czasopism zgodne z z Index Medicus (ze sposobem stosowanym w ogólnodostępnej bazie danych literaturowych PubMed), np.: Marquardt L., Ruf A., Mansmann U. i wsp. Inflammatory response after acute ischemic stroke. J Neurol Sci., 2005; 236: 65-71.

Strony internetowe:

Należy podać nazwę strony (materiału źródłowego), adres URL i datę wejścia na stronę.

Określenia witryn Internetowych powinny zawierać: nazwisko autora, tytuł witryny, adres Internetowy witryny podany w nawiasie kwadratowym np.:

Mariah Snyder.: Complementary therapies - are really nursing ?

[<http://www.nursingworld.org/ojin/topic15/tpc15toc.htm>]

w The Online Journal of Issues in Nursing

[<http://www.nursingworld.org/ojin/index.htm>] data wejścia 18.08.2004

Ministerstwo Zdrowia: Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 [online].

Dostępne: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/03/zal_urm_npz_90_1505_2007p.pdf. Data pobrania: 21.09.2016

W pracy nie należy umieszczać informacji ze źródeł nieautoryzowanych i nierecenzowanych, np. z ogólnodostępnych stron internetowych, materiałów popularnonaukowych.

Sposób zapisu cytowanych pozycji w przypadku korzystania z aktów normatywnych powinien być następujący: tytuł normy prawnej, miejsce publikowana (Dziennik Ustaw, Monitor Polski, Dziennik Urzędowy Ministerstwa), numer, rok wydania
np.:

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400)

Aneks – nieobowiązkowy

Może zawierać spis rycin, tabel, który wymaga podania strony, na której się znajdują.
Można zaprezentować np. skale, które autor wykorzystał do oceny stanu pacjenta.

VI. REDAKCJA PRACY DYPLOMOWEJ

Praca powinna być napisana w programie MS Word i zapisana w formacie doc lub docx. Zdania w pracy muszą być zgodne z wymogami poprawności ortograficznej i stylistycznej, rzeczowe i precyzyjnie oddawać myśli autora. Tekst powinien być napisany w sposób zwięzły i komunikatywny, pozbawiony żargonu medycznego lub naukowego.

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, z pominięciem strony tytułowej.

Wskazówki edytorskie

- kolejne rozdziały zawsze rozpoczynamy od nowej strony;
- nazwy łacińskie w tekście i cytaty oznaczmy 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;

- tytuły podrozdziałów nie powinny być zostawione same na stronie, zawsze powinno się pod nimi znajdować co najmniej dwa wersy tekstu podrozdziału;
- Nie należy stawiać zbędnej interlinii pomiędzy akapitami, natomiast każdy akapit rozpoczynamy od wcięcia;
- Wyróżnienia (pogrubienia), podkreślenia nie powinny być stosowane w pracy. Pogrubienia są zarezerwowane do tytułów rozdziałów i podrozdziałów
- 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 wersu;
- Cytaty mogą być stosowane w pracy, mają za zadanie podeprzeć bądź potwierdzić nasze rozważania, jednak zbyt obszerne i wielokrotne nie są pożądane. „Cytowanie oznacza dosłownie przytoczenie tekstu wypowiedzianego lub napisanego (wydrukowanego), połączone z jednoczesnym wskazaniem źródła, a w przypadku tekstów pisanych połączone z dokładnym określeniem miejsca, z którego cytat pochodzi”. Można wybrać część cytowanego tekstu – wówczas stosujemy: [...] w miejscu wyłączonego tekstu;
- Przedstawiony w pracy tekst nie powinien zawierać formatowania specjalnego, np. końca linii, twardych spacji, wymuszonego dzielenia tekstu i wyrazów, podziału stron oraz stopki i nagłówka.

Tabele, ryciny, fotografie

Tabele

- tabele zawsze powinny być wyśrodkowane,
- tabele powinny być na jednej stronie, jeżeli wymagają podziału między stronami to należy je prawidłowo podzielić i opisać, podając podpisy kolumn na kolejnej stronie i tytuł tabeli z odniesieniem cd.
- 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
I śniadanie	25 – 30%
II śniadanie	5 – 10%
Obiad	35 – 40%
Podwieczorek	-
Kolacja	25 – 30%

Źródło: [5], lub pełny zapis, jak w piśmiennictwie.

- 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);
- jeżeli tabela jest opracowania własnego to podajemy Źródło: Opracowanie własne w oparciu o.....

Źródło podajemy, jak w zapisie piśmiennictwa z podaniem strony, z której zaczerpnięto tabelę;

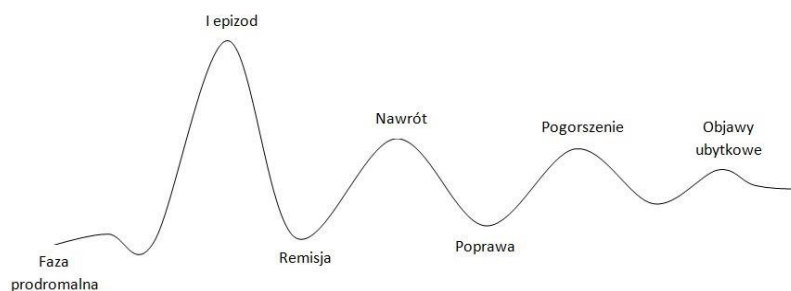
tekst w tabeli zapisujemy czcionką 10, odstęp między wersami pojedynczy –

interlinia – 1,0

w tekście pracy powinno być zawsze odwołanie do tabeli, np. Objawy zakażenia miejsca operacyjnego możemy podzielić na miejscowe i ogólne (Tab.1). lub W tabeli 1 przedstawiono objawy zakażenia miejsca operowanego. Nie należy stosować odwołań typu „... przedstawiono na poniższym rysunku”,

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, jak podane w przykładzie zapisu tabeli.

PIŚMIENNICTWO:

1. Serafin L, Sak-Dankosky N, Wesołowska-Górniak K, Formela M. Badania naukowe w pielęgniarstwie: Ocena, synteza i tworzenie dowodów naukowych w praktyce pielęgniarstwa. Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2022.
2. Lenartowicz H, Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
3. Lesińska-Sawicka M., Kapała W., Case study w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009.
4. Brzeziński J. Metodologia badań pedagogicznych. PWN, Warszawa 2019.