Państwowa Akademia
Nauk Stosowanych
w Krośnie

WYTYCZNE DOTYCZĄCE STRUKTURY PRACY DYPLOMOWEJ (LICENCJACKIEJ)

DLA STUDENTÓW KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO

STUDIA STACJONARNE PIERWSZEGO STOPNIA

WYMOGI EDYTORSKIE PRACY DYPLOMOWEJ ORAZ WZÓR STRONY TYTUŁOWEJ SĄ ZGODNE Z OGÓLNOUCZELNIANĄ PROCEDURĄ DYPLOMOWANIA WSZJK- U/6.

Praca dyplomowa uwzględnia aspekt praktyczny oraz jest zgodna z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 10 października 2024 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2024, poz. 1514).

Pracę dyplomową student przygotowuje w oparciu o analizę indywidualnego przypadku.

Proponowana struktura pisania pracy:

1. Tytuł pracy licencjackiej z co najmniej dwoma członami: np.: *Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentką z zaburzonym obrazem ciała w przebiegu bulimii.*

2. Objętość pracy ogółem od 50 do 70 stron.

3. Układ pracy:

   Strona tytułowa
   Spis treści
   Wstęp
   Cześć teoretyczna
   Część metodologiczna
   Cześć badawcza
   Wnioski
   Bibliografia w tym netografia
   Spisy tabel, rycin
   Aneks
   Streszczenie (w języku polskim i angielskim) na ½ strony każda
   Oświadczenia

4. Wykorzystanie źródeł: **co najmniej 2 odwołania do literatury na stronie tekstu pracy format A-4 (dotyczy części teoretycznej).**

5. Bibliografia od **40 do 50 pozycji literatury**, w tym co najmniej **80% z ostatnich 10 lat, co najmniej 35% artykułów.**

6. Część teoretyczna powinna zawierać podstawowe informacje z zakresu anatomii i fizjologii człowieka oraz opis jednostki chorobowej/jednostek chorobowych, wraz
z diagnostyką i leczeniem oraz charakterystykę sprawowanej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem.

7. Część metodologiczna powinna zawierać: cel pracy, główny problem badawczy oraz szczegółowe problemy badawcze, metody, techniki oraz narzędzia badawcze, a także opis terenu prowadzenia badań i ich organizacji. Dopuszcza się możliwość tworzenia hipotez do postawionych problemów badawczych.

8. Część badawczą tworzą opis sytuacji zdrowotnej pacjenta, formułowanie diagnoz pielęgniarskich oraz planowanie opieki pielęgniarskiej i jej ocena.

9. Część badawcza zawiera **trzydniowy opis sytuacji zdrowotnej** pacjenta/rodziny:

   - Retrospektywny- opis stanu zdrowia pacjenta z przeszłości
   - Aktualny- opis oraz ocena wstępna stanu zdrowia, sporządzana pierwszego dnia opieki (wg Karty Opieki Pielęgniarskiej obowiązującej w Zakładzie Pielęgniarstwa KPU Krosno)
   - Aktualny- opis oraz ocena bieżąca stanu zdrowia, dokonywana drugiego i trzeciego dnia opieki.

10. Retrospektywny opis sytuacji powinien zawierać przedstawienie faktów, zdarzeń klinicznych, radzenia sobie z problemami zdrowotnymi w przeszłości, zaangażowania rodziny i opiekunów.

11. Opis sytuacji zdrowotnej pacjenta aktualnej, wstępnej powinien zawierać:

   A. Dane opisujące objawy i dolegliwości subiektywne zgromadzone wg schematu **OLD CART**, który obejmuje początek objawy/dolegliwości (*Onset*), umiejscowienie (*Location*), czas trwania (*Duration),* charakter (*Charakter),* czynniki nasilające/łagodzące (*Aggravating/Alleviating factors*), promieniowanie (*Radiation),* moment wystąpienia (*Timing*).
   B. Elementy badania fizykalnego, istotne dla specyfiki sytuacji zdrowotnej pacjenta.
   C. Dane obiektywne opisywane w dokumentacji pacjenta pod każdym układem, uzyskane na drodze pomiaru bezpośredniego oraz co najmniej 3 parametry z wykorzystaniem pomiaru pośredniego (skale, kwestionariusze standaryzowane).
   D. Spis, dawkowanie i charakterystykę działania środków stosowanych w ramach różnych form terapii (np.: farmakoterapii, dietoterapii, fizykoterapii, ziołolecznictwa, klimatoterapii, samoleczenia).

E. Spis wyników badań diagnostycznych (laboratoryjne i inne) oraz omówienie(porównanie z normą) ich znaczenia poznawczego dla opisu sytuacji zdrowotnej pacjenta.

12. Opis aktualnej sytuacji zdrowotnej powinien zawierać ocenę co najmniej **5 podstawowych parametrów życiowych** (temperatura, tętno, oddech, ciśnienie tętnicze krwi, ból) oraz inne dolegliwości które wystąpiły jako nowe (wg schematu OLD CART). W opisie należy także uwzględnić zmianę stanu zdrowia pacjenta wobec dnia poprzedniego oraz jego reakcję (pozytywną lub negatywną) na zabiegi pielęgniarskie, lecznicze oraz badania diagnostyczne.

13. Formułowanie diagnoz pielęgniarskich według schematu PES (**Problem/Stan**, Etiology, Symptoms) np.:
(PROBLEM/STAN) Ból ostry gardła
(ETIOLOGY) spowodowany zapaleniem migdałków podniebiennych
(SYMPTOMS) *trudności w połykaniu pokarmów, brak apetytu, zaczerwienienie błon śluzowych jamy ustnej gardła. Natężenie bólu wg VAS – 8 pkt.*

14. Wszystkie diagnozy muszą mieć uzasadnienie w opisie sytuacji zdrowotnej pacjenta. Liczba diagnoz **minimum 5.**

15. Cel opieki pielęgniarskiej powinien określać stan oczekiwany, możliwy do osiągnięcia u pacjenta, najczęściej pozytywny wraz z określeniem czasu, który jest potrzebny na jego uzyskanie, tzw. element czasu.

CEL: Ból gardła o natężeniu 2 pkt. wg skali VAS w czasie 4 dni.

16. Planowanie opieki pielęgniarskiej:

Działania/interwencje pielęgniarskie powinny być opisane szczegółowo: zawierające stężenie stosowanych substancji, częstotliwość, godzinę wykonania, jeśli to istotne.

Każde działanie powinno zawierać uzasadnienie empiryczne w odniesieniu do dowodów naukowych zawartych w literaturze:

- **Bez oznaczeń symbolami**, tylko wskazanie źródła: materiał zaczerpnięto z podręczników, artykułów poglądowych, wyników badań jakościowych;

- **EBM:** treści pochodzą z artykułów badawczych o niepodważalnej metodologii, eksperymentalnej, metaanaliz, badań przeglądowych z obszaru medycyny.

- **EBN:** treści pochodzą z artykułów badawczych o niepodważalnej metodologii, eksperymentalnej, metaanaliz, badań przeglądowych z obszaru pielęgniarstwa.

- **EB:** treści pochodzą z artykułów badawczych o niepodważalnej metodologii, eksperymentalnej, metaanaliz, badań przeglądowych z obszaru innych nauk.

14. Należy sformułować **minimum 5** interwencji pielęgniarskich do każdej diagnozy.
15. Zaplanowane interwencje należy zrealizować u pacjenta i udokumentować, w przypadku ich niewykonania wskazać przyczynę.
16. Ocena stanu zdrowia pacjenta jest sformułowana w odniesieniu do każdej diagnozy i postawionego celu opieki, po upływie maksymalnie 3 dni. W sytuacji diagnoz mających cel długoterminowy (powyżej 3 dni), ocena odbywa się zgodnie z bieżącym stanem zdrowia pacjenta, w ostatnim dniu opieki.

KIEROWNIK
Zakładu Pielęgniarstwa
Dziura
mgr Małgorzata Dziura