



EduAkademia.pl

prace naukowe na zlecenie

Jak-napisac-prace-licencjacka-123

Przewodnik do pisania pracy licencjackiej

dla studentów kierunku Pielęgniarstwo

SPIS TREŚCI.....	2
PRZEDMOWA.....	4
1. STRUKTURA PRACY LICENCJACKIEJ	5
1.1. Tytuł pracy	6
1.2. Strona tytułowa.....	6
1.3. Tematyka	8
1.4. Cel pracy.....	9
1.5. Spis treści	10
1.5.1. Zasady numeracji	10
1.5.2. Przykład spisu treści	11
1.6. Wstęp	12
1.6.1. Elementy wstępu	12
1.6.2. Przykład wstępu	12
1.7. Rozdziały	13
1.7.1. Rozdział pierwszy.....	14
1.7.2. Rozdział drugi.....	14
1.7.3. Rozdział trzeci.....	15
1.8. Dyskusja	16
1.9. Wnioski/Zakończenie	16
1.10. Streszczenie	16
1.11. Tabele, wykresy.....	17
1.12. Aneks	19
2. MATERIAŁY DO PRACY LICENCJACKIEJ	21
2.1. Piśmiennictwo	21

2.1.1. Druki zwarte	21
2.1.2. Czasopisma	21
2.1.3 Katalogi	22
2.1.4. Przypisy	23
2.2. Opis pozycji w piśmiennictwie	23
2.3. Cytaty.....	25
2.4. Czytanie tekstu naukowego	25
2.5. Styl i poprawność języka	26
2.6. Komisja Bioetyczna	26
2	
2.7. Prawo autorskie	28
2.8. Statystyka.....	28
3.PISANIE PRACY LICENCJACKIEJ	33
..... 33 3.1.1. Zadania	33
..... 33	
3.1.2. Przebieg	33
3.2. Wymogi edytorskie pracy	34
3.2.1. Elementy graficzne	34
3.2.2. Formy gramatyczne	35
3.2.3. Styl naukowy.....	35
3.3. Badania naukowe w pielęgniarstwie	36
3.3.1. Badania ilościowe	36
3.3.2. Badania jakościowe	37

3.4. Metodologia badań	37
3.4.1. Metody.....	38
3.4.2. Techniki.....	40
3.4.3. Narzędzia.....	51
4.PRACE LICENCJACKIE I EGZAMIN DYPLOMOWY	53
4.1. Praca pogładowa	53
4.2. Praca badawcza	56
4.3. Praca - studium przypadku	58
4.4. Przygotowanie do egzaminu.....	61
4.5. Przebieg egzaminu	62
PIŚMIENNICTWO	64
ZAŁĄCZNIKI	66
Załącznik nr 1. Regulamin pisania prac dyplomowych	66
Załącznik nr 2. Procedury przyjęcia i recenzji pracy dyplomowej w systemie APD	67
Załącznik nr 3. Oświadczenie autora/autorów pracy (Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 48 Rektora UMK z dnia 15 kwietnia 2008 r.).....	69
Załącznik nr 4. Oświadczenie autora/autorów pracy (Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 48 Rektora UMK z dnia 15 kwietnia 2008 r.).....	70
Załącznik nr 5. Wzór strony tytułowej. (Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 48 Rektora UMK z dnia 15 kwietnia 2008 r.).....	71

3

PRZEDMOWA

Prowadzenie seminariów licencjackich i wiele pytań zadawanych przez studentów w związku z pisaniem przez nich pracy dyplomowej stało się inspiracją do napisania przewodnika.

W zamyśle ma on stanowić praktyczną pomoc w przygotowaniu i opracowaniu pracy dyplomowej. Ma na celu wskazanie studentom co powinni robić i jak postępować w toku tworzenia pracy, aby proces ten przebiegał prawidłowo, a praca uzyskała wysoką jakość. Bowiem pisanie pracy ma na celu poszerzenie wiedzy w danym tematyce zagadnieniu oraz nabycie umiejętności metodologicznych, tj. umiejętność korzystania z literatury i dorobku naukowego problematyki podjętej w pracy, w efekcie stworzenia nowego, własnego układu na podstawie skojarzeń, wzorów i koncepcji zaczerpniętych z prac naukowych.

Już na poziomie studiów licencjackich praca powinna, a w zasadzie musi być tak napisana, by jej treść miała charakter tekstu naukowego. Umożliwia to jednocześnie ocenę wartości przedstawianych poglądów lub badań, a także kompetencji autora.

Praca licencjacka na kierunku Pielęgniarstwo jest wymogiem kwalifikacyjnym, który warunkuje ukończenie studiów wyższych oraz uzyskanie tytułu zawodowego – licencjata pielęgniarstwa. Jej napisanie, przedłożenie oraz zdanie egzaminu dyplomowego dotyczy każdego studenta tego kierunku.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom studentów kierunku Pielęgniarstwo podjęto się napisania przewodnika do pisania pracy licencjackiej. Jednocześnie należy podkreślić, iż jakakolwiek publikacja traktująca o pisaniu pracy dyplomowej, czy to w formie przewodnika, kompendium, repetytorium, nie zastąpi spotkań dyplomanta z promotorem na seminariach dyplomowych. Należy i warto także wiedzieć, że każdy promotor ma swój styl, swoje wymagania, tzw. swoją szkołę. Wszystko to sprawia, że dobry kontakt i właściwa komunikacja między promotorem a studentem piszącym pracę zagwarantuje sukces obydwu stronom.

Autorka

4

1. STRUKTURA PRACY LICENCJACKIEJ

Praca dyplomowa (licencjacka, magisterska) - jej struktura, zawartość merytoryczna, strona edytorska jest pisemną rozprawą wykonaną samodzielnie przez studenta pod kierunkiem promotora – nauczyciela akademickiego wyznaczonego przez Radę Wydziału. Podlega recenzji i stanowi przedmiot dyskusji i oceny w

trakcie egzaminu dyplomowego [15].

Każda praca składa się wstępu, rozwinięcia i zakończenia. Wstęp zwany też rozdziałem wstępnym służy w zorientowaniu się czytelnika w problemach omawianych w pracy. Rozwinięcie składa się z rozdziałów, podrozdziałów i akapitów. Powinno zawierać omówienie problemu badawczego na podstawie literatury naukowej, opis zastosowanej metody badawczej i przedstawienie wyników badań. Zakończenie może mieć postać dyskusji, podsumowania, lub/i wniosków [1,5,9,21].

Studenci kierunku Pielęgniarstwo w trybie stacjonarnym pierwszego stopnia mogą pisać pracę dyplomową - licencjacką, o charakterze pracy poglądowej (przeglądowej), badawczej (empirycznej) lub kazuistycznej (studium indywidualnego przypadku). Obecnie zgodnie ze standardem kształcenia promuje się prace licencjackie typu kazuistycznego.

Standardowy układ pracy dyplomowej obejmuje kolejno następujące po sobie elementy: strona tyłowa, spis treści, wstęp, tekst w postaci rozdziałów i podrozdziałów, dyskusja lub podsumowanie, wnioski, streszczenie w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, wykaz tabel i rycin oraz aneks z ponumerowanymi załącznikami [9,11,22].

Praca o charakterze poglądowym polega na zebraniu literatury w zakresie podjętego tematu. Ma rozbudowane piśmiennictwo dotyczące wyrażanych poglądów i zagadnień, o których mowa w tekście, w tym źródła cytatów lub opisów badań a także cudzych wniosków. Praca o charakterze badawczym opiera się na analizie dokumentów, artykułów, kwestionariusza wywiadu, ankiety oraz na przeprowadzanych przez studenta badań klinicznych. Każda z nich rozpoczyna się od momentu ustalenia problemu badawczego do chwili opracowania wyników badań.

Praca typu kazuistycznego w pielęgniarstwie to szczegółowy i systematyczny opis sytuacji pacjenta w ciągu pewnego okresu czasu, a także opis zmian jakie w tym czasie zachodzą w zachowaniu człowieka, w jego zdrowiu i funkcjonowaniu w chorobie lub niepełnosprawności. Jest jakościowym badaniem naukowym, którego wszechstronność sprawia, że jest ono z dużą korzyścią włączane do praktyki pielęgniarstwa [12,19,24].

5

1.1. Tytuł pracy

Złac. titulus. oznacza nazwę książki lub poszczególnych jej rozdziałów. Tytuł pracy podaje promotor, bowiem wynika to z tematyki badawczej zakładu lub katedry, w której pracuje.

Tytuł wzmacnia motywację do pisania pracy. Dzięki niemu dokonuje się wyboru literatury, którą nieprzypadkowo nazywa się literaturą przedmiotu (tematu). Tytuł to także informacja o temacie /tematyce pracy [15].

Określony na początku tytuł można potraktować jako temat roboczy, który w trakcie pisania pracy może ulec udoskonalającym zmianom. Nie powinien być zbyt krótki ani zbyt długi. Przyjmuje się, że powinien mieć do

około 85 znaków, co daje w praktyce od 11 do 15 słów. W tytule nie używa się skrótów, pytań, wykrzykników [1,5,13,21]. Dobrze sformułowany

tytuł informuje o problemie i jest zrozumiały sam w sobie a więc powinien być: jasny, komunikatywny i precyzyjny. Np. „Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z mukowiscydozą w środowisku domowym”.

W tytule powinny być zawarte określenia, które będzie można wykorzystać w systemie informacji naukowej, w tym również przy komputerowym indeksowaniu i gromadzeniu danych, tzw. słowa kluczowe.

1.2. Strona tytułowa

W górnej części strony tytułowej podaje się pełną i poprawną nazwę jednostki uczelnianej: uczelnia, wydział, katedra, pisane wielkimi literami i pogrubionymi z użyciem czcionki 16. Następnie, poniżej umieszcza się imię i nazwisko autora - pogrubione (imię zawsze jako pierwsze - czcionka 14 i nr albumu - czcionka 12. Poniżej czcionką 12 pisze się typ pracy dyplomowej – licencjacka oraz poniżej kierunek. Tytuł pracy (czcionka 14) rozmieszcza się na środku karty tytułowej i należy go wyśrodkować, tj. umieścić w jednakowej odległości od prawej i lewej strony kartki. Podtytuł (jeśli występuje) umieszcza się w osobnej (następnej) linii, w nawiasie. Powinien też być wyśrodkowany i ułożony podobnie jak tytuł, ale napisany czcionką mniejszą niż w tytule - 12. Po tytule i podtytule nie stawia się kropki. Tytuł pracy może być pisany wielkimi literami lub małymi. W prawej dolnej części strony tytułowej podaje się dane o promotorze (tytuł naukowy oraz imię i nazwisko, oraz miejsce napisania pracy - czcionką 12).

Na dole karty tytułowej w odległości 2 cm od dołu karty podaje się miejscowość i rok. zapis również powinien być wyśrodkowany (czcionka 14). (Wzór w załączniku nr 5 i poniżej).

6

UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU KATEDRA PIELĘGNIARSTWA
ZACHOWAWCZEGO

Imię i nazwisko

Nr albumu

Praca licencjacka

Na kierunku Pielęgniarstwo

PIELĘGANIARKA MEDYCYNY SZKOLNEJ

A DZIECKO KRZYWDZONE W SZKOLE I RODZINIE

Praca napisana pod kierunkiem

dr. n. med. Marii Kwiatkowskiej

w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego

Toruń 2015

Pracę przyjmuję i akceptuję Potwierdzam złożenie pracy dyplomowej

.....

Źródło: opracowanie własne

7

1.3. Tematyka

Tematem jest to, co stanowi zasadniczą, podstawową myśl pracy, utworu, dzieła. Tematyka

pracy powinna odpowiadać zainteresowaniom studenta, odpowiadać jego psychice i uzdolnieniom. Student może sam sprecyzować temat, jak i również skorzystać z propozycji nauczyciela akademickiego, którego wybrał za promotora [15,23]. Jednocześnie dyplomant powinien zdawać sobie sprawę, z trudności (lecz do pokonania) jakie napotka w trakcie pisania pracy. Świadomość ich istnienia nie powinna zniechęcać, a przeciwnie pomnażać chęci sprostowania wymogom. Dyplomantowi powinno towarzyszyć w trakcie pisania

pracy poczucie zadowolenia i satysfakcji, że przyczynia się do wyjaśnienia jakiegoś zagadnienia naukowego w pielęgniarstwie.

Tytuł i tematyka pracy wynikać może także z odczytania studenta w literaturze przedmiotu, umiejętności obserwacji określonych zdarzeń medycznych czy z zainteresowania określonym problemem. Temat pracy powinien zawierać jasno określony przedmiot badań [15,23].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) uznaje badania w pielęgniarstwie za integralną część praktyki pielęgniarstwa. Przedmiotem badań może być system opieki pielęgniarstwa, kształcenie pielęgniarek, polityka na rzecz zdrowia i edukacji zdrowotnej, historia zawodu. Stąd tematyka prac licencjackich w pielęgniarstwie może dotyczyć wielu obszarów, np:

Opis sytuacji zdrowotnej pacjenta. Opracowania te w piśmiennictwie lekarskim są zwane

pracami kazuistycznymi (opisami przypadku); w piśmiennictwie pedagogicznym, psychologicznym, socjologicznym, pielęgniarstwie – studium indywidualnego przypadku. Praca z tego zakresu tematycznego powinna obejmować: rozpoznanie lekarskie, wywiad dotyczący historii choroby, badania fizykalnego, badań dodatkowych oraz omówienia stanu fizycznego (biologicznego), psychicznego i społecznego, następnie sytuacji rodzinnej i społecznej badanego; a także zawierać omówienie procesu opieki nad chorym oraz jego przedstawienie w sposób krytyczny, tzn. wskazujący na możliwości jego udoskonalenia;

Metody pielęgnowania chorych, będących w danej sytuacji klinicznej: np. Opieka nad

dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym w warunkach domowych; Pielęgnowanie

chorych po urazach czaszkowo-mózgowych w oddziale neurochirurgii, Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej a ich rozwój fizyczny;

Modele opieki nad chorymi (np. wcześniakami, dziećmi, uczniami, osobami starszymi

lub szczególnymi grupami osób np. Opieka pielęgniarstwa nad dzieckiem krzywdzonym w szkole, Rola pielęgniarki w wsparciu rodziców noworodka przedwcześnie urodzonego;

8

Analiza działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki, edukacji zdrowotnej danych

działań pielęgniarstwa np: Opieka pielęgniarstwa nad chorymi psychicznie w stanach nagłych, Edukacyjna rola pielęgniarki wobec pacjenta dializowanego;

Rozpoznanie i analiza historycznych czy współczesnych czynników wpływających na rozwój pielęgniarstwa.

Początkowo ogólnie określa się problematykę badania. Ta ogólność jest wyrazem niepełnej wiedzy na interesujący studenta temat. Dlatego zgłębia się literaturę przedmiotu. Student musi dotrzeć do podstawowych dla danej dziedziny publikacji. Przystudiowanie literatury utwierdza w przekonaniu co do słuszności zajęcia się problemem. Badania naukowe podejmuje się wtedy, gdy albo dane zjawisko nie doczekało się jeszcze opracowań naukowych czy też chce się odnieść wyniki znane w innym ujęciu do

konkretnego miejsca i czasu. Każde badanie służy realizacji określonego celu [15,23]. Celem badań jest dążenie do wzbogacenia wiedzy o osobach (pacjenci), instytucjach (szpital, poradnia) lub zjawiskach (np. częstość hospitalizacji) będących przedmiotem badań.

1.4.Cel pracy

Gdy już wiadomo, co jest przedmiotem badań, należy określić cel badań. Cel jest definiowany następująco: jest to przyszły, pożądany stan rzeczy jaki chce się osiągnąć przez podjęcie

działania. Działaniem natomiast nazywa się celowe, świadome, dowolne zachowanie się człowieka. Cel dla całej pracy jest zazwyczaj ogólny. Następnie tworzy się cele szczegółowe na każdym etapie badań lub dla każdej z części pracy. Określenie celu jest bardzo istotne. Uświadamia po co podejmuje się badania i do czego mogą być przydatne wyniki [15,20].

Z punktu widzenia dydaktyki cel ma charakter czasownika operacyjnego i powinien być określany w czasie dokonanym, a więc „zbadanie częstości występowania zjawiska krzywdzenia dzieci ...” rozpoznanie najczęstszych problemów: ocena skuteczności edukacji

zdrowotnej..., ustalenie metod, form promocji zdrowia..., ocena natężenia i lokalizacji bólu..., prezentacja wybranego przypadku..., przedstawienie problemów zdrowotnych z punktu widzenia opieki pielęgniarskiej..., ustalenie roli pielęgniarki w promowaniu zdrowego stylu życia ,poznanie skuteczności oddziaływań edukacyjnych pielęgniarki w ... itp. Pogłębione uświadomienie celu jest ważne, gdyż nadaje odpowiedni kierunek przygotowywania narzędzi, zbieraniu i analizowaniu materiału i sformułowaniu wniosków [10,22,25].

9

1.5.Spis treści

Spis treści jest to układ złożony z nazw rozdziałów i podrozdziałów odwzorowujący strukturę pracy. Tu podaje się tytuły rozdziałów i podrozdziałów oraz numer strony, na której znajdują się w pracy. Dla numerowanych rozdziałów i podrozdziałów należy podać numer strony początkowej. Numer strony powinien być dosunięty do prawego marginesu. Tytuły w tekście pracy i w spisie treści muszą być takie same (identyczne) [15,21].

Spis treści zaczyna się na osobnej stronie, tuż po stronie tytułowej. Dawny zwyczaj umieszczania spisu treści na końcu pracy wyszedł już z użycia. Strony tej nie numeruje się, ale w kolejności numerowania stron trzeba ją uwzględnić.

Po opracowaniu spisu treści można przystąpić do napisania konspektu (zarysu, szkicu) pracy. Konspekt powinien mieć charakter opisowy i być zawarty na kilku (4-5) stronach. To wcale niełatwe ćwiczenie ma uświadomić autorowi trudności jakie mogą wystąpić w trakcie pisania pracy, np. dotyczące wyboru literatury, ewentualnego zmodyfikowania tematu. Napisanie konspektu jest jednocześnie doskonałą wprawką intelektualną studenta [9].

1.5.1. Zasady numeracji

W spisie treści pracy należy zamieszczać informację o częściach pracy położonych na wszystkich poziomach zagłębienia, np. numer podrozdziału 4.3. lub 4.3.1. a także numer 4.3.2.1. [23].

Spis treści powinien być sporządzony w formie przejrzystej, jasnej i ukazującej rozwiązania zastosowane w pracy. W celu wyraźnego zaznaczenia hierarchii zagadnień można w nim stosować wielkie i małe litery, odpowiednie wcięcia wierszy oraz odstępy.

Wstępu, zakończenia, piśmiennictwa, załączników nie numeruje się, ponieważ nie są to rozdziały pracy. Część właściwą stanowią rozdziały pracy, których powinno być minimum dwa lub trzy. Zaczyna się od rozdziału teoretycznego, najbardziej ogólnego. Później przechodzi się do rozdziału bardziej szczegółowego. Każdy z rozdziałów dzieli się na podrozdziały. Tworzenie rozdziałów i podrozdziałów opiera się na klasyfikacji danych zagadnień. Kolejność rozdziałów nie może być dowolna. Najpierw opisuje się pojęcia nadrzędne, później podrzędne. Minimalna ilość podrozdziałów to dwa. Istotne również to, żeby ilość podrozdziałów była proporcjonalna. Tytuły rozdziałów nie powinny zawierać wyrażen wieloznacznych, skrótów czy pytań [6,9,11,15].

10

1.5.2. Przykład spisu treści – aspekt edytorski

SPIS TREŚCI	3
WSTĘP	5
1. TEORETYCZNE PODSTAWY ZAGADNIENIA	7
1.1. Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży	7
1.2. Leczenie ..	12
1.3. Rehabilitacja	15
1.4. Udział pielęgniarki w rozpoznawaniu chorób przewlekłych.....	16
1.5. Rodzice w roli opiekuna dziecka przewlekłe chorego.....	18
2. PROBLEMY ZDROWOTNE I SPOŁECZNE UCZNIÓW	19
2.1. Komunikowanie się pielęgniarki z uczniem	19
2.2. Uczniowie przewlekłe chorzy.....	21

2.3. Dzieci krzywdzone.....	27
2.4. Opieka na nieletnimi ciężarnymi i matkami.....	28
2.5. Dzieci niepełnosprawne.....	31
3. STATUS I ZADANIA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ.....	32
3.1. Udział w testach przesiewowych i bilansach zdrowia.....	36
3.2. Opieka nad ogółem uczniów.....	40
3.3. Zadania ciągłe.....	44
3.4. Szkoła promująca zdrowie.....	48
OMÓWIENIE.....	52
WNIOSKI.....	55
STRESZCZENIE.....	56
SUMMARY	57
PIŚMIENNICTWO	58
SPIS TABEL	59
SPIS RYCIN	60
ANEKS	61

Źródło: opracowanie własne

11

1.6.Wstęp

Zwany inaczej słowem wstępnym, zagadnieniami wstępnymi, wprowadzeniem. Poprzedza merytoryczną część pracy. Należy podkreślić, że z ostateczną redakcją wstępu należy poczekać do zakończenia pracy.

1.6.1. Elementy wstępu

Wstęp powinien mieć charakter informacyjny i służyć zorientowaniu się w problematyce pracy. Pisze się go dwa razy. Pierwszy wstęp jest próbny i pisze się na początku pracy, a drugi jest właściwy i pisze się go po napisaniu pracy. W trakcie pisania pracy zmienia się jej koncepcję, pojawiają się nowe pomysły. Gdy pisze się końcową wersję wstępu, należy opisać powyższe problemy, by pokazać spójność myślenia i zmodyfikowanych działań.

Powinien zawierać wszystkie elementy tworzące pracę, tj. przedstawienie podjęcia tematu, okoliczności i przyczyn zainteresowania się nim, sprecyzowanie celu badawczego, określenie metody badawczej – analiza literatury, piśmiennictwa, analiza dokumentów, sondaż diagnostyczny itp. źródła, z jakiego korzystano przy pisaniu pracy - książki, artykuły, raporty, doniesienia konferencyjne, które były najważniejsze, które najbardziej pomocne. określenie charakteru i rodzaju źródeł, z których skorzystano. Następnie przedstawia się w kilku zadaniach treść poszczególnych rozdziałów [22,23] .

1.6.2. Przykład wstępu

Tematem pracy są zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem w Pediatrycznej Izbie Przyjęć.

Podstawowym elementem sprawowanej opieki jest pomoc w nagłych przypadkach oraz przygotowanie dziecka do hospitalizacji. Właściwe relacje między pielęgniarką a pacjentem pozwalają na wczesne rozpoznanie problemów dziecka i jego rodziców. Pobyt w izbie przyjęć wywala strach, lęk przed nieznanymi czynnościami medycznymi, bólem. Każdy pacjent potrzebuje wsparcia i profesjonalnej pomocy. To pielęgniarka towarzyszy dziecku od momentu rejestracji w izbie przyjęć do wypisu lub przeniesienia na oddział szpitalny.

Celem pracy było ukazanie problemów zdrowotnych, które są przyczyną zgłaszania się do pediatrycznej izby przyjęć oraz charakterystyka pracy pielęgniarki w aspekcie realizacji funkcji zawodowych na rzecz dziecka i jego rodziców/opiekunów.

12

Praca składa się z trzech rozdziałów. W rozdziale pierwszym przedstawiono Pediatryczną Izbę Przyjęć i Szpitalny Oddział Ratunkowy – ich topografię, wyposażenie i pracujący tam personel medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem personelu pielęgniarskiego. Rozdział drugi ukazuje przypadki chorobowe, które są przyczyną zgłaszalności się pacjentów do izby przyjęć. Rozdział trzeci zawiera omówienie szczegółowych zadań pielęgniarki w opiece nad dzieckiem w izbie przyjęć.

Praca została napisana w oparciu o literaturę przedmiotu: podręczniki, artykuły z naukowych czasopism lekarskich i pielęgniarskich i psychopedagogicznych.

Krytyczna analiza tekstu oraz obserwacja uczestnicząca pozwoliła na znalezienie obszarów problemów w izbie przyjęć.

Źródło: opracowanie własne

1.7. Rozdziały

Podstawową jednostką składową pracy licencjackiej jest rozdział. Strukturę rozdziału tworzą podrozdziały, podpunkty i akapity. Rozdziały zawsze należy zaczynać od nowej strony. Podrozdziały, punkty pisze się na kolejnych stronach w tzw. tekście ciągłym. Tekst ciągły dzieli się na akapity. Na stronie maszynopisu zawiera średnio około 30 wierszy i powinien być on dzielony na 2-3 akapity. Dobry akapit stanowi odrębną całość, jest jednostką myśli. Szczególną uwagę trzeba poświęcić akapitom zaczynającym i kończącym rozdziały. Nieumieszczenie tych akapitów powoduje, że teksty rozdziałów są „niedomknięte”, pozbawione konkluzji [1,16,21,22].

W tekście pracy można zastosować także pogrubienia. W ten sposób tekst zostaje podzielony na kilka „podtekstów”. Znacznie to ułatwia czytanie i zaznajamianie się z poszczególnymi rozdziałami. Sprzyja przede wszystkim tzw. czytaniu orientacyjnemu [1].

Tytuły rozdziałów i podrozdziałów numeruje się cyframi arabskimi. Tytuły rozdziałów pisze się wielkimi literami a podrozdziałów małymi i pogrubionymi. Rozplanowanie rozdziałów powinno odbywać się na zasadzie zachowywania ciągu wątku, stąd każdy rozdział powinien implikować następny. Należy również zwrócić uwagę na zachowanie proporcji pomiędzy poszczególnymi rozdziałami pracy, podrozdziałami a nawet punktami. Układ tekstu powinien być logiczny i poprawny pod względem naukowym i badawczym. Dane zagadnienie należy przedstawić raz w sposób logiczny i całościowy. Objętość rozdziałów powinna być mniej więcej równa. Podrozdziały można oddzielać od rozdziałów przy pomocy dwóch linii [1,5,9].

13

1.7.1. Rozdział pierwszy

Rozdział pierwszy przeznacza się na analizę piśmiennictwa. Jest on tzw. literaturowym fragmentem pracy. W pracach poglądowych jest zasadniczym źródłem informacji. W pracach badawczych i kazuistycznych jest punktem wyjścia. Umożliwia sformułowanie problemu, określenie jego zakresu, dobór metod badawczych.

Rozdział ten może być on różnie nazwany, np. DZIECKO KRZYWDZONE – ROZWAŻANIA TEORETYCZNE, TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ.

Analiza piśmiennictwa powinna wyjaśniać pojęcia, definicje, konstrukty teoretyczne odnoszące się do tytułu i tematyki pracy. Poszukiwanie piśmiennictwa należy rozpocząć od encyklopedii, monografii, podręczników i innych ważnych z danej dziedziny dzieł. Następnie należy przejść do czasopism naukowych i zawartych w nich artykułów naukowych oraz doniesień pokonferencyjnych. Należy korzystać z książek najbardziej j współczesnych i w

najnowszym wydaniu. Zestawiając literaturę, zwykle znajduje się wiele definicji tego samego pojęcia. Zadaniem piszącego jest wówczas ich porównanie, znalezienie podobieństw, różnic, które pozwolą na zbiorcze ujęcie i scharakteryzowanie badanego pojęcia. Można to ująć tak: „Według X problem zdrowotny to...”. Natomiast Y zwraca uwagę na...”. Na końcu podrozdziału podaje się zazwyczaj definicję, która będzie

wykorzystana w pracy [12,23].

Teksty artykułów naukowych czerpie się z bazy czasopism elektronicznych (bazę taką zawiera każda biblioteka naukowa i uczelniana) lub z czasopism elektronicznych udostępniających pełne teksty artykułów w Internecie w plikach PDF. Proces wyszukiwania informacji w elektronicznej bazie danych ułatwiają słowa kluczowe.

1.7.2. Rozdział drugi

Rozdział drugi to metodologia badań własnych. Może przyjmować nazwę METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ (w pracy empirycznej) Obejmuje takie podrozdziały jak: cel badań, problemy badawcze, charakterystykę badanej grupy, organizację

iprzebieg badania, metodykę badań oraz analizę statystyczną.

Cele badań mogą być sformułowane w następujący sposób: „Identyfikacja uczniów z oznakami przemocy- udział pielęgniarki szkolnej”, „Analiza przyczyn i następstw bólu w przebiegu choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży”, „Zbadanie postaw rodziców wobec dziecka przewlekle chorego”, „Opracowanie programu edukacji pacjenta z nadciśnieniem tętniczym”, itp.

14

Problemy badawcze mogą być sformułowane następująco: „Czy poziom natężenia bólu koreluje z miejscem jego występowania?”, „Jaki wpływ na środowisko rodzinne ma choroba przewlekła dziecka?”, „Jaka jest częstość zachorowań studentów na choroby górnych dróg oddechowych?”.

Charakteryzując grupę badaną należy uwzględnić: Kto był badany? (kto brał udział w badaniach?), Ile było badanych osób?, W jaki sposób je dobrano? (kryteria doboru). Podaje się ogólną liczbę badanych i liczbę osób w poszczególnych podgrupach.

W kolejnym akapicie podaje się czas, miejsce i zakres badań, kryteria doboru do badań, określa się warunki jakim musiały odpowiadać badane osoby, grupy, opisuje się warunki w jakich je przeprowadzono oraz liczbę przebadanych osób. Przedstawia się dobór metod i technik badawczych oraz narzędzie(a) badawcze. Zebrany i pogrupowany materiał poddaje się analizie statystycznej w celu dokonania pełnej charakterystyki interesujących badacza zjawisk.

1.7.3. Rozdział trzeci

Rozdział ten zawiera wyniki badań własnych, np. z kwestionariusza ankiety, kwestionariusza wywiadu, obserwacji, pomiarów, arkusza do zgromadzenia danych itp. Wyniki muszą dotyczyć głównego problemu i być zaprezentowane w jednym lub kilku podrozdziałach. Ich układ zależy od zebranego materiału i przyjętego sposobu prezentacji. Nie podaje się wyników badań poszczególnych osób badanych, z wyjątkiem sytuacji, kiedy badaną była tylko jedna lub kilka osób. Prezentacja danych powinna być jasna i ekonomiczna. W badaniach ilościowych wyniki prezentuje się w tabelach i wykresach.

Zwykle tabele i wykresy zastępują tekst i nie jest celowym powtarzanie tych samych danych w tekście. Należy jedynie zaakcentować wyniki z tabel i wykresów pod kątem prowadzonych analiz, zwracając uwagę na konsensus (jednomyślność) między tekstem a tabelą lub wykresem. Tabele i wykresy nie powinny być liczne, za to syntetyczne i zwarte. [5,8,15,18,21]. Zaleca się podawanie wyników przynajmniej w postaci statystyki opisowej-dotyczy pracy licencjackiej.

W pracy kazuistycznej powinien zawierać takie podrozdziały jak: plan opieki pielęgniarskiej obejmujące rozpoznanie problemów zdrowotnych pacjenta, cel podjętych działań, opis realizacji działań opiekuńczych (interwencji pielęgniarskich) uzasadnienie ocenę (ewaluację) działań pielęgniarskich [7,25].

15

1.8.Dyskusja

W pracy dyplomowej dyskusja stanowi podsumowanie pracy i interpretację wyników. Poprawnie napisana dyskusja zwiększa wartość pracy. (Niestety, dla wielu studentów piszących pracę licencjacką jest bardzo trudną do napisania i rezygnują z tej części pracy na

rzecz podsumowania). Dyskusja wymaga bowiem bardzo dobrej znajomości piśmiennictwa, umiejętności łączenia faktów. Badacz podejmuje polemikę, porównując, zestawiając dane uzyskane z badań własnych z wynikami innych autorów. W dyskusji ponadto należy stwierdzić, w jakim stopniu wyniki własne są zgodne lub nie z wynikami innych badaczy; jakie są różnice. Dyskusja jest zawsze dowodem samokrytycyzmu i twórczej, naukowej wyobraźni. W rozdziale tym należy odpowiedzieć na następujące pytania: (1) Co nowego wniesiono do istniejącej wiedzy? (2) W jaki sposób przeprowadzone badania pomogły w rozwiązaniu pierwotnego problemu? (3) Jakie wnioski i implikacje praktyczne wynikają z badań? (4) Czy warto/należy podobne badania planować w przyszłości? [12,16].

1.9.Wnioski/ Zakończenie

Wnioski wyprowadza się w pracy badawczej. Powinny być przedstawione (sformułowane) w kilku (3- 5) punktach i muszą nawiązywać do uzyskanych wyników. Może poprzedzać je odpowiednie omówienie, sumujące całą pracę. Nie są wnioskami objaśnienia, postulaty,

zestawienia statystyczne.

W pracy dyplomowej, szczególnie jeśli ma ona charakter pracy poglądowej lub studium przypadku (praca opisowa) stosuje się zakończenie. Powinno ono stanowić potwierdzenie osiągnięcia celu podanego we wstępie, syntezę całej pracy. Można w nim dokonać skrótowej oceny stosowanych metod badawczych, podać informacje o zagadnieniach, których w pracy nie zbadano, a także wskazać co w przyszłości należałoby poddać badaniu [5,12].

1.10.Streszczenie

Stanowi zwięzłe ujęcie zawartości pracy, celu, treści i wyników. W pracy licencjackiej powinno zawierać ok. 250 - 500 słów i zmieścić się na jednej stronie (przy zachowaniu takiej samej wielkości czcionki i interlinii jak w całej pracy). Powinno być tak napisane, aby mogło zaistnieć jako samodzielny tekst i być zrozumiałe również dla osób nie znających dokładnie danego zagadnienia. Struktura streszczenia obejmuje: tytuł pracy, wstęp, materiał (pacjenci) i

16

metodę, wyniki badań i słowa kluczowe. W streszczeniu nie zamieszcza się cytatów, tabel,

rycin czy skrótów.

Pisanie streszczenia na zakończenie pierwszej wersji pracy, ma ułatwić studentowi

zrozumienie, tego co on napisał. Ostateczna wersja streszczenia konieczna jest do umieszczenia w systemie APD (Archiwum Prac Dyplomowych). Przydatna jest także do obrony pracy (do autoreferatu) oraz np. przy staraniu się o pracę. Opowiedzenie w sposób zwięzły i jasny o swojej pracy robi korzystne wrażenie na potencjalnym pracodawcy.

Streszczenie w pracy badawczej powinno zawierać: opis problemu, który służył jako punkt wyjścia do badań, informację o osobach badanych (ile osób, kim były te osoby, wiek, płeć). W kolejnych zdaniach (dwóch, trzech) opisuje się podejście metodologiczne, sposób zbierania danych, pełne nazwy np. testów. Następne zdanie/zdania to informacja o wynikach. Na koniec podaje się wnioski i implikacje teoretyczne lub praktyczne lub możliwe zastosowanie otrzymanych wyników. Zwykle streszczenie umieszcza się na końcu pracy, choć może być umieszczone na początku, po wstępie [2,12,14].

1.11. Tabele, wykresy

Tabelą nazywa się opisane informacje liczbowe uzyskane w wyniku porządkowania, grupowania i zliczania zgromadzonego materiału statystycznego ujęte w ramki. Każda tabela musi mieć swój własny numer porządkowy. Stosuje się numerację ciągłą, tzn. tabele kolejnego rozdziału nie mogą być numerowane od początku. Tytuł tabeli powinien być możliwie krótki i umieszczony nad nią samą. Pod tabelą podaje się źródło danych [22].

Tabela składa się z tytułu – podanego zwięzle i jasno, z rubryki z danymi, tj. z wierszy (w poziomie) i kolumn (w pionie). Wszystkie pola (kratki) tabeli powstające z przecięcia się wierszy i kolumn muszą być wypełnione liczbami lub znakami umownymi. Tabele proste opisują badaną zbiorowość lub badane zjawisko według jednej cechy – np. według płci. Tabele złożone opisują badaną zbiorowość lub badane zjawisko według kilku cech [15,21].

Nie powinno się przenosić tabeli na stronę następną. Jeśli taka konieczność występuje, to nad przeniesioną częścią należy powtórzyć numer tabeli (bez tytułu), z zaznaczeniem w nawiasie cd. oraz numery rubryk lub w przypadku większej liczby rubryk – główki tabeli. Jeśli w pracy występuje powyżej dziesięć tabel, należy na końcu pracy zamieścić spis tabel. W ten sposób tabele przybierają postać załączników.

Przykład 1.

Tabela 1. Rozkład badanych grup ze względu na płeć.

Płeć
 Grupa I
 Grupa II

N = 28

N = 19

męska

21

9

żeńska

7

10

Źródło: opracowanie własne

W tabeli złożonej może być ujętych kilka cech (szeregów statystycznych). W praktyce umieszcza się nie więcej niż 4 cechy. Umieszczenie zbyt wielu zmiennych powoduje, że stają się one nieczytelne, mało przejrzyste. Tabele powinny spełniać zasadę samoobjaśnialności, co oznacza, że zarówno tytuł tabeli, jak i treść nagłówek powinny tak informować, aby można było zrozumieć na tej podstawie cały sens [12,15]. Przykład 2.

Tabela 2. Liczba dzieci (procent) w poszczególnych zakresach wartości centylowych (c)

masy i wysokości ciała oraz obwodu głowy

Wskaźnik

Masa ciała

Wysokość/długość

Obwód głowy

somatyczny

ciała

Wartości centylowe

<10c

10-90c

>90c

<10c

10-90c

>90c

<10c

10-90c

>90c

Liczba dzieci (%)

31(24)

93(71)

6 (5)

37(29)

89(69)

4 (3)

28(21)

97(75)

5 (4)

Źródło: Problemy zdrowotne dzieci z ciąż wielopłodowych – obserwacje własne. *Pediatrics Polska*, t.82, nr 12 2007.

Dane z tabeli powinny służyć do przeprowadzenia tzw. przedmiotowej analizy danych, np. „Jak wynika z danych zawartych w tabeli 3 stwierdzono, że masa ciała 93 (73%) pacjentów znajdowała się w granicach szerokiej normy lekarskiej, tj. między 10 a 90 centylem, natomiast wysokość ciała w takim samym zakresie miało 89 (69,5%) wieloraczków. Zwraca uwagę to, że prawie ¼ badanych dzieci (24%) charakteryzuje się jednocześnie masą i wysokością ciała poniżej 10 centyla, czyli opóźnieniem rozwoju somatycznego. Zaburzenia stanu odżywiania pod postacią niedoboru masy ciała (rozbieżność dwóch lub więcej kanałów centylowych) rozpoznano u 5/130 (4%) pacjentów, natomiast otyłość u podobnego odsetka 6/130 (5%). Wartości obwodu głowy mieszczą się w granicach prawidłowych u 97/130 dzieci z ciąż wielopłodowych, obwód głowy poniżej 10 centyla prezentuje 28/130, czyli 21% dzieci” [4].

Wszystkie tabele zamieszczone w pracy powinny mieć jednolitą budowę. Oznacza to, że każda z nich powinna mieć: numerację umieszczoną w tym samym miejscu, tytuł tabeli

18

podany w sposób zwięzły, główkę, bok, rubryki z danymi oraz źródło, na podstawie którego ją opracowano [5,15].

Wykresy (ryciny) obok tabel są równorzędnym sposobem przedstawienia danych. Podają informacje w sposób bardziej syntetyczny i dają możliwość uwzględnienia tego, co jest najważniejsze w analizie danych. Składają się z tytułu, pola wykresu, skali, legendy i źródła.

Tytuł wykresu powinien w sposób zwięzły i jednocześnie komunikatywny określać to, co zawiera zakresie rzeczowym, przestrzennymi i czasowym. Wykresy w pracach naukowych podpisywane są na dole. Pole wykresu przedstawia graficzny obraz prezentowanej cechy. Jest to najważniejsza jego część. Proporcjonalność wykresu gwarantuje skala. Najczęściej stosuje się wykresy liniowe i powierzchniowe (różne figury płaskie). Legendę wykresu czyli tekst objaśniający umieszcza się pod wykresem lub w polu wykresu. Do wykresów zalicza się także schematy klasyfikacyjne i organizacyjne.

Każdy wykres należy podobnie jak tabelę zaopatrzyć w kolejny numer. Numeracja jest ciągła i arabska (wykresy z kolejnego rozdziału nie mogą być numerowane od początku). Spis wykresów umieszcza się na końcu pracy z podaniem strony, na której się znajdują [5,9,21].

1.12. Aneks

Aneks jest wyodrębnioną częścią pracy. Załączniki tworzące aneks obejmują wykorzystane narzędzia badawcze. Załącznikami są np. kwestionariusze ankiety, schematy wywiadów, rysunki, wyliczenia, fotografie, regulaminy, zarządzenia itp. Każdy załącznik należy ponumerować oddzielnie (numerem arabskim), nadać mu tytuł i sporządzić ich spis [5,15,16].

Podsumowanie rozdziału pierwszego

Praca licencjacka przybiera postać maszynopisu oprawionego w sztywne lub półsztywne okładki. Ponieważ pracownicy naukowcy każdej uczelni mają zbiory różnych prac dyplomowych (licencjackich, magisterskich) to napisanie na okładce pracy, że jest to Praca licencjacka, ułatwia jej archiwizowanie i późniejsze ewentualne jej odszukanie. Ostateczną korektę pracy i druku wykonuje sam autor i za wszystko co jest związane z pracą, odpowiada on jednoosobowo [15].

Każda praca dyplomowa jest oceniana przez promotora i recenzenta. Kryteriami oceny pracy są: zgodność treści pracy z tematem, ocena układu pracy, podziału treści, kolejności rozdziałów, merytoryczna ocena pracy: czy i w jakim zakresie praca stanowi nowe ujęcie problemu, charakterystyka doboru metod, charakterystyka doboru i wykorzystania źródeł. Dokonuje się także oceny formalnej strony pracy (poprawność językowa, opanowanie techniki pisania pracy, piśmiennictwo), możliwość wykorzystania pracy w praktyce zawodowej [15,21].

Prace dyplomowe stanowią część dorobku naukowego szkoły wyższej. Służą upowszechnieniu wiedzy przez udostępnienie młodszym studentom. Mogą być także służyć jako materiał do opracowania artykułów naukowych lub popularno- naukowych oraz wykorzystania do szeroko rozumianej praktyki pielęgniarskiej.

20

2. MATERIAŁY DO PRACY LICENCJACKIEJ

2.1. Piśmiennictwo

Każda praca musi zawierać wykaz piśmiennictwa. Jest to uporządkowany spis (lista, zestawienie) książek, czasopism, druków i dokumentów cytowanych przez autora, umieszczony na końcu pracy (po tekście głównym i zakończeniu).

Wykaz piśmiennictwa powinien zawierać wszystkie pozycje, z których autor korzystał przy pisaniu pracy i obejmować w pracy licencjackiej co najmniej ich 15. Należy w miarę możliwości dążyć do wykorzystywania najnowszych wydań każdej pozycji [12,15,22].

2.1.1. Druki zwarte

Wydawnictwa, które stanowią zamkniętą całość pod względem wydawniczo- drukarskim, nazywa się

drukami zwartymi. Do nich zalicza się książki. (Przez książkę rozumie się druk, którego objętość wynosi ponad trzy arkusze drukarskie, czyli więcej niż 49 stron. Wszystkie mniejsze nazywa się broszurami). Książkami są podręczniki akademickie, prace monograficzne oraz materiały pokonferencyjne. Informacje podawane w książkach są dla przygotowujących pracę dyplomową dokumentami źródłowymi które zaznajamiają z problematyką pracy. Dane do opisu książki należy przejmować z głównej karty tytułowej książki, w dalszej kolejności z karty przedtytułowej, metryki książki i okładki. [15].

2.1.2. Czasopisma

Podstawowym źródłem informacji naukowej są czasopisma naukowe. Wyróżniają się one tym, że posiadają Radę Naukową, która odpowiada za wartość publikowanych artykułów podlegających naukowej recenzji [12]. Jeśli chodzi o artykuły, to dane są dostępne w nagłówku artykułu. Każda pozycja w spisie literatury musi zawierać: nazwisko i inicjał imienia autora tytuł pracy, nazwę: wydawnictwa/ czasopisma/adresu http, rok publikacji i numer oraz w przypadku czasopism strony. Przy większej liczbie współautorów, po nazwisku i inicjale imienia trzech pierwszych autorów, powinien pojawić zwrot: „i inni”, a w pozycjach anglojęzycznych: „et al.”.

Obecne na rynku wydawniczym czasopisma pielęgniarские o charakterze naukowym to:

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne (siedziba redakcji – Bydgoszcz, Wydawnictwo

21

Termedia), Pielęgniarstwo XXI wieku (siedziba redakcji Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), Problemy Pielęgniarstwa (czasopismo Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, siedziba redakcji - Gdańsk, Wydawnictwo Medyczne Via Medica).

Czasopisma stanowią forum wymiany informacji środowiska akademickiego i ochrony

zdrowia zajmujących się zdrowiem, chorobą, niepełnosprawnością człowieka w obszarze pielęgniarstwa, położnictwa, medycyny, a także nauk humanistycznych, zarówno pracowników akademickich, jak i studentów oraz praktyków. Wymienione czasopisma są indeksowane przez tzw. Index Copernicus oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Oprócz wyżej wymienionych czasopism wydawane są czasopisma naukowe podejmujące tematykę ważną i niezwykle przydatną dla pielęgniarek, a mianowicie: Medycyna Praktyczna Pediatria, Medycyna Praktyczna Chirurgia, Medycyna po Dyplomie, Nowiny Lekarskie, Współczesna Onkologia, Zdrowie Publiczne, Zakażenia i wiele innych związanych ze specjalnościami klinicznymi. Każde z nich publikuje prace oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, streszczenia ze zjazdów i konferencji, listy do redakcji.

2.1.3. Katalogi

Katalogiem bibliotecznym nazywa się uporządkowany wykaz zbioru książek, czasopism i innych dokumentów, złożony według ustalonego porządku i opisu [21]. Poszukiwanie literatury zaczyna się od nieprzypadkowego, a więc celowego przeglądania i stopniowego poznawania zawartości biografii, katalogów, książek,

monografii, czasopism, materiałów pokonferencyjnych. Obecnie w dobie Internetu, pierwszym krokiem jest wybór słów kluczowych i skorzystanie z informacji, indeksów, np. Polska Biografia Lekarska, MEDLINE, EMBASE, PubMed. Dostęp do pełnych tekstów artykułów naukowych zapewniają repozytoria lub/i czasopisma elektroniczne udostępniające teksty w plikach PDF.

Należy wprowadzić do okienka internetowej witryny np. PubMed dwa słowa: nursing i jakieś dodatkowe hasło określające swoje własne zainteresowania, np. pain. Automat wskaże dziesiątki a nawet setki prac dotyczące danego tematu.

Studiowanie literatury jest procesem ciągłym, ustaje dopiero po uznaniu autora danej wersji pracy za ostateczną. W tym miejscu staje się zrozumiała umiejętność czytania artykułów, analizowania i krytycznego oceniania i selekcjonowania piśmiennictwa.

22

2.1.4. Przypisy

W pracy dyplomowej z nauk medycznych stosuje się obecnie zasadę odwoływania do literatury przez podawanie w tekście głównym w nawiasach kwadratowych lub okrągłych numeru pozycji z wykazu literatury zamieszczonego na końcu pracy.

Do pracy dyplomowej należy wykorzystywać prace najnowsze, nie starsze niż 10 lat, chyba że wobec braku aktualnych doniesień konieczne jest wykorzystanie starszych źródeł publikacji.

Technicznie polega to na przypisaniu każdej pozycji wykorzystanej w pracy licencjackiej kolejnego numeru w tym miejscu w tekście, w którym autor powołał się po raz pierwszy. W nawiasie stosuje się cyfry arabskie. Np. „Zasadniczym elementem procesu pielęgnowania jest diagnoza pielęgniarstwa, stanowiąca ocenę aktualnych i potencjalnych problemów związanych ze zdrowiem i reakcji człowieka na te problemy. Rozpoznanie pielęgniarstwa to podstawa do planowania i podejmowania skutecznych działań pielęgniarstwa (7)”. Cyfra (7) oznacza, że w spisie piśmiennictwa pod tym numerem zapisany jest odpowiedni tytuł dzieła danego autora.

Spis literatury cytowanej musi zawierać dokładne dane na temat wszystkich źródeł, do których autor odwołuje się w tekście. Nie może zawierać źródeł, których nie ma w pracy, niedopuszczalne są także nieścisłości między tekstem a spisem, dotyczące np. nazwisk, dat. Lista wykorzystanego piśmiennictwa musi być uporządkowana alfabetycznie wg nazwisk autorów [5,15,22].

2.2. Opis pozycji w piśmiennictwie

Dokumenty i materiały obejmują: akty prawne, ustawy, mapy, opracowania instytucji, normy, regulaminy. Podaje się w kolejności: tytuł dokumentu, autora lub nazwę instytucji, miejsce i data wydania. Dziennik Ustaw, Monitor Polski, Dziennik Urzędowy Ministerstwa - numer i rok. Odnośnie materiałów statystycznych trzeba podać, z jakiego roku jest rocznik statystyczny, tytuł tablicy i strona; ta sama zasada obowiązuje w przypadku cytowania danych liczbowych z roczników organizacji międzynarodowych, IMF, WB itp. Przykład opisu aktu prawnego.

Uchwała SN z 27 kwietnia 2005 r. II UZP 1/05 (OSNP z 2005r., Nr 14, poz. 213). Rocznik statystyczny 1999, GUS, Warszawa 2000.

23

Opracowania książkowe Podaje się: nazwisko autora, inicjał imienia, w przypadku pracy zbiorowej, po nazwisku i pierwszej litery imienia redaktora naczelnego wpisuje się (red.) pełny tytuł książki, wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania. Przykład opisu książki.

Jeziorski A. (red.) Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2006.

Przykład opisu rozdziału w książce.

Martyniak J., Roterman –Konieczna I. Przystępujemy do analizy statystycznej. [W]: Stanisław A. (red): Biostatystyka. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy. Wydawnictwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2005.

Przykład opisu książki elektronicznej.

Kopaliński W. Wielki multimedialny słownik Władysława Kopalińskiego [CD-ROM].

Wersja 1. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 2000.

Artykuły Opisując artykuł trzeba wziąć jego tytuł z danego czasopisma, w którym jest on zawarty. Do zasadniczych elementów opisu należą: nazwisko autora, inicjał imienia, tytuł artykułu, opis wydawnictwa oraz numery stron na którym on jest zawarty (pierwsza i ostatnia strona cytowanego artykułu). W opisie wydawnictwa należy podać tytuł czasopisma, rok jego wydania, numer tomu lub numer zeszytu.

Przykład opisu artykułu.

Flakus J. Diagnoza pielęgniarska w poradni leczenia bólu. Ból. 11/2005: 7 -12.

Klich D., Golusiński W., Pawlaczyk B. Wpływ palenia tytoniu i spożywania alkoholu na występowanie nowotworów głowy i szyi. Nowiny Lekarskie 2005, 74, 2: 1341 – 136.

Astradsson E., Granath L., Heedman A. et al. Cancer patients hospitalized for palliative reasons. Symptoms and needs presented at a university hospital. Support Care Cancer

2001, 9: 97 -102.

Przykład opisu artykułu w wersji elektronicznej.

ELSEVIER [online 10 August 2004]. Norberg A. L., Lindblad F., Boman K.: Coping

strategies in parents of children cancer. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE 60 2005: 965 – 975. [dostęp 15 marca 2008].

Prace nie publikowane Opis prac nie publikowanych należy zaczerpnąć, ze strony tytułowej lub nagłówka opisywanej pracy. Następnie należy podać: nazwisko i imię, autora, rodzaj pracy, np. praca doktorska, nazwę instytucji, w której praca została wykonana oraz jej siedzibę, rok opracowania i technikę wykonania pracy, tzn. rękopis, maszynopis [12,21,23].

24

2.3.Cytaty

W pracy dyplomowej przytacza się sformułowania wypowiedziane przez innych autorów. Wierne i dosłowne przytoczenie cudzych słów nazywa się cytatem. Z punktu widzenia treści pracy, jest to „tekst w tekście”, wymagający wyróżnienia.

Po pierwsze – konieczne jest powołanie się na źródło, z którego cytat pochodzi. Powoływanie się na nie powinno zawierać wszystkie informacje biograficzne, czyli podstawowe elementy identyfikacyjne dokumentu, z którego cytat zaczerpnięto. (Zaczerpnięcie cudzych sformułowań dosłownie, bez ujęcia tych słów w cudzysłowie i bez odwołania się do publikacji, z których je zaczerpnięto, jest niedozwolone i nazywa się plagiatem) [12,16,21,23].

Po drugie – do cytatów można wprowadzać wyrazy lub zwroty własne, należy je jednak wyraźnie zaznaczyć w postaci nawiasów kwadratowych np.: „ W nowoczesnej edukacji [zdrowotnej] eksponuje się pozytywne aspekty zdrowia [psychicznego i fizycznego] oraz korzyści wynikające z terapii. Pacjenta uczy się bycia zdrowym a nie chorym”. Teksty cytowanego fragmentu można także skracać. Skrócenie cytatu przez opuszczenie jego fragmentu zaznacza się za pomocą trzech kropek umieszczonych w nawiasach kwadratowych

[21].Opuszczenie początkowej lub końcowej części cytatu oznacza się trzema kropkami bez nawiasów, np. „Pielęgnowanie [...] to również oddziaływanie wychowawcze i edukacyjne.

Polega na przekazywaniu wiedzy o zdrowiu, motywowaniu pacjenta do prozdrowotnych zachowań”.

2.4.Czytanie tekstu naukowego

Analizę wybranego artykułu naukowego należy zaczynać od streszczenia, w którym zawarte są: wyjaśnienie celu badań, krótki opis przeprowadzonego badania, dane o zastosowanej metodzie, dane o liczebności grupy

badanej, najistotniejsze wyniki oraz słowa kluczowe, adres do korespondencji, który umożliwi kontakt z autorem/autorami, kiedy zaistnieje taka potrzeba, np w celu otrzymania narzędzi badawczych, które nie były wcześniej publikowane. Dodatkowymi kryteriami oceny publikacji są: dokładność pomiarów, czas prowadzenia badań, wykorzystanie metod statystycznych.

Czytanie tekstu naukowego przebiega w dwóch etapach: czytanie szybkie i czytanie analityczne. Celem szybkiego czytania artykułu naukowego lub książki jest wyszukanie oraz zaznaczenie istotnych szczegółów tekstu. Szybkie czytanie oszczędza czas, wyrabia

25

umiejętność selekcji materiału oraz zdolność do krytycznej oceny przeczytanego tekstu. Czytanie analityczne powinno dotyczyć tylko tej części tekstu (lub jego fragmentu), która została zaznaczona jak istotna podczas czytania szybkiego. Tempo czytania zależy od stopnia trudności czytanego materiału, w tym stopnia nowości oraz od tego czy tekst jest materiałem teoretycznym, abstrakcyjnym czy konkretnym [14,21]. Ksero artykułów, fragmentów książek należy wpiąć do segregatora lub skoroszytu. Uporządkowane według określonego układu, np. wg nazwisk, wg kryteriów merytorycznych tworzą kartotekę bibliografii opracowanego tematu.

2.5. Styl i poprawność języka

Praca dyplomowa powinna być napisana językiem prostym, tak prostym, jak to możliwe, ale nie prostszym - zgodnie z myślą Alberta Einsteina. Należy unikać zbyt długich zdań, jak i zbyt krótkich. Nie należy nadużywać wyrazów obcych, jeżeli istnieją ich polskie co najmniej równoważniki. Niedopuszczalne są zwroty używane w języku potocznym [6,14].

Praca licencjacka ma charakter kompilacyjny i nie można ograniczać się wyłącznie do cytowania fragmentów tekstów źródłowych. Kompilacja to proces przetwórczo – adaptacyjny. Pozwala na stworzenie nowej jakości, nowej perspektywy, nowej wiedzy. Blisko kompilacji jest parafrazowanie. Polega ono na tym, że przeczytany, przestudiowany tekst rozdziału książki, artykułu przereparowuje się, opisując własnymi słowami. Nie jest to wcale łatwym zadaniem. Wymaga zrozumienia oryginalnego tekstu i umiejętności ujęcia tych myśli innymi słowami. Kompilując, parafrazując należy dać odsyłacz (nr w nawiasie) i umieścić w piśmiennictwie. Nie wolno parafrazować nazw oryginalnych, nazw technicznych i naukowych.

2.6. Komisja Bioetyczna

Na podłożu nauk biologiczno- medycznych i etyki ogólnej powstała bioetyka, która rozpatruje problemy etyczne -moralne działań związanych ze zdrowiem i chorobą, zasady oraz powinności moralne pracowników ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów, rehabilitantów, psychologów dietetyków) w odniesieniu do problemów zdrowia i choroby oraz relacji (tu) pielęgniarka – pacjent.

Komisja Bioetyczna jest organem, który opiniuje i kontroluje badania kliniczne [12]. Prowadzenie przez kliniki i zakłady opieki zdrowotnej eksperymentów medycznych i badań

naukowych, których przedmiotem jest człowiek wymaga każdorazowo zgody Komisji Bioetycznej.

W skład Komisji Bioetycznej, której liczba członków oscyluje między 11 a 15 osób, wchodzi lekarze specjaliści a także prawnik, farmaceuta, pielęgniarka, duchowny. Kadencja Komisji wynosi 3 lata.

Do Komisji Bioetycznej składa się wniosek, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 21 Rektora UMK z dnia 4 marca 2009 r. i dotyczący zgody na prowadzenie eksperymentów medycznych i badań naukowych. Wypełniony, zgodnie z wymogami Komisji Bioetycznej, wniosek winien być przekazany do sekretariatu Komisji.

Siedzibą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy jest Katedra Medycyny Sądowej przy ul. M. Skłodowskiej – Curie 9. Na rozpatrzenie wniosku Komisja Bioetyczna ma 30 - 60 dni. Posiedzenia Komisji odbywają się jeden raz w miesiącu. Ponieważ wniosek przed posiedzeniem musi być szczegółowo przeanalizowany i zrecenzowany, złożenie go do sekretariatu Komisji winno mieć miejsce nie później, jak na 14 dni przed posiedzeniem.

Komisja Bioetyczna rozpatruje wnioski i wydaje opinie o badaniach realizowanych w Uniwersytecie w ramach podstawowej działalności statutowej, badań własnych, projektów badawczych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (dawniej KBN), badań wykonywanych w ramach habilitacji, doktoratów, których przewody prowadzone są w Uniwersytecie oraz prac magisterskich, licencjackich lub prac wykonywanych w ramach Studenckiego Towarzystwa Naukowego - wnioskodawców projektu badania, którym jest pracownik naukowy lub student CM UMK..

Na przeprowadzenie badań trzeba także uzyskać pisemną zgodę dyrektora/kierownika. Osoba prowadząca badania jest zobowiązana do chronienia uzyskanych danych o pacjencie, rodzinie i respondencie przed dostępem osób niepowołanych. Każdy człowiek ma prawo do prywatności w odniesieniu do swoich myśli, poglądów, opinii, przeżyć, zachowań [12]. Dane uzyskane od pacjentów, należy tak przechowywać, aby niemożliwa była identyfikacja osób, od których pochodzą dane. Zasada dobrowolnej i świadomej zgody na uczestniczenie w badaniach powinna być w pełni przestrzegana. Zobowiązuje ona badacza do wyczerpującego poinformowania respondenta (pacjenta) o celu, przebiegu, metodzie, czasie planowanego badania, potencjalnym ryzyku i do udzielenia pełnych odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Badacz upowszechniając osiągnięcia badawcze, rzetelnie przedstawia wyniki, nie ukrywa niewygodnych rezultatów, jest obiektywny w ocenie własnych osiągnięć.

2.7.Prawo autorskie

Prace dyplomowe to utwory w rozumieniu prawa autorskiego. Prace te nie są wykonywane samodzielnie, bowiem w ich tworzeniu uczestniczy nie tylko autor, ale też promotor, będący pomysłodawcą tematu pracy, współautorem jej koncepcji, współuczestnikiem procesu tworzenia pracy i przede wszystkim jej kreatorem. W przypadku wykorzystania pracy dyplomowej jako podstawy do napisania innej pracy autorami tej nowej pracy są osoby, które wniosły twórczy wkład w jej powstanie. Należy jednak padać imię i nazwisko autora pracy pierwotnej i jej tytuł, a także uzyskać zgodę na wykorzystanie pracy. Zgoda ta powinna być wyrażona

pisemnie [21].

Autorzy prac dyplomowych muszą mieć także świadomość (i wiedzę), że przepisy prawa autorskiego nie tylko chronią ich dzieła, ale też obowiązują ich jako twórców. Z tego

względu w pracy dyplomowej należy poinformować o wykorzystanych źródłach opublikowanych, w przypadku zamieszczenia cytatów zadbać o to, aby nie naruszać kształtu dzieła nadanego mu przez twórcę, przy wykorzystaniu wyników badań innych autorów zamieścić o tym informacje w pracy, podawać źródła danych w przypisach lub w formie informacji zamieszczonej pod tabelami czy wykresami, taka aby osoba zainteresowana dotarciem do źródła mogła na ich podstawie zidentyfikować je i znaleźć [21].

W pracy dyplomowej koniecznym jest zachowanie właściwych proporcji między informacjami zaczerpniętymi z prac innych autorów a efektami własnej pracy jej autora. Korzystanie z twórczości innych autorów jest niezbędne, ale nie może dominować [12].

Praca dyplomowa to dzieło autorskie, na którego podstawie jego twórca ma ukończyć studia i uzyskać promocję, tj. uzyskanie dyplomu ukończenia studiów wyższych, musi więc przeważać twórczość jej autora. Chodzi przy tym nie tylko o formalną zgodność z prawem autorskim, ale też o to, by praca była faktycznie dziełem autorskim osoby, która się pod nią podpisała i będzie na jej podstawie oceniana.

2.8. Statystyczne opracowanie materiału

Statystyka jest nauką o metodach badania zbiorowości statystycznych, której cechy różnią się między sobą. W badaniach ilościowych, statystyka służy do liczbowego wyrażania zależności między zjawiskami, stopnia natężenia pewnych tendencji, wielkości badanych cech, które charakteryzują badaną zbiorowość lub zjawisko [18].

28

Badanie statystyczne da należyty wynik, tylko wtedy, gdy zostanie przeprowadzone na podstawie planu badania statystycznego, który określa

cel, np. ustalenie zależności między paleniem tytoniu a występowaniem nowotworów płuc,

badaną zbiorowość – np. grupa pacjentów poradni hematologicznej,

cechy będące przedmiotem badania.

Badanej jednostce statystycznej przypisywane są różne cechy jakościowe, określane jako niemierzalne, np. płeć, grupa krwi, wykształcenie, wykonywany zawód itp. lub cechy ilościowe, określane jako mierzalne, np. masa ciała, wysokość ciśnienia tętniczego krwi. Cechy mogą mieć charakter ciągły lub skokowy [5]. Cecha ciągła to taka zmienna, która może przyjmować dowolną wartość z określonego przedziału liczbowego, np. wysokość ciała, wysokość temperatury ciała. Cecha skokowa, to taka, która może przyjmować wartości ze zbioru skończonego lub przeliczalnego, np. liczba przypadków występowania jednostki chorobowej,

organizację zbierania danych – np. badania przeprowadzono w grupie 110 pacjentów będących pod opieką poradni hematologicznej w okresie od stycznia do maja 2013 r. Ankietowani wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu, w którym zastosowano standaryzowany kwestionariusz,

analizę statystyczną – wykrywanie prawidłowości w badanych zjawiskach oraz

interpretowanie ich za pomocą metod statystyki [18].

Wprowadzanie danych Punktem wyjścia do obliczeń statystycznych jest zawsze zgromadzony zbiór danych [5,18]. Wszystkie te informacje nazywa się wynikami pomiarów. Współcześnie, np. wypełnioną ankietę, wprowadza się do bazy danych w programie Excel. Wpisuje się w odpowiednich kolumnach odpowiednie kody bądź wartości wielkości mierzalnych. W pamięci komputera zestaw danych przyjmuje zawsze postać tabeli – układu składającego się z kolumn i wierszy. Każdy wiersz oznacza kolejnego pacjenta, kolumna natomiast zawiera odpowiedzi na konkretne pytanie pochodzące od pacjentów. Wprowadzane dane muszą być poddane kodyfikacji czyli ujednoczeniu. Działania te polegają na uporządkowaniu różnorodnych treściowo odpowiedzi według opracowanych przez badacza kategorii. Po opracowaniu klucza, np. płeć: 1 = mężczyzna, 2 = kobieta; „Częstość występowania objawów chorobowych”: 1 = często, 2 = czasami, 3 = nigdy. Excel, chociaż nie jest programem przeznaczonym sensu stricto do zastosowań statystycznych, to jednak jego możliwości w tym zakresie są bardzo duże.

29

W pracy licencjackiej, jeśli ma charakter pracy badawczej, wymagana jest znajomość statystyki opisowej i jej wykorzystanie do wnioskowania statystycznego. Badaną grupę w pracy licencjackiej charakteryzuje się przez procenty i statystykę opisową. W pracy magisterskiej wymagane są testy statystyczne, np rozkład t- Studenta, stosowany głównie do testowania małych prób, rozkład chi – kwadrat, test mający zastosowanie w przypadkach, gdy badane cechy są niemierzalne lub w przypadkach cech nie spełniających warunków testów parametrycznych.

Podstawowe charakterystyki prób to:

średnia arytmetyczna - wyraża miarę przeciętnego położenia badanej cechy. Stanowi sumę wartości wszystkich jednostek zbiorowości statystycznej, podzielona przez liczebności

tej zbiorowości,

odchylenie standardowe z próby (s) określa miarę przeciętnego odchylenia wyników od średniej arytmetycznej. Im większe jest skupieniem wyników wokół średniej, tym mniejsza jest wartość s.

rozstęp z próby wyznacza dwie skrajne wielkości badanej cechy w próbie, między,

którymi zawierają się pozostałe wyniki,

odsetki – w odsetkach określa się liczbę przypadków objętych daną kategorią przy założeniu, że liczebność grupy sumuje się do 100 [5,18].

Przykłady opisu statystycznego Poniżej przedstawiono przykład charakterystyki pewnej grupy pacjentów ze

względu na określoną cechę mierzalną, czyli taką którą można podać w postaci konkretnej wartości liczbowej.

Tabela 3. Wiek pacjentek z oddziału ginekologii przyjętych w trybie nagłym.

Tryb
n
średnia
minimum
maksimum
odch. stand
przyjęcia

Nagły
68
26
16
57
6,48

Źródło: opracowanie własne

Omówienie tabeli. Na oddział ginekologiczny zostało przyjętych 68 pacjentek z powodów nagłych, średni ich wiek wynosił 26 lat, przy odchyleniu standardowym 6,48. Najmłodsza pacjentka miała 16 lat, a najstarsza 57.

Inny przykład charakterystyki badanej grupy z pracy K. Kurowskiej i M. Zając: „Opiekun osoby chorej terminalnie jako podmiot troski terapeutów” (Praca zamieszczona w materiałach pokonferencyjnych wydanych w postaci monografii „W drodze do brzegu życia” t. IV, Białystok 2008. „... Badaną grupę stanowiło 81 opiekunów osób będących w

30

terminalnej fazie choroby nowotworowej. Średni wiek badanych opiekunów wynosił 48,4 lat. Najmłodszy

opiekun miał 20 lat, natomiast najstarszy 85 lat. Odchylenie standardowe równe było 14,5 roku, co oznacza, że badani reprezentowali grupę wiekową między 34 r.ż. a 62. Zdecydowana większość badanych członków rodzin opiekujących się osobą chorą terminalnie to kobiety – 63 osoby, co stanowi 77,77% badanej próby. Mężczyźni natomiast stanowili jej 22,22% i było ich osiemnastu. W związku z tym można powiedzieć, że opieka nad osobami w terminalnej fazie choroby nowotworowej jest domeną kobietami. Opiekunami pacjentów są najczęściej osoby przebywające na emeryturze -stanowią 30,86%, wiąże się to także z ich bardziej zaawansowanym wiekiem. Liczną grupę stanowiły osoby pracujące, bo aż 27,16%. Rencistami – opiekunami jest 16,04% badanych. Osoby o innym charakterze zatrudnienia stanowiły 5% badanej grupy” .

Tabela 4. Statystyki opisowe wsparcia społecznego opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej (N=81).

Rodzaj wsparcia

Średnia

Minimum

Maksimum

Odchylenie

Standardowe

Wsparcie wartościujące

18,0

13

24

2,0

Wsparcie emocjonalne

16,7

6

26

4,9

Wsparcie informacyjne

20,7

14

27

2,3

Wsparcie instrumentalne

19,0

14

27

1,7

Kolejna analiza pozwoliła na określenie poziomu doznawanego wsparcia. W tabeli 6 (w oryginale 2) zostały

porównane 4 typy wsparcia. W kwestionariuszu użytym w badaniach każdy typ wsparcia posiada taką samą skalę, w związku z czym można określić, jaki typ wsparcia dominuje u badanych, a jakiego doświadczają najmniej. Najwyższy poziom wsparcia otrzymują badani w zakresie wsparcia informacyjnego, nieco mniej instrumentalnego i wartościującego a najmniej emocjonalnego.

W pracy licencjackiej ponadto, można wykorzystać następującą metodę statystyczną:

korelację Pearsona.

Korelacja Paersona jest typem analizy stosowanej do badania zależności statystycznej zmiennych zależnych. Zależność statystyczna polega na tym że określonym wartościom jednej zmiennej odpowiadają ściśle określone średnie wartości drugiej zmiennej. Siłę korelacji określa współczynnik korelacji (r_p), który jest miarą zależności zmian jednego parametru ze zmianami drugiego. Wartości współczynnika korelacji mieszczą się w zakresie

31

od $r = -1.0$ (reprezentuje idealną korelację ujemną) do $r = +1.0$, która oznacza korelację idealnie dodatnią. Wartość $r = 0.0$ oznacza brak korelacji między zmiennymi Przyjmuje się następujące miary korelacji:

- $r_p = 0,0$ – brak korelacji
- $r_p < 0,3$ – korelacja słaba
- $r_p = 0,3 - 0,7$ – korelacja umiarkowana (średnia)
- $r_p > 0,7 - 1,0$ – korelacja silna
- $r_p = 1,0$ – korelacja ścisła [12].

Podkreśla się, że nie należy mówić, że korelacja w populacji między cechami nie istnieje, tylko, że na podstawie dokonanych pomiarów nie stwierdza się jej.

W zależności od badanych zjawisk w analizie wyników stosuje się odpowiednią metodę statystyczną. Zastosowanie wybranej metody powinno zawsze łączyć się z właściwą interpretacją wyników, co potwierdza jej zrozumienie. Metody statystyczne służą do porządkowania materiału, do jego opisu traktowanego jako przygotowanie do analizy jakościowej i wnioskowania. Także przedstawione powyżej podstawowe informacje na temat opisu statystycznego mają za zadanie ułatwić zrozumienie artykułów w piśmiennictwie naukowym.

Podsumowanie rozdziału drugiego

Piśmiennictwo to spis wykorzystanej w pracy literatury. Pozycje można przedstawić alfabetycznie lub z podziałem na: książki, artykuły, ustawy, strony internetowe (netografię). Przy czym każdy rozdział musi być rozłączny, wyczerpujący. Przypisy podaje się pod koniec strony lub pracy. Przedstawione sposoby tworzenia

piśmiennictwa są najczęściej stosowane. Oczywiście możliwe są modyfikacje, które modyfikuje na seminariach i konsultacjach promotor.

Piśmiennictwo nie zawsze jest ostatnią częścią pracy. Na końcu umieszcza się (co wynika z typu pracy) załączniki, które stanowią uzupełnienie lub dokumentację badań.

Istotą badań pielęgniarских, podobnie jak dyscyplin społeczno- humanistycznych, jest to, że badania te dotyczą bezpośrednio ludzi. Dlatego ochrona praw człowieka uczestniczącego w badaniach należy do naczelnej normy etycznej badacza. Uczelnie i ośrodki badawcze są zobowiązane do nadzoru nad planowanymi badaniami. Stąd powoływane są komisje bioetyczne do spraw badań naukowych.

32

3.PISANIE PRACY DYPLOMOWEJ 3.1.Seminarium dyplomowe

Seminarium dyplomowe to zajęcia dydaktyczne dla studentów starszych lat mające na celu

pogłębienie wiedzy z wybranej dziedziny. Prowadzi je nauczyciel akademicki z tytułem

naukowym profesora, stopniem naukowym doktora habilitowanego lub doktora. Osoba ta staje się jednocześnie promotorem pracy dyplomanta. Praca dyplomowa jest pracą kierowaną, tzn. jej zakres, cel i metody badawcze są uzgadnianie z promotorem. Uczestnictwo w seminariach dyplomowych jest dla studenta obowiązkowe [15,21].

3.1.1.Zadania

Zadaniem seminarium dyplomowego jest: praktyczne opanowanie podstawowych form pracy naukowej, tj. umiejętność czytania artykułów naukowych, selekcjonowania ich, ocenę ich przydatności do własnej pracy, przygotowanie piśmiennictwa; przysposobienie do udziału w badaniu naukowym, tj. zdefiniowanie problemów i celów, zbieranie materiałów, analizowanie i przetwarzanie materiałów, wyciąganie wniosków, przygotowanie do uczestnictwa w dyskusji naukowej, umiejętności formułowania własnych poglądów czy sformułowań, nauczenie się brania udziału w dyskusjach naukowych. Do obowiązków studenta należy przychodzenie na seminaria lub konsultacje wcześniej umówione z promotorem; być

przygotowanym na spotkanie z promotorem, np. sporządzając listę wykonywania wszystkich prac, korekt i badań poleconych przez promotora; poprawiania błędów zaznaczonych w pracy oraz oddawanie fragmentów lub całości pracy w wyznaczonych terminach.

Cennym uzupełnieniem seminariów są konsultacje. Spotkania indywidualne są okazją do wszechstronnego omówienia nurtujących problemów i wyjaśniania wszelkich wątpliwości [15,21].

3.1.2.Przebieg

Pierwsze spotkania promotor przeznacza na wyjaśnienie zasad pisania pracy dyplomowej, zasad pisania planu pracy, konspektu i ogólnego zarysu przyszłej pracy. Jeśli promotor nie określi sam częstotliwości spotkań, to można przyjąć, że na początku pisania pracy powinny one odbywać się co 2 tygodnie, w środkowym etapie pisania pracy co miesiąc i ponownie

33

przy kończeniu pracy co 2 tygodnie, a nawet co tydzień. Do zadań promotora należy min. przychodzenie na zajęcia w umówionym terminie; pomoc studentom w wyborze tematu pracy i metodologii; sprawdzanie pracy; oddawanie sprawdzonej pracy w umówionym terminie; omawianie błędów występujących w pracy, informowanie studenta o obronie pracy.

W trakcie każdego spotkania z promotorem należy notować możliwie wszystkie otrzymane wskazówki (pamięć zawodzi a emocje, nawet pozytywne, są niekiedy przeszkodą w zapamiętywaniu). Uwagi promotora dla studenta są obowiązujące [15,21,22].

Seminaria dyplomowe należą do najtrudniejszych zajęć dydaktycznych zarówno dla prowadzących je nauczycieli akademickich, jak i dla studentów. Należy jednocześnie zaznaczyć, że wszelkie obawy i zahamowania występujące u studentów są nieuzasadnione, bowiem z pisaniem pracy licencjackiej mają oni czynienia po raz pierwszy. Dlatego powinni bezpośrednio i na bieżąco przedstawiać swoje trudności, aby ułatwić promotorowi kierowanie pracą, a sobie zapewnić właściwe i terminowe jej opracowanie.

3.2.Wymogi edytorskie pracy

Kolejnym ważnym elementem pisania pracy jest jej edytorskie (wydawnicze) wykonanie. Wprowadzanie tekstu do pamięci komputera jest podstawową czynnością przy przygotowaniu pracy. Wpisywanemu tekstowi za pomocą klawiatury można formatować (nadawać właściwy kształt) na bieżąco lub później, po napisaniu całości.

3.2.1.Elementy graficzne

Obecnie każdą pracę pisze się w komputerowym edytorze tekstu, po jednej stronie kartki, z interlinią 1,5. Odstęp ten oznacza, że między sąsiadującymi liniami tekstu jest wolne miejsce. Wszystkie główne elementy struktury pracy dyplomowej, a więc wstęp (wprowadzenie), kolejne rozdziały, spisy rysunków, tabel, wykresów, bibliografia, ewentualne aneksy oraz streszczenie powinny rozpoczynać się od nowej strony. Warto również zwrócić uwagę, by każda zasadnicza część pracy (spis treści, wstęp, poszczególne rozdziały, zakończenie) rozpoczynały się od strony nieparzystej.

Tekst pisze się na papierze formatu A4 czyli na arkuszach o wymiarach 210 x 297 mm. Układ strony – pionowy, przy zachowaniu odstępu 1,5 (w edytorze tekstu Microsoft Word). Przez to na jednej kartce mieści się 27- 30 linii tekstu, po około 60 znaków pisarskich w jednym wierszu (łącznie z odstępami). Tekst powinien być wyjustowany, tzn. wyrównany do lewego

i prawego marginesu. Unikać należy pozostawiania na końcu wiersza tzw. jednoliterówek:

i, a, o, u, w, z. Tekst zasadniczy pisze się standardowo czcionką Times New Roman lub Ariel 12-punktową. Tekst powinien być ciągły z uwzględnieniem podrozdziałów, śródtytułów, akapitów. Zachowuje się przy tym następujące wielkości marginesów: lewy- szerokość 3,5 cm (z uwzględnieniem 1 cm na oprawę), prawy – 2,5 cm, górny – 2,5 cm, dolny 2,5 cm.

Numery stron umieszcza się na dole (w stopce) na środku strony. Pierwszą stroną pracy jest strona tytułowa i jest wliczana do ogólnej numeracji, lecz nie umieszcza się na niej numeru strony. Na drugiej stronie umieszcza się spis treści. Jest to jednocześnie pierwsza strona, na której stawia się paginę z numerem strony „2” . Następną stroną pracy (opisaną jako 3) rozpoczyna WSTĘP, a kolejne - poszczególne rozdziały pracy. Przypisy umieszcza się bezpośrednio w tekście, w nawiasach. Nie stawia się kropek po tytule pracy, rozdziału lub podrozdziału (z wyjątkiem tytułu składającego się z więcej niż jednego zdania) [5,12,15,21,23].

3.2.2. Formy gramatyczne

Pisząc pracę używa się czasu przeszłego np. „Osoba badana wypełniła kwestionariusz ankiety...” i formy bezosobowej, np. „Przeprowadzono serię obliczeń, z których wynika, że ...”. Niekiedy dla uniknięcia monotonii można posłużyć się zdaniem w czasie teraźniejszym,

ale tylko w wypadku gdy z kontekstu wynika, że opisuje się zdarzenie przeszłe. W pracy nie używa się formy: Pan Jan Kwiatkowski; prof. dr hab. med. Jan Kwiatkowski, itp. Podaje się tylko imię i nazwisko. Jeśli na danego autora powołuje się po raz pierwszy, to pisze się w pełnym brzmieniu imię i nazwisko, np. Jan Wiśniewski. Gdy powołuje się po raz drugi, wystarczy podać pierwszą literę imienia i wymienia się nazwisko. Jeśli czyni się jeszcze częściej, to wówczas wymienia się już tylko nazwisko [14,16].

3.2.3. Styl naukowy

W pisaniu każdej pracy dyplomowej używa się języka o stylu naukowym. Jego cechami charakterystycznymi są min. precyzja w wyrażaniu myśli i naukowa terminologia. Używa się słów, zwrotów językowych, konstrukcji składniowych zrozumiałych dla odbiorcy, tj kręgu specjalistów w danej dziedzinie. Stylem naukowym pisze się także i przede wszystkim artykuły naukowe publikowane w czasopismach naukowych, zeszytach naukowych, doniesieniach zjazdowych. [12,14,16,21].

3.3. Badania naukowe w pielęgniarstwie

Obecnie pielęgniarstwo stanowi społeczno- przyrodniczą naukę praktyczną, której podstawę naukową stanowią pojęcia i twierdzenia teoretycznych i stosowanych nauk społecznych oraz nauk przyrodniczych i biomedycznych. Pielęgniarstwo figuruje w wykazie dyscyplin naukowych wg klasyfikacji Komitetu Badań Naukowych (KBN) z dnia 15.09. 2001r. pod numerem 58 [12].

Przedmiotem badań pielęgniarstwa są wszystkie dziedziny pielęgniarstwa jako zawodu, praktyka pielęgniarstwa, działalność edukacyjna, działalność organizacyjno-kierownicza, tradycja i historia zawodu pielęgniarstwa, problemy samorządności zawodowej, zdrowia i jego ochrony a także promocji zdrowia w najszerszym tego słowa znaczeniu oraz badania o tematyce psychologiczno- pedagogiczno – społecznej [24]

Celem badań naukowych jest wykrycie prawidłowości występujących w badanych zjawiskach oraz wyprowadzenie na ich podstawie do wniosków ogólnych, ważnych nie tylko dla badanej zbiorowości, ale również dla wszystkich innych obiektów (podmiotów lub/i przedmiotów) znajdujących się w warunkach analogicznych do badanych. Celem

badania naukowych jest także wypracowanie właściwych metod badawczych służących poznaniu rzeczywistości, także określenie i ocena rzeczywistości [17,21].

Podziału (klasyfikacji) badań dokonuje się wg wielu a jednocześnie uporządkowanych kryteriów, choć ich oddzielenie stanowi niekiedy trudność z uwagi na odmienne ich właściwości.

Ze względu na cechę zebranego materiału we współczesnym pielęgniarstwie badania dzielimy na ilościowe i jakościowe [12].

3.3.1. Badania ilościowe

Prowadzone są wg wzorca badań przyrodniczych. Informują o częstości, wielkości, intensywności danego zjawiska. W badaniach tych ustalane są siły związków, istotności różnic między zmiennymi. Badania ilościowe uściślają, konkretyzują uzyskane dane, umożliwiają korzystanie ze statystyki biomedycznej, dzięki której możliwa jest jednoznaczna interpretacja wyników [20,21].

Sposób formułowania wyników badań naukowych ilościowych może być następujący: „...Badania własne dotyczące możliwości pacjentów w czynnościach samoobsługowych wykazały, że chorzy z grupy eksperymentalnej, tj. poniżej 50 r.ż. gorzej sobie radzili z

36

umiejętnościami samoobsługowymi niż chorzy z grupy kontrolnej ($p < 0,05$)...” lub „... Z badań wynika, że 44% pacjentów z POCHP (Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc) odwiedzało lekarza 10 razy i więcej w ciągu ostatniego roku, 30% - 7- 9 razy, 18% 4-6 razy, a 8% badanych 1-3 razy. Powodem wizyty dla zdecydowanej większości badanych była okresowa kontrola lekarska i realizowanie stałej farmakoterapii ...” itd.

3.3.2. Badania jakościowe

Dostarczają danych w formie opisu, nie mają formy cyfrowej. Badania jakościowe pokazują problemy ludzi chorych i ich rodzin poprzez pryzmat sytuacji jednostki. Pokazują sytuację zdrowotną, społeczno – ekonomiczną, potrzeby zdrowotne jak i w sferze środowiskowo-społecznej, instytucjonalnej, możliwości otrzymania wsparcia. Wiedza uzyskana ze badania jakościowego- opisu przypadku uprawnia do stwierdzenia, że tak bywa, a nie że tak jest [12,19,20].

3.4. Metodologia badań

Wynikiem badania naukowego powinien być obraz badanej rzeczywistości. Warunkiem jego uzyskania jest przestrzeganie zasad metodologicznych badania naukowego na wszystkich etapach procesu tworzenia pracy, tj. podczas gromadzenia materiału badawczego, analizy i syntezy danych oraz sprawdzania poprawności twierdzeń i wniosków z wykonanych badań. W badaniu naukowym wybiera się świadomie określony sposób postępowania. Wyboru tego

dokonuje się spośród znanych metod badawczych z uwzględnieniem możliwości zastosowania określonej metody do danego zadania badawczego [12,20,21].

METODY NAUKOWE

(sposoby poznawania rzeczywistości)

TECHNIKI BADAWCZE

(sposoby zbierania materiału)

NARZĘDZIA BADAWCZE

(przedmioty)

Źródło: opracowanie własne

37

3.4.1. Metody

Metoda jest pojęciem najszerszym i nadrzędnym w stosunku do techniki i narzędzia badawczego. Słowo pochodzi z języka greckiego (methodos – działanie). Spośród wielu

definicji jedne z nich brzmią następująco:

„Metoda to świadomy sposób postępowania według ustalonych zasad w określonym celu”. „Metoda naukowa to ogół czynności i sposobów koniecznych do rozwiązywania problemów naukowych, tworzenia prac naukowych oraz oceny wyników badań”. „Metoda to typowy i powtarzalny sposób zbierania, analizy i interpretacji danych empirycznych (doświadczalnych) służących do uzyskania odpowiedzi na pytania problematyki badawczej [17,20,21].

W pisaniu pracy dyplomowej z dziedziny pielęgniarstwa wykorzystywane są najczęściej następujące metody badawcze:

1. Analiza dokumentacji

Stosowana jest zarówno w pracach poglądowych i badaniach empirycznych. W pracy przeglądowej dotyczy analizy tekstów naukowych będących głównym źródłem informacji, na podstawie których przeprowadza się poszukiwania naukowo- badawcze. Na użytek badań w pielęgniarstwie wykorzystuje się do analizy dokumenty pisane typu: protokoły, raporty, historie pielęgnowania, historie choroby, opinie, karty obserwacyjne. Natomiast dokumenty obrazowe (rysunki) lub obrazowo - dźwiękowe wykorzystywane są najczęściej jako źródło informacji o pacjentach z rozpoznaniem np. psychicznej i przebiegu ich terapii. Gromadzenie danych i ich dokumentowanie pozwala na określenie, które z danych są istotne (ważne) dla opieki pielęgniarskiej i dla innych członków zespołu terapeutycznego – lekarza, psychologa, dietetyczki itp. [12].

2.Sondaż diagnostyczny

Należy do najbardziej rozpowszechnionych metod badań społecznych, w tym

pedagogicznych i pielęgniarskich. Umożliwia ona poznanie opinii licznej populacji dobranej na podstawie grupy reprezentatywnej, tzw. próbki populacji. Badający musi dążyć do wybrania takiej grupy, aby stanowiła ona najwierniejsze odbicie struktury, wszystkich

elementów i cech badanej grupy. [12,20,22]. Metoda ma zastosowanie w badaniach opinii respondentów na dany temat, ich motywów, satysfakcji z opieki zdrowotnej itp.

3. Obserwacja

Polega ona na ścisłym i ukierunkowanym spostrzeganiu określonego obiektu lub/i systematycznym rejestrowaniu zachowań osoby, grupy oraz interpretacji uzyskanych

38

wyników. Ma ona charakter naukowy, wówczas, gdy jest celowa, planowa, adekwatna, dokładna, ciągłą i systematyczna. Celowość obserwacji oznacza, że uwaga obserwatora koncentruje się tylko na zjawiskach interesujących go z punktu widzenia tematu badań; planowość oznacza, że jest stosowana według planu odpowiadającego celowi obserwacji; adekwatność polega na tym, że obserwator nie rejestruje wszystkich spostrzeżeń, które docierają do niego od podmiotu poznania, lecz dokonuje ich selekcji, tzn. poszukuje interesujących go cech przedmiotu; dokładność oznacza, że obiekt obserwacji jest jasno zdefiniowany i tak

dobrane aby wyniki były porównywalne; ciągłość i systematyczność polega tym, że trwa ciągle i jest prowadzona według określonego systemu pozwalającego postrzegać badany obiekt wielokrotnie i w różnych warunkach jego istnienia. Przedmiotem obserwacji w pielęgniarstwie mogą być np. reakcje pacjenta na chorobę, na przyjęcie do szpitala, itp. Obserwację ze względu na sposób jej przeprowadzenia dzieli się na: bezpośrednią i pośrednią; kontrolowaną lub skategoryzowaną, uczestniczącą lub zewnętrzną; jawną i ukrytą.

Wybierając obserwację jako źródło danych należy dokładnie określić cel i jednostkę obserwacji, przygotować narzędzie badawcze, określić sposób „utrwalania” zebranych danych, sporządzić sprawozdanie z przeprowadzonej obserwacji [5,17,21,22].

4. Opis przypadku

Metoda zwana również studium przypadku, case study, w medycynie jako opis przypadku, kazuistyka. Metoda polega na analizie jednostkowych losów ludzkich wynikających z danej sytuacji klinicznej lub/i na analizie sytuacji psychospołecznej i kulturowej danej osoby, która to sytuacja wynika z choroby i jej następstw, leczenia i pielęgnowania, rehabilitacji. W pielęgniarstwie opis przypadku ma na celu rozpoznanie problemów zdrowotnych i opracowanie modelu opieki pielęgniarskiej a także wskazanie obszarów problemowych promocji zdrowia. Metoda pozwala na poznanie różnych sposobów postępowania w celu rozwiązania danych, rzeczywistych problemów pacjenta. Dużym walorem tej metody jest to, że integruje wiedzę teoretyczną z praktyką zawodu, w tym zawodu pielęgniarki [4,12,13,20].

5. Szacowanie

Metoda polega na ocenianiu badanych pod względem określonych cech zachowania na skali kilkustopniowej. Jej istotą jest ocena co najmniej jednej cechy według określonych kryteriów. Wartość skali zależy od sposobu przedstawienia danej cechy lub zespołu cech, w których zakresie planowana jest ocena, np numeryczna skala bólu lub słowna skala bólu [12].

39

3.4.2. Techniki

Techniki to sposoby zbierania materiału badawczego oparte na starannie opracowanych dyrektywach (instrukcjach, wskazówkach), które muszą być jednocześnie dokładne, jasne i ścisłe. Są skonkretyzowanymi sposobami realizowania zamierzonych badań. Dokładniej, są to czynności praktyczne, regulowane wypracowanymi dyrektywami pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii i faktów [5,12].

1. Wywiad

Jest to planowa (ukierunkowana) rozmowa z pacjentem, która służy jego poznaniu. Zbieranie wywiadu należy rozpocząć od przedstawienia się. Celem wywiadu jest zebranie wiarygodnych informacji o pacjencie i jego środowisku. Służy ponadto poznaniu faktów, zdarzeń, opinii i postaw dotyczących przebiegu pielęgnowania oraz pozwala na ustalenie wraz z pacjentem i jego rodziną kierunku dalszego postępowania

pielęgniarskiego. Najczęściej przeprowadzanym wywiadem z pacjentem jest wywiad jawny, polegający na rozmowie i wymianie zdań. Przeprowadzenie wywiadu musi spełniać określone wymagania, tj.: zachowanie zasady szacunku i komunikowania się oraz unikanie niekorzystnych warunków fizycznych (np. hałasu) w trakcie wywiadu. Prowadzony może być według wcześniej przygotowanych dyspozycji lub na podstawie kwestionariusza, wtedy przyjmuje nazwę wywiadu wystandaryzowanego, ponieważ treść, słownictwo i kolejność pytań są z góry ściśle ustalone i stale w ten sam sposób zadawane osobie badanej, bez względu na okoliczności [5,20].

40

Przykład 1. Kwestionariusz wywiadu

Arkusz do gromadzenia danych o hospitalizowanym dziecku

Dane osobowe dziecka: imię i nazwisko (inicjały)

Data urodzenia:

Wiek:

Dane rodziców:

Matka: lat

Ojciec: lat:

Aktywność zawodowa rodziców:

Wykonywany zawód rodziców:

Matka:

Matka:

Ojciec:

Ojciec:

Data zbierania wywiadu:

Miejsce zbierania wywiadu:

Wywiadu udziela:

Wywiad dotyczący narodzin i karmienia

Okres przedporodowy:

Okres porodu:

Okres poporodowy:

Sposób karmienia w okresie noworodkowym.

Historia choroby

Stan ogólny (podczas zbierania wywiadu)

Rozpoznanie lekarskie:

Temperatura ciała:

Przyjmowane leki:

Tętno:

Badania diagnostyczne:

Oddech:

Badania laboratoryjne:

Ciśnienie tętnicze krwi:

Przebyte choroby: (w tym zakaźne)

Masa ciała:

centyl:

Przebyte zabiegi operacyjne:

Długość ciała:

centyl:

Uczulenie:

Obwód głowy:

centyl:

Szczepienia:

Ob. klatki piersiowej: centyl:

Obecne dolegliwości, problemy, trudności związane z aktualnym stanem zdrowia:

Wywiad rodzinny

Członkowie rodziny:

Nauka, zabawa, formy spędzania czasu wolnego:

Ważne wydarzenia w rodzinie- ostatnie lata:

Choroby występujące w rodzinie:

Nałogi w rodzinie/używki:

41

Nawyki żywieniowe: - jakościowe i ilościowe:

Ograniczenia/ przeciążenia psychiczne/fizyczne:

Kontakty społeczne/ wsparcie społeczne:

Wywiad środowiskowy

Miejsce zamieszkania: miasto wieś

Odległość od szpitala:

km

Rodzaj transportu do szpitala:

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:

Ilość pomieszczeń:

Stan higieniczno- sanitarny mieszkania:

System pracy rodziców:

Stan psychofizyczny dziecka

Komunikacja:

Higiena osobista:

Aktywność fizyczna:

Odżywianie:

Wydalenie:

Sen/zasypianie:

Badanie fizykalne przeprowadzone w dniu:

Stan biologiczny dziecka

Skóra: czysta - zmiany - wykwity

Jama ustna: czysta - zmiany zapalne

Układ oddechowy: bez zmian – trudności w oddychaniu

Układ krążenia: ciśnienie, tętno, inne objawy

Układ pokarmowy: apetyt, pragnienie, dieta, stolec, inne objawy

Układ moczowy: diureza, fikcje,
bilans wodny, inne objawy

Układ nerwowy: świadomość, zmęczenie/osłabienie, strach/lęk, płacz, inne objawy

Narząd ruchu: dziecko chodzące -
polegające - leżące, ograniczenia w ruchu, inne objawy

Narządy zmysłów: wzrok, słuch, czucie, inne objawy

Stan psychiczny i społeczny dziecka

42

Stopień przytomności:

Nastrój:

Inne objawy:

Kontakty społeczne: z rodziną, z personelem, z innymi osobami,

Odczuwane problemy psychospołeczne:

Stan wiedzy i umiejętności do pielęgnowania – matka

Wiedza

Umiejętności

Diagnoza pielęgniarska - opisowa:

Źródło: Lesińska- Sawicka M.(red.): Metoda case study w pielęgniarstwie. Wyd. Borgis Warszawa 2009.

Przykład 2. Kwestionariusz wywiadu

Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie przebywającym w oddziale szpitalnym

Dane personalne: imię i nazwisko (inicjały)

Data urodzenia:

Wiek:

Miejsce zbierania wywiadu:

Adres zamieszkania:

Data zbierania wywiadu:

Data przyjęcia do szpitala:

Tryb przyjęcia: nagły

planowy

Czy przed przyjęciem do szpitala pacjent uporządkował swoje sprawy

- rodzinne:

tak

nie

- zawodowe:

tak

nie

Osoba opiekująca się: adres , telefon

Zawód wykonywany:

43

Czy wykonywany zawód mógł mieć wpływ na aktualny stan: tak

nie inne możliwości

Pobyt w szpitalu: pierwszy kolejny

Warunki mieszkaniowe: piętro, piece....., co, łazienka....., liczba osób w mieszkaniu.....

Przyzwyczajenia i upodobania:

- sen

- odżywianie

- nałogi: kawa (ile.....) alkohol(ile.....), tytoń (ile.....)

Rozpoznanie lekarskie:

Historia choroby

Stan ogólny (podczas zbierania wywiadu)

Obecne dolegliwości, problemy, trudności związane z

Temperatura ciała:
aktualnym stanem zdrowia:

Tętno:

Oddech:

Ciśnienie tętnicze krwi:

Masa ciała:

Obecność bólu:

Przebyte choroby i zabiegi operacyjne:

Uczulenie: środki chemiczne
kosmetyki
leki
inne

Stan psychiczny pacjenta

- rozumienie
pełne
częściowe
brak

- zapamiętywanie
pełne
częściowe
brak

- przypominanie

pełne
częściowe
brak

- myślenie logiczne
pełne
częściowe
brak

Stan funkcjonowania poszczególnych układów:

Układ nerwowy – stan świadomości: pełna senność
ospałość śpiączka
zamroczenie majaczenie splątanie

Skóra: czysta - zmiany - wykwity

Jama ustna: czysta - zmiany zapalne

Układ oddechowy: bez zmian – trudności w oddychaniu,
kaszel, duszność

Układ krążenia: obrzęki, sinica, inne objawy

Układ pokarmowy: apetyt, pragnienie, dieta, stolec, inne objawy

Układ moczowy: diureza, mikcje, bilans wodny, inne objawy

44

Układ kostno- stawowy: sprawność ruchowa: pełna ograniczona

Narząd ruchu: pacjent chodzący, polegający,leżący,ograniczenia w ruchu,inne objawy.....

Układ płciowy: ciąża, menstruacja....., inne objawy

Narządy zmysłów:

- wzrok: prawidłowy

- słuch: prawidłowy

ostabionyostabiony

niedowidzenie

głuchota

ślepotą

Diagnoza pielęgniarska - opisowa:

1. Źródło: Zahradniczek K. (red.) Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych.

Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2004.

Przykład 3. Kwestionariusz wywiadu

PIELĘGNIARSKA OCENA STANU ZDROWIA DZIECKA

Imię i nazwisko (inicjały) płeć data urodzenia/wiek

I. Przebieg choroby dziecka

1. Rozpoznanie lekarskie

2. Przebyte choroby/ zabiegi operacyjne

4. Przebyte pobyty w szpitalu

5. Przebyte urazy/wypadki/zatrucia/dolegliwości bólowe

6. Alergia

7. Bilanse zdrowia

8. Dotychczasowy rozwój dziecka

Psychomotoryczny

Somatyczny (fizyczny)

Psychospołeczny

9. Szczepienia ochronne

45

10. Aktualnie

Diagnostyka choroby

Leczenie

Przyjmowane leki

Dolegliwości bólowe

II. Wywiad dotyczący narodzin i karmienia

1. Okres przedporodowy

Przebieg ciąży/ choroby matki Przyjmowanie leków Stosowanie używek Kontakt ze zwierzętami

2. Poród i stan noworodka po urodzeniu Cięża rzędu, poród, HBD

Miejsce porodu

Masa ciała, długość ciała

Obwód głowy/kl. piersiowej

Skala Apgar pkt

3. Karmienie w okresie niemowlęcym

Karmienie naturalne Karmienie sztuczne Rozszerzanie diety

III. Wywiad rodzinny

1. Ojciec Wiek

Aktywność zawodowa/system pracy

Stan zdrowia

Stosowanie używek

2.Matka

Wiek

Aktywność zawodowa/system pracy

Stan zdrowia

Stosowanie używek

3.Rodzeństwo

Wiek

Stan zdrowia

4.Choroby w rodzinie

46

5.Formy spędzania wolnego czasu

6.Kontakty rodzinne/społeczne

7.Realizacja obowiązku szkolnego

IV. Warunki socjalno- bytowe rodziny

1.Miejsce zamieszkania

2.Warunki mieszkaniowe Rodzaj budownictwa

Ilość pokoi/kuchnia/łazienka Ilość osób w lokalu

Stan higieniczno- sanitarny

V. Ogólna ocena stanu klinicznego dziecka

1.Stan psychiczny

Pamięć/myślenie

Nastrój

Nastawienie do własnej sytuacji

2.Ułożenie ciała

3.Sposób poruszania się

4.Budowa ciała

5.Stan odżywienia

Masa ciała/centyl

Długość/wysokość ciała/centyl

BMI/centyl

6. Skóra

Ciepłota i wilgotność

Zabarwienie/tkanka podskórna

Elastyczność

Włosy i paznokcie

Wykwity

7.Obrzęki

8.Węzły chłonne

9.Układ kostno- stawowy Układ stawowy kończyn Zakres ruchów

VI. Szczegółowa ocena stanu klinicznego dziecka

1.Głowa

Kształt

47

Obwód

Nos

Uszy

Jama ustna

Uzębienie

2.Klatka piersiowa i układ oddechowy

Budowa Tor oddechu Liczba oddechów Duszność

Kaszel

Inne objawy

3.Układ krążenia

Ciśnienie tętnicze krwi

Tętno

Obrzęki

Inne objawy

4.Układ pokarmowy Sposób odżywiania

Rodzaj diety

Łaknienie

Pragnienie Wydalanie stolca Inne objawy

5.Układ moczowy

Wydalanie moczu/ ilość na dobę

Inne objawy

6.Układ płciowy Cykl płciowy

7.Układ nerwowy

Sen i wypoczynek

Siła i napięcie mięśni

Niedowładny

Inne objawy

8. Narządy zmysłów

Wzrok

48

Słuch

Węch

Dotyk

VII. Stan wiedzy i umiejętności rodziców do samoopieki

1. Wiedza

2. Umiejętności

3. Motywacja

4. Problemy zdrowotne/psychologiczne/społeczne

VIII. Diagnoza pielęgniarska

Źródło: opracowanie własne

2. Ankieta

Ankieta zawiera zbiór pytań i wobec tego polega na zadawaniu respondentom pytań z prośbą o udzielenie na nie odpowiedzi. W ankiecie pyta się o cechy zbiorowości, fakty, opinie o zdarzeniach. Od wywiadu wyróżnia się tym, że nie wymaga bezpośredniego kontaktu z badającym a respondent sam odpowiada na pytania. W technice ankiety należy zawsze wziąć pod uwagę poprawność sformułowania pytań w kwestionariuszu i poprzedzającej jej instrukcji. Pytania muszą być jasne, jednoznaczne i zrozumiałe, mieć formę zdań prostych, a nie złożonych, sformułowane w sposób nie sugerujący odpowiedzi, stanowiące logiczną całość. Ankieta powinna mieć charakter poufny a liczba pytań niezbyt duża [5,12,20,21].

3. Skale

Skala jest szeregiem zdań ułożonych według określonego porządku. W zależności od kryterium oceny wyróżnia się skale: numeryczne, graficzne, postaw (Likerta), przymiotnikowe, samooceny, itp. Wartość skali zależy od przyjętych stopni lub poziomu skali, np.: cyfry: 1-10; częstość pojawienia się danej cechy: zawsze, często, czasami, rzadko, nigdy; nasycenie danej cechy: niezdolność do pracy: całkowita (0 pkt.), częściowa (1 pkt.), bez ograniczeń (2 pkt.); stopień zadowolenia z opieki pielęgniarskiej: bez zastrzeżeń, małe

49

zastrzeżenia, duże zastrzeżenia, całkowite niezadowolenie. Skale stosowane do oceny mogą mieć charakter wystandaryzowany i niewystandaryzowany. Wystandaryzowany – znaczy, że treść, słownictwo, kolejność pytań są z góry określone i stale w ten sam sposób zadawane osobie badanej, bez względu na okoliczności, a także sposób obliczania wyników i ich porównywania jest określony na podstawie badań danej populacji. Inaczej- postępowanie w ściśle określony sposób, wobec każdej osoby badanej, określa się mianem standaryzacji skali, testu [12,20].

Poniżej przedstawiono fragment skali POMIARU WSPARCIA SPOŁECZNEGO, która w oryginale ma 10 wyznaczników, a każdy z nich ma układ 4 –stopniowy, a przedział liczbowy mieści się w granicach od 0 do 3. w wyniku jednokrotnego szacowania stanu dostępności wsparcia u pojedynczego pacjenta można uzyskać wartość od 0 do 30 punktów [26]

Tabela 5. Skala pomiaru wsparcia społecznego pacjentów hospitalizowanych (fragment)

N
Wyznaczniki

Zakres wyznaczników i punkty

(Charakter)

3
2
1
0

1.
Struktura rodziny
Trzy
Dwu
Jedno
Osoba samotna

pokoleniowa
pokoleniowa
pokoleniowa

2.
Zabezpieczenie
Wystarcza
Wystarcza
Wystarcza
Brakuje pieniędzy

finansowe
pieniędzy na
pieniędzy na
pieniędzy na mniej
na podstawowe

wszystko
więcej niż połowę
niż połowę
wydatki

wydatków
wydatków

3.
Zabezpieczenie
Posiada
Posiada więcej niż
Posiada mniej niż
Nie posiada sprzętu

rzeczowe
potrzebny sprzęt
połowę sprzętu
połowę sprzętu

(posiadanie sprzętu

pielęgnacyjno-

lecniczego,

rehabilitacyjnego

4.

Dyspozycyjność

Zawsze

Często

Rzadko

Nigdy

Czasowa rodziny

(posiadanie czasu

dla pacjenta

5.

Dostępność

Całą dobę

W ciągu dnia

W godz.

Trudno uzyskać

pomocy

(7.00- 20.00

8.00-13.00

pomoc

profesjonalnej

(Pn- Nd.)

Pn-pt)

Pn – Pt)

Źródło: Zarzycka D. Wsparcie społeczne wybranej kategorii pacjentów onkologicznych –

próba obiektywizacji ocen. Psychoonkologia 1997, nr 1: 56- 62.

W konstruowaniu skal należy uwzględnić cel badań, wybór cech, które należy określać

w terminach obserwowalnych, ustalić stopnie skali, opracować instrukcje dla osoby badanej, sprawdzić rzetelność skali (np. na podstawie alfa Cronbacha- za pomocą współczynnika rzetelności alfa sprawdzana jest korelacja pomiędzy odpowiedziami na poszczególne pytania z kwestionariusza oraz łącznym wynikiem przeprowadzonego pomiaru [12].

50

3.4.3. Narzędzia

Narzędzia badawcze to przedmioty, za pomocą których zbiera się informacje. Do nich zalicza się: kwestionariusz ankiety, kwestionariusz wywiadu, arkusz obserwacji, testy do oceny sprawności fizycznej, arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, a także dyktafon, długopis czy ołówek, itp. Jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań. (O ile technika badawcza oznacza czynność, np obserwowanie, prowadzenie wywiadu, o tyle narzędzie to instrument służący do technicznego gromadzenia danych z badań) [5,12,23].

Przykład 3. Kwestionariusz ankiety

Kwestionariusz ankiety

Ocena sposobu odżywiania się młodzieży gimnazjalnej i licealnej

Wiek lat Płeć mężczyzna/kobieta

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1. Ile zazwyczaj dziennie jadasz posiłków? 2, 3, 4, 5, więcej niż 5

2. Czy przed wyjściem do szkoły jesz pierwsze śniadanie? tak, nie, czasami

3. Czym najczęściej smarujesz pieczywo? masłem, margaryną (Palma, Kasia) masmixem, smalcem, nie smaruję

4. Co zwykle jadasz na obiad? ziemniaki, makaron, kaszę, ryż

5. W ilu posiłkach znajdują się owoce? 1, 2, 3, 4, więcej niż 4

6. W ilu posiłkach znajdują się warzywa? 1, 2, 3, 4, więcej niż 4

7. Ile razy w tygodniu jadasz słodczyce? codziennie 3 razy w tygodniu, rzadziej, wcale

8. Co najczęściej pijesz? herbatę wodę mineralną, napoje słodzone, coca-cola /pepsi-cola

9. Czy uważasz, że prawidłowo się odżywasz? tak, nie.

Źródło: opracowanie własne

Poniżej przedstawiono zestawienie metod, techniki narzędzi badawczych. Nie jest to jedyny podział. W piśmiennictwie metodologicznym istnieje duża swoboda w określaniu metod, technik i narzędzi badawczych. Ich zestawienie przedstawiono w tabeli 5.

51

Tabela 5. Gromadzenie materiału badawczego w pielęgniarstwie

Metoda
Technika
Narzędzie

Analiza dokumentacji:

- jakościowa analiza treści
- artykuły naukowe
- analiza piśmiennictwa
- dokumentów: wyjaśnianie,
- teksty naukowe
- analiza dokumentów
- wyodrębnianie z kontekstu
- zbiory archiwalne
- analiza wytworów
- składników pierwszoplanowych,
- rejestry, wyciągi

analiza warunków w jakich
- historie choroby

dokument powstał.
- historie pielęgnowania

- ilościowa analiza dokumentów:
- raporty

ustalenie zakresu materiału
- karty obserwacyjne

stanowiącego podstawę analizy,
- pamiętniki

wyszczególnienie wskaźników
- zdjęcia, obrazy, rysunki

zjawisk interesujących badacza,
- filmy.

ustalenie problemów badawczych.

Sondaż diagnostyczny

- wywiad:
- kwestionariusz wywiadu

jawny, ukryty

zespołowy, jednostkowy

- ankieta:
- kwestionariusz ankiety

audytoryjna, wysyłkowa

Obserwacja

- standaryzowana
- dziennik obserwacyjny

- niestandaryzowana
- karty obserwacyjne

- formularze obserwacyjne

Opis (studium) przypadku

- wywiad
- kwestionariusz wywiadu

- analiza dokumentów

- kwestionariusz ankiety
- testy
- arkusz gromadzenia danych
- skale
- arkusz skali

Szacowania

- skala numeryczna
- arkusz skali

- skala graficzna

- skala postaw

- skala samooceny

- skal a(danych) cech

Źródło: opracowanie własne na podstawie poz. 12.

Podsumowanie rozdziału trzeciego

Przedstawione powyżej podrozdziały poświęcone metodologii badań nie wyczerpują wszystkich zagadnień. Omówienie wszystkich przekracza ramy niniejszego przewodnika

i zmieniłoby jego charakter.

52

4.PRACE LICENCJACKIE I EGZAMIN DYPLOMOWY

Przyjmuje się, że rozwój naukowej wiedzy pielęgniarstwa powinien dotyczyć natury pielęgniarstwa, teorii pielęgniarstwa i powiązania tych obszarów wiedzy z praktyką pielęgnowania. Pielęgniarski problem badawczy musi odnosić się do poprawy pielęgnowania, gdyż pielęgnowanie jest domeną pielęgniarstwa. Zatem każde badanie powinno wносить wkład w rozwój teorii i stanu naukowej wiedzy pielęgniarskiej.

Szczególnego oznaczenia nabiera dokonywanie selekcji problemów i podejmowanie tych, które budują zasób naukowej wiedzy pielęgniarskiej, prowadzą do postępów w opiece nad pacjentem [12,24].

Proces badania naukowego kończy się upowszechnieniem wyników, które przyjmują postać pisemnego opracowania – pracy dyplomowej. Obowiązek dokonania opracowania pisemnego zawarty jest w regulaminie studiów. Łączy się także ze społecznym celem nauki, jakim jest udostępnienie wyników innym naukowcom, specjalistom oraz ich zastosowań w praktyce [15,21].

Poniżej przedstawiono przykładowe prace dyplomowe na kierunku Pielęgniarstwo.

4.1. Praca pogładowa

Praca dyplomowa (licencjacka), mająca charakter pracy pogładowej została napisana przez licencjatkę pielęgniarstwa Edytę Górczyńską pod kierunkiem dr Mirosławy Kram.

Praca w oryginale liczy 55 stron.

Fenyloketonuria - kliniczny i pielęgniarski kontekst choroby

Opis kliniczny choroby. „Fenyloketonuria –z ang. Phenylketonuria = PKU), już w swej nazwie zawiera informację, że jest zaburzeniem metabolicznym, związanym ze zwiększonym wydzielaniem w moczu produktów przemiany fenyloalaniny. Jej istota polega na tym, że w wyniku niedoboru enzymu – hydroksylazy fenyloalaninowej (PAH) wytwarzanego w wątrobie, dochodzi do zaburzenia przemiany fenyloalaniny w tyrozynę. W konsekwencji, w surowicy dziecka pojawia się nadmierna ilość fenyloalaniny, co prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Choroba występuje u wszystkich ras i we wszystkich szerokościach geograficznych.

53

Dziedziczenie choroby. Choroba dziedziczy się autosomalnie recesywnie. W tym typie dziedziczenia choroba ujawnia się niezależnie od płci. Rodzice będący bezobjawowymi heterozygotycznymi nosicielami zmutowanego genu mogą mieć dzieci, które w $\frac{1}{4}$ będą zdrowe, w $\frac{1}{2}$ heterozygotycznymi nosicielami oraz w $\frac{1}{4}$ będą homozygotami tej cechy, czyli chorymi. Zatem ryzyko choroby kształtuje się jak 1:4. Związek heterozygoty z osobą zdrową nie prowadzi do ujawnienia choroby wśród potomstwa. Połowa dzieci będzie jedynie heterozygotycznymi nosicielami tej choroby.

Obraz kliniczny. Noworodek chory na fenyloketonurię rodzi się pozornie zdrowy. Do wczesnych niecharakterystycznych objawów, które mogą występować w pierwszych tygodniach i miesiącach życia należą wymioty, nie powodujące jednak zahamowania przyrostu masy ciała. We wczesnym niemowlęctwie obserwowane są zmiany na skórze typu skazowego. Prawie u wszystkich dzieci przed ukończeniem 6 mż. pojawia się charakterystyczny mysi zapach. Większość dzieci jest jasnowłosych, jasnookich i o bardzo jasnej karnacji skóry. Opóźnienie rozwoju psychoruchowego narasta stopniowo. W wieku 6-12 miesięcy opóźnienie

rozwoju umysłowego jest już wyraźnie widoczne. W pełni rozwinięty obraz kliniczny cechuje upośledzenie umysłowe znacznego stopnia, występowanie drgawek, zaburzeń zachowania. Dość stałą nieprawidłowością jest małowłowie. Rozwój fizyczny jest u zdecydowanej większości dzieci prawidłowy.

Rozpoznanie choroby. Obecnie w pełni rozwinięty obraz kliniczny fenyloketonurii spotykany jest coraz rzadziej. Wprowadzenie w Polsce od roku 1965 badań przesiewowych noworodków, w oparciu o metodę Guthriego, umożliwiło wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia przed wystąpieniem nieodwracalnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Krew na test pobiera się w 3 dobie życia, tj. po ukończeniu 48 godzin życia. Krew włośniczkową pobiera się po wewnętrznej lub zewnętrznej stronie pięty noworodka. Test bibułkowy jest testem mikrobiologicznym, tzn. używa się do niego szczepu bakterii, których wzrost jest uwarunkowany obecnością fenyloalaniny w podłożu. Noworodki z podejrzeniem choroby poddawane są dalszej, szerszej diagnostyce w celu ustalenia rozpoznania i odpowiedniego leczenia.

Leczenie chorego noworodka. Optymalne leczenie noworodka, u którego stwierdzono PKU powinno rozpocząć się jak najwcześniej i nie później niż 7-10 dni po urodzeniu. Jedynym skutecznym postępowaniem leczniczym w PKU jest dieta niskofenyloalaninowa, ubogobiałkowa i normokaloryczna.

Dieta niskofenyloalaninowa. Fenyloalanina należy do aminokwasów egzogennych, a więc takich których organizm nie potrafi sam wytworzyć, wobec tego muszą one być dostarczane

54

do organizmu wraz z pożywieniem. Minimalna jej ilość konieczna jest do prawidłowego wzrostu, rozwoju i funkcjonowania komórek, tkanek i narządów. Nie można całkowicie wyeliminować fenyloalaniny z diety. Dieta ubogobiałkowa. Fenyloalanina jest składnikiem białek i dlatego dieta niskofenyloalaninowa jest zdecydowanie dietą ubogobiałkową. Dawka białka nie powinna być mniejsza od bezpiecznego poziomu jego spożycia. Dieta

normokaloryczna. Dieta musi pokryć pełne zapotrzebowanie energetyczne zgodnie z obowiązującymi normami. Zapotrzebowanie na energię zależy od wieku, masy ciała, płci, aktywności fizycznej.

Dieta w fenyloketonurii stanowi najważniejszy element terapii. Konieczna jest współpraca rodziców i dziecka z lekarzem, dietetykiem, pielęgniarką, psychologiem, pedagogiem, pracownikiem socjalnym.

Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń dietetycznych mogą być związane z sytuacją materialną rodziny, uwarunkowaniami psychospołecznymi, socjalnymi i emocjonalnymi. Chorzy na PKU lepiej przestrzegają zasad leczenia – regularnego pobierania próbek krwi na poziom Phe, prowadzenia żywieniowego dziennika samokontroli, przestrzegania restrykcyjnej diety, regularnych i częstych wizyt w poradni, jeśli uzyskują wsparcie ze strony członków zespołu terapeutycznego.

Rola pielęgniarki. Pielęgniarka uczestniczy we wszystkich etapach rozpoznawania i leczenia i pielęgnowania dziecka z fenyloketonurią.

Na oddziale noworodkowym do obowiązków pielęgniarki należy pobieranie próbek krwi do testu. Przed pobraniem krwi włośniczkowej należy wpisać czytelnie na bibule dane dziecka. Należy całkowicie wypełnić krwią wszystkie 6 krążków, tak aby krew przesączyła się przez bibułę i nieznacznie przekroczyła granicę krążka. Bibułę przykładą się tylko z jednej strony. Następnie suszy się w temperaturze pokojowej przez około 2 godziny.

Pielęgniarka wykonująca wizytę patronażową w 1 tygodniu życia dziecka jest zobowiązana do sprawdzenia w książeczce zdrowia dziecka, czy próbka krwi do badania przesiewowego została pobrana – jeśli nie, to musi sama pobrać krew i wysłać do laboratorium. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna: ocenia poziom wiedzy rodziców na temat choroby dziecka. Formułuje diagnozę pielęgniarską czyli określa problemy i potrzeby dziecka oraz jego rodziców. Diagnozę weryfikuje się w miarę uzyskiwania nowych informacji. Planuje opiekę pielęgniarską, która zawiera: cele opieki dla pacjenta i jego środowiska; przewidywane terminy ich osiągnięcia; określenie kto będzie realizował poszczególne zadania (rodzice, pielęgniarka, lekarz rodzinny, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, grupa wsparcia). Realizuje plan opieki zgodnie z określonymi celami w trzech obszarach działań

55

pielęgniarskich, tj. instrumentalnych, udzielania wsparcia informacyjnego i emocjonalnego, edukacji prozdrowotnej obejmującej kształtowanie umiejętności do samoopieki i samokontroli. W opiece nad dzieckiem współpracuje także z osobami realizującymi wyznaczone w planie zadania. Ocenia systematycznie stopień osiągnięcia założonych celów oraz poziom realizowanej opieki. Wyniki oceny określają satysfakcję rodziny ze sprawowanej opieki pielęgniarskiej.

Podsumowanie. Właściwie prowadzony proces pielęgnowania dziecka z fenylketonurią sprawia, że dziecka i jego rodzice chętniej i aktywniej współpracują z zespołem terapeutycznym. Dawanie wsparcia i motywowanie dziecka do przestrzegania zaleceń dietetycznych, niestety bardzo ścisłych, jest nieodzowne. Konieczna jest także współpraca pielęgniarki z dietetykiem w zakresie edukacji dziecka i jego rodziców odnośnie przestrzegania zaleceń dietetycznych i pomocy rodzinie w doborze produktów spożywczych i przygotowywania jadłospisów dziennych i tygodniowych”.

4.2. Praca badawcza

Praca dyplomowa (licencjacka) mająca charakter pracy badawczej napisana została przez licencjatkę Justynę Grajkowską, studentkę kierunku Pielęgniarstwo, pod kierunkiem dr Lidii Wiki. Praca w oryginale liczy 77 strony.

Zaburzenia odżywiania się (anoreksja i bulimia) jako problem wieku adolescencji.

Wstęp Od pierwszych lat życia dziecka kształtują się jego nawyki żywieniowe. Początkowo, to rodzice ustalają dietę dziecka, a z biegiem czasu, to one same wybierają co chcą jeść, niestety nie zawsze z korzyścią dla zdrowia. Do zaburzeń odżywiania według ICD – 10 zalicza się jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa), bulimia (Bulimia nervosa) oraz atypowe zaburzenia jedzenia, które nie spełniają wszystkich kryteriów diagnostycznych anoreksji lub bulimii. Uważa się, że przyczyna zaburzeń odżywiania jest złożona, od

uwarunkowań społeczno- kulturowych przez czynniki biologiczne, rodzinne do uwarunkowań indywidualnych. Zjawisko anoreksji znane było już w średniowieczu. Dopiero jednak na początku XX wieku zaczęto ją uznawać za schorzenie o podłożu psychogennym. Początek choroby przebiega skrycie, pacjent stopniowo ogranicza ilość i jakość przyjmowanych pokarmów. Stopniowo dieta staje się bardziej

rygorystyczna. Zaczyna się

56

ukrywanie jedzenia, a ćwiczenia fizyczne bardziej intensywne. Organizm ulega

wyniszczeniu. Znaczne wychudzenie (ubytek nawet 45% masy ciała) staje widoczny dla otoczenia. Leczenie jest długotrwałe, przeciętnie trwa ok. 7 lat i obejmuje psychoterapię rodzinną oraz leczenie kliniczne. Bulimia to z gr. wilczy apetyt. Oznacza patologiczne objadanie się. Głównym objawem są napady objadania się kończące się wywoływaniem wymiotów lub zastosowaniem środków przeczyszczających. Leczenie bulimii może być prowadzone ambulatoryjnie lub w warunkach szpitalnych i także obejmuje psychoterapię rodzinną oraz leczenie farmakologiczne. Zaburzenia odżywiania dotyczą także płci męskiej, wprawdzie z dużo mniejszą częstotliwością niż u kobiet. Mężczyźni rzadziej przyznają się (nawet przed samym sobą) do problemu odżywiania się ponieważ uważają, że jest to problem kobiet. Zaburzenia odżywiania występują głównie w krajach wysoko rozwiniętych, w których pożywienie jest łatwo dostępne, a reklamy zachęcają, z jednej strony do konsumpcji a z drugiej strony zachwalają szczupłą sylwetkę.

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie jaki wpływ na odżywianie młodego człowieka mają środki masowego przekazu oraz uzyskanie informacji o sposobie ich odżywiania i postrzeganiu wyglądu własnego ciała.

Materiał i metoda. Badaniem objęto grupę 101 dzieci w klinice pediatrii. Badania przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej. Jako narzędzie badawcze wykorzystano anonimowy kwestionariusz ankiety, który wypełniała młodzież po uzyskaniu zgody swoich rodziców.

Wyniki badań. Badaniem objęto grupę 42 chłopców (42%) i 59 dziewczynek (58%). Ankietowanych podzielono na dwie grupy wiekowe (12-14 lat i 15-18 lat) kierując się stopniem rozwoju somatycznego i psychospołecznego. W odpowiedzi na pytanie „Czy lubisz swój wygląd?” 42 (85,7%) badanych chłopców odpowiedziało, że tak, 6 (14,3%) że nie. Spośród 59 dziewczynek 47 (79,7%) odpowiedziało, że tak, 12 (20,3%) odpowiedziało - nie. Ponad połowę więcej dziewczynek - 22 (37,3%) w porównaniu z chłopcami - 6 (14,3%) chciałaby schudnąć. Zdecydowana większość zarówno chłopców (88,1%) jak i dziewcząt (74,6%) nigdy nie stosowała diety w celu obniżenia masy ciała. Wśród badanych przeważa opinia, że w dziedzinie stylu życia i mody osoby takie jak aktorzy, piosenkarze, modele i modelki nie są godni naśladowania. Uważa tak 38 (90%) chłopców i 45 (76%) dziewczynek. Z analizy zebranego materiału wynika, że 38 (61,1d%) dziewczynek i 19 (45,2%) chłopców rozmawia ze swoimi rodzicami o zdrowym sposobie odżywiania. Na pytanie „Ile posiłków zjadasz w ciągu dnia?” ankietowani w większości odpowiedzieli, że spożywają powyżej 4 posiłków. Ilość i jakość spożywanych posiłków kontrolują rodzice 21 (50%) chłopców i 26

57

(44%) dziewczynek. Zdecydowana większość dzieci i młodzieży spożywa mleko pod różnymi postaciami, tylko 16% nie pije mleka. Owoce codziennie zjada 39% osób, kilka razy w tygodniu 47% dziewcząt i chłopców, 4 osoby nie je w ogóle owoców. Większość, bo aż

98% z badanej grupy podjada między posiłkami. Najczęściej wybierane przekąski to: cukierki, kanapki, guma do żucia, ciastka, owoce, frytki, chipsy. Najczęstszym napojem, poza herbatą jest coca-cola. Większość badanych, bo aż 72 osoby (69,5%) uważa, że odżywia się prawidłowo.

Dyskusja. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania ze strony nie tylko lekarzy ale i społeczeństwa zaburzeniami odżywiania. Przyczyną tego jest rosnąca liczba osób nimi dotkniętych. W badaniach Kurpas i wsp. przeprowadzonych wśród kobiet w wieku od 14 do 24 lat ponad połowa z nich była niezadowolona ze swojej sylwetki a duża część (80%) chciałaby schudnąć. W badaniach własnych 12 dziewczynek (20%) i 6 (14%) chłopców nie akceptuje swojego wyglądu. Koberacka i wsp. na podstawie wyników przeprowadzonych badań wśród 92 kobiet w wieku 14 – 26 lat zauważyła, że część badanych wykazuje przekonanie, iż kobiety ocenia się przez ich szczupły wygląd. Około 2/3 objętych badaniem kobiet sądzi, że mężczyźni preferują szczupłe kobiety i że to one mają większe wśród nich powodzenie. Z badań Kurpas wynika, 32,3% dziewcząt zjada trzy posiłki dziennie, a 25,8% cztery, natomiast aż 1/5 jedynie 2 posiłki. Potwierdziły to także badania Bonieckiej i wsp. słodcyce codziennie spożywa 35% ankietowanych, a kilka razy dziennie sięga po nie 17% badanych. Spożywanie jedzenia typu fast – food jest również wysokie – kilka razy w tygodniu zjada je niemal co 5 badany, podobnie jak słodkie napoje gazowane. Z badań własnych wynika, że większość (70%) respondentów uważa swój sposób odżywiania za prawidłowy, a 30% dostrzega w nim nieprawidłowości.

Wnioski. Wyniki badań własnych wskazują, że dzieci i młodzież w wieku szkolnym nie odżywia się prawidłowo. Istnieje brak wiedzy dotyczącej prawidłowego odżywiania się oraz skutków nieprawidłowej diety. Im dziewczynki są starsze, tym więcej ich chce schudnąć, przeciwnie jest u chłopców. Wiedza badanych na temat zaburzeń odżywiania nie jest optymistyczna; większość chłopców ich nie zna, a tylko połowa dziewcząt potrafiła udzielić właściwej odpowiedzi.

4.3. Praca - studium przypadku

Praca licencjacka, mająca charakter pracy kazuistycznej została napisana przez licencjatkę pielęgniarstwa Beatę Grobelną pod kierunkiem dr Mirosławy Kram.

Praca w oryginale liczy 51 stron.

58

Problemy zdrowotne dziecka z otyłością prostą. Studium indywidualnego przypadku.

Obraz kliniczny choroby. Otyłość jest ogólnoustrojową, przewlekłą chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzenia równowagi między poborem a wydatkowaniem energii. Objawia się zwiększeniem tkanki tłuszczowej w organizmie. Otyłość zaburza wszystkie aspekty zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Etiopatogeneza otyłości jest wieloczynnikowa. Uwzględnia się w niej predyspozycje genetyczne, środowiskowe oraz czynniki psychologiczne. Współcześnie ogromną rolę w powstawaniu nadwagi i otyłości przypisuje się środkom masowego przekazu.

Otyłość prosta jest wynikiem długotrwałego, dodatniego bilansu energetycznego i jest odpowiedzialna za ponad 90% otyłości występującej u dzieci i młodzieży. Wynika z nieprawidłowego odżywiania i niedoboru wysiłku fizycznego w życiu codziennym. Psychospołecznymi następstwami otyłości są: brak akceptacji w środowisku rówieśniczym, konflikty i agresywne zachowania. Szczególnie w okresie adolescencji, kiedy ocena własnej osoby jest bardzo krytyczna. Porównywanie się z rówieśnikami oraz proponowany przez media wzorzec urody wypada niekorzystnie dla otyłych młodych ludzi.

Objęcie otyłego dziecka opieką medyczną polega na określeniu stopnia nadwagi/ otyłości, postawienie diagnozy lekarskiej, pielęgniarstwa, psychologicznej. Opieka jest długotrwałym, kompleksowym postępowaniem. Najlepsze rezultaty uzyskuje się stosując: edukację zdrowotną pacjenta i jego rodziny, zalecenia dietetyczne, indywidualny program ćwiczeń oraz psychoterapię.

Opis przypadku.

Dziewczynka urodziła się w 2004 r. jako pierwsze dziecko jej rodziców. Przebieg ciąży był prawidłowy. Poród odbył się w szpitalu w 39 tygodniu trwania ciąży, siłami i drogą natury. Dziewczynka urodziła się w stanie ogólnym dobrym, otrzymała 9 punktów w skali Apgar. Urodzeniowa masa ciała wynosiła 3180 g, długość ciała 54 cm, obwód głowy 36 cm, obwód klatki piersiowej 34 cm. Matka karmiła dziecko piersią do 1 roku życia. Dietę niemowlęcia zaczęła rozszerzać w 6 miesiącu życia. Rozwój psychomotoryczny w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym przebiegał prawidłowo. Gdy dziewczynka skończyła 2 lata, matka urodziła drugą córkę. Widząc karmioną niemowlę, dziewczynka zaczęła domagać się więcej jedzenia dla siebie. Jadła kiedy tylko miała ochotę i zaczęła podjadać słodkie między posiłkami. W 6 r.ż. podczas badania bilansowego stwierdzono: masę ciała 43,6 kg (>97 centyla), wysokość ciała 127 (> 97 centyla). Lekarz rodzinny zdiagnozował otyłość prostą. Zalecił odpowiednie badania biochemiczne krwi oraz wprowadzenie zmian w żywieniu dziecka. Jednak matka nie

59

przestrzegła zaleceń dietetycznych, ponieważ każde ograniczenie córce ilości spożywanych posiłków kończyło się gwałtownymi protestami i płaczem dziecka. W wieku 7 lat dziewczynka ważyła 56 kg (>97 centyla), mierzyła 135 cm (>97 centyla), BMI 30,7 (>97 centyla). Podczas wizyty u lekarza rodzinnego w związku z chorobą dziecka, lekarz przeprowadził wywiad i rozmowę z matką. Przyznała ona, że córka ma taki apetyt od ok. 5 lat. Do szkoły zabiera 3 bułki posmarowane grubo masłem i plastrami wędliny. Obiady spożywa w szkolnej stołówce, bardzo jej smakują i często prosi o dokładkę. Po powrocie do domu domaga się drugiego obiadu, który otrzymywała. Po obiedzie ogląda TV. W porach wiosenno- letnich chętnie wychodziła na podwórko, aby bawić się z rówieśnikami. Ci jednak ją odrzucali. Wobec tego wracała do domu i po odrobieniu lekcji oglądała telewizję. Na podwieczorek z reguły jadła 2-3 kromki chleba z dżemem lub miodem. Kładzie się spać ok. godz. 21, jak zawsze przy włączonym telewizorze.

Celem pracy była analiza bio-psychospołecznej sytuacji dziecka z otyłością prostą oraz rozpoznanie i opisanie problemów zdrowotnych.

Metodami badawczymi były: przegląd artykułów oraz tematycznej literatury dotyczącej problematyki otyłości prostej, analiza dokumentacji medycznej dziecka. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Dokonano identyfikacji problemów pielęgnacyjnych i opiekuńczych dziecka.

Plan opieki pielęgniarstwa. W oparciu o rozpoznane problemy zdrowotne dziecka tj. brak wiedzy u matki i córki na temat racjonalnego odżywiania się; trudności w podjęciu zwiększonej aktywności fizycznej; niską motywację dziecka do zmiany trybu życia, opracowano plan opieki pielęgniarstwa oraz sposób realizacji działań pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Podsumowanie. Otyłość wieku dziecięcego nie jest jedynie konsekwencją uwarunkowań genetycznych lecz wynika z nabywania nieprawidłowych nawyków żywieniowych od wczesnego dzieciństwa. Stawiając czoła problemowi nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży należy rozpocząć od współpracy z dzieckiem i jego rodziną

w zakresie oceny stanu odżywienia i sposobu żywienia, analizy piramidy żywienia i jej dostosowanie do konkretnego dziecka, zachęcania i ułożenia planu ćwiczeń we współpracy z rehabilitantem. Konieczna jest także współpraca z pedagogiem szkolnym oraz psychologiem. Dziecko z otyłością powinno otrzymać pomoc i wsparcie od osób mu najbliższych i członków zespołu terapeutycznego.

Przedstawione prace nawiązują i odkrywają nowe perspektywy w badaniach naukowych w pielęgniarstwie.

60

4.4. Przygotowanie do egzaminu

Napisaną i oprawioną pracę dyplomową przekazuje się do dziekanatu. Praca musi być wydrukowana jednostronnie i oprawiona. Do pracy dołącza się płytę CD z wersją elektroniczną pracy, przy czym obydwie wersje muszą być identyczne. Dołącza się także oświadczenie, że praca została przygotowana i wykonana samodzielnie. Całość podpisane przez autora pracy z podaniem miejsca i daty. Treść Oświadczenia regulują załączniki nr 2 i 4 do Zarządzenia nr 48 Rektora UMK z dnia 15 kwietnia 2008 r. Pracę licencjacką pisze się

w 4 egzemplarzach. Praca dla promotora i dla autora (czyli samego siebie) powinna być

oprawiona w sztywnej okładce. Praca dla recenzenta i do archiwum Dziekanatu może być

zbindowana. Każda praca dyplomowa jest przechowywana w archiwum dziekanatu przez

okres 20 lat.

Warunkiem złożenia pracy jest uzyskanie jej akceptacji przez promotora a warunkiem dopuszczenia do egzaminu dyplomowego jest zdanie wszystkich egzaminów obowiązujących w czasie studiów, uzyskanie wszystkich zaliczeń i ocena pozytywna z recenzji pracy dyplomowej [15,21].

Egzamin dyplomowy zdaje się przed komisją, w skład której wchodzi: dziekan jako przewodniczący (przewodniczącym może także być prodziekan lub wyznaczony przez dziekana profesor), promotor i recenzent. O kolejności zdawania egzaminu decyduje harmonogram ustalony przez pracowników dziekanatu, którzy porządkują kolejność jego zdawania.

Z reguły, egzamin dyplomowy zdaje się grupami, to znaczy, że grupa seminaryjna danego promotora zdaje go w jednym terminie. Natomiast dyplomanci zdają egzamin pojedynczo.

Egzamin ma charakter ustny. Zakres egzaminu dyplomowego obejmuje przedmiot seminarium dyplomowego, tematykę pracy dyplomowej oraz wiedzę z podstawowych przedmiotów danego kierunku studiów [15,21].

Do egzaminu należy się dobrze przygotować pod względem merytorycznym (rzeczowym czyli z zakresu posiadanej wiedzy).

Przygotowanie autoreferatu czyli zwięzłego przedstawienia pracy jest pierwszym jego krokiem. Tekst autoreferatu powinien należeć do podziału na małe, logicznie po sobie następujące podrozdziały, z

podkreślonymi tytułami, których należy nauczyć się na pamięć. Spośród wielu wskazówek co do treści autoreferatu jego schemat może wyglądać następująco: tytuł, uzasadnienie celowości tematu, wyszczególnienie tez pracy, metody

61

doboru materiałów wraz z ich uzasadnieniem, metody badawcze wraz z ich uzasadnieniem, implikacje do teorii i/lub do praktyki [6,15,23].

Treści w nich zawarte należy przeczytać kilka, kilkanaście razy, aby w trakcie obrony, móc je przedstawić w swobodnej wypowiedzi. Członkowie komisji nie oczekują recytowania całego tekstu na pamięć. Nawet najznakomitszemu oratorowi grozi „zacięcie się”. Poza tym taka prezentacja może być z dużym prawdopodobieństwem zbyt sztuczna, mechaniczna, pozbawiona emocji i indywidualizmu. Żeby do tego nie doszło, można poszukać kogoś np. w gronie rodziny, koleżanek, kolegów - do odegrania roli komisji. Próbną obroną daje z jednej strony możliwość przećwiczenia, a z drugiej strony pozwoli wykryć słabe momenty autoreferatu, jak zdania mało zrozumiałe czy nawet zbędne. „Koleżeńska” komisja powinna też zwrócić uwagę na tempo wypowiedzianych słów. Powinno ich być ok. 60 na minutę.

Kolejnym etapem jest przygotowanie psychiczne i fizyczne do ostatniego egzaminu jakim jest obrona pracy dyplomowej. Przede wszystkim należy myśleć pozytywnie. To połowa sukcesu, jeśli nie więcej. Myśli należy skierować na czekającym zadaniu, aby jak najlepiej odegrać rolę głównego bohatera. Warto sobie uświadomić, że to nie egzamin sam w sobie nas stresuje, ale ocena i sposób w jaki go odbieramy. Prawdopodobnie na samą myśl, że będą widoczne rumieńce na twarzy, drżenie rąk i słychać będzie drżący głos wprawia nas w zakłopotanie. A przecież są to naturalne, fizjologiczne reakcje organizmu i wcale nie trzeba się tego powodu denerwować. Więcej, przyznanie się do tego przed samym sobą uspokaja i zmniejsza intensywność reakcji.

Aby w pełni zapanować nad egzaminacyjnym stresem należy starannie zadbać o swój wygląd. Od panów oczekuje się przyjscia w garniturze i dobranej do niego koszuli i krawatu. Od pań oczekuje się stonowanej garsonki, kostiumu. Dobrze widziany jest makijaż oraz staranna fryzura. Owe oczekiwania wymusza ranga egzaminu.

4.5. Przebieg egzaminu

Przed wejściem na salę, opanować się i zachować spokój. Po przekroczeniu progu drzwi, po powitaniu członków komisji należy usiąść na wskazane miejsce. Przewodniczący komisji prosi dyplomanta o przedstawienie autoreferatu – którego tekst powinien być połączeniem streszczenia pracy z jej wstępem i wnioskami końcowymi. Wystąpienie powinno być przewidziane na ok. 5 - 8 minut i należy go skończyć w odpowiednim czasie i zdaniem wypowiedzianym w sposób zdecydowany, tak aby członkowie komisji mogli się zorientować że nastąpił koniec. Teraz przychodzi czas na zadawanie pytań przez członków komisji. Na

62

pytania egzaminacyjne należy odpowiadać rzeczowo i spokojnie, zrozumiale, ściśle i na temat. Mogą mieć

postać: np. „W jaki sposób doszła Pani do takich wyników?”, „Dlaczego zastosował (a) Pan/Pani w pracy metodę X, skoro znane są inne metody naukowe?”. Pytań jest kilka, z reguły do trzech.

Egzamin zbliża się ku końcowi. O jej zakończeniu decyduje przewodniczący komisji. Dyplomant wychodzi z sali, a komisja naradza się. Promotor i recenzent odczytują swoje oceny przyznane dyplomantowi za pracę. Następnie ustalane są oceny (noty) za odpowiedzi na stawiane w trakcie obrony pytania. Na koniec oblicza się wynik egzaminu dyplomowego oraz końcowej oceny studiów. Po jej zakończeniu, dyplomant (po raz ostatni) staje przed komisją, a przewodniczący ogłasza: „Komisja po zapoznaniu się z pracą i po przeprowadzeniu egzaminu dyplomowego – ogłasza, że zdał(a) Pan/Pani egzamin w wyniku X i uzyskał(a) Pan/Pani tytuł licencjata pielęgniarstwa z ogólnym wynikiem Y.

Egzamin dyplomowy kończy okres studiów i zarazem otwiera nowy okres w życiu każdego młodego człowieka, tj. okres pracy zawodowej z dyplomem potwierdzającym ukończenie studiów wyższych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bortnowski S. Warsztaty dziennikarskie. Wyd. STENTOR Warszawa 1999.
2. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Wyd. PWN Warszawa 1999.
3. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twarduś K.. Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2011.
4. Chlebna-Sokół D., Ligenza I., Michałus I., Haładaj K.. Problemy zdrowotne dzieci z ciąż wielopłodowych – obserwacje własne. *Pediatrics Polska*. t.82, nr 12 2007: 946 – 950.
5. Dudkiewicz W. Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki. Wyd. Stachurski Kielce 2001.
6. Gambarelli G., Łucki Z. Jak przygotować pracę dyplomową lub doktorską. Wyd. UNIVESRSITAS Kraków 2001.
7. Górajek – Józwick J. Sytuacja zdrowotna człowieka i środowiska. [w]: Zahradniczek K. (red.): Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1995.
8. Jędrychowski W. Epidemiologia. Wprowadzenie i metody badań. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1999, s:114 – 116.
9. Kaczmarek T. T. Poradnik dla studentów piszących pracę licencjacką lub magisterską. Warszawa 2005. www.kaczmarek.waw.pl.
10. Krawczyńska -Butrym Z. (red.): Diagnostyka pielęgniarska. Wyd. Lek. PZWL. Warszawa 1999.
11. Kózka M. Zastosowanie badań naukowych w praktyce zawodowej pielęgniarki. [w]: Kózka M., Płaszewska –Żiwko L.: Procedury pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL. Warszawa 2009.
12. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2010.
13. Lesińska- Sawicka M.(red.): Metoda case study w pielęgniarstwie. Wyd. Borgis Warszawa 2009.
14. Lindsay D. Dobre rady dla piszących teksty naukowe. Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej.

Wrocław 1995.

15. Majchrzak J., Mendel T. Metodyka pisania prac magisterskich i dyplomowych. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Poznań 1999.

16. Nęcka E., Stocki R. Jak pisać prace z psychologii. Poradnik dla studentów i badaczy.

Wyd. UNIVESRSITAS Kraków 2006.

17. Nowak S. Metodologia badań społecznych. Wyd. Naukowe PWN Warszawa 1985.

64

18. Obecny A.: Statystyka opisowa w Excelu dla szkół. Ćwiczenia praktyczne. Wyd. HELION Gliwice 2002.

19. Syrek E. (red.) Jakość życia w chorobie. Społeczno- pedagogiczne studium indywidualnych przypadków. Wyd. Impuls Kraków 2001.

20. Trzeciak B. Podstawy metodologii badań medycznych. Skrypt dla studentów wydziałów fizjoterapii, pielęgniarstwa i kosmetologii. Wyd. SWSiP. Łódź – Kołobrzeg 2010.

21. Urban S. Ładoński W. Jak napisać dobrą pracę magisterską. Wyd. Akademii Ekonomicznej Wrocław 2003.

22. Węglińska M. Jak pisać pracę magisterską? Poradnik dla studentów. Wyd. Impuls Kraków 1997.

23. Wojciechowska R. Przewodnik metodyczny do pisania pracy dyplomowej. Difin. Warszawa 2012. 13]

24. Wrońska I. Badania naukowe w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo 2000, 1(30), 1997.

25. Zahradniczek K. (red.) Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2004.

26. Zarzycka D. Wsparcie społeczne wybranej kategorii pacjentów onkologicznych – próba obiektywizacji ocen. Psychoonkologia 1997, nr 1: 56- 62.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1. Regulamin pisania prac dyplomowych

Regulamin pisania prac dyplomowych (licencjackich i magisterskich) przez studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medium UMK. Kierunki: pielęgniarstwo – I stopnia, położnictwo I stopnia, zdrowie publiczne - II stopnia, fizjoterapia – II stopnia, pielęgniarstwo – II stopnia, położnictwo II stopnia.

1. Tematyka prac dyplomowych realizowanych na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medium Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu powinna dotyczyć zagadnień tematycznych związanych ze specyfiką prowadzonych kierunków studiów, tj. pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii i zdrowia publicznego.

2. Objętość prac licencjackich nie powinna być mniejsza niż 45 stron, zaś prac magisterskich mniejsza niż 70 stron, wliczając stronę tytułową, piśmiennictwo, streszczenie w języku polskim i angielskim oraz spis treści.

3. Praca licencjacka zasadniczo jest pracą poglądową, może mieć również charakter pracy badawczej. Praca magisterska jest pracą badawczą, możliwe jest także przygotowanie pracy poglądowej z zastrzeżeniem konieczności zamieszczenia w pracy elementów autorskiego sposobu opracowania problemu.

4. Układ pracy powinien zawierać następujące elementy: strona tytułowa zgodna z zarządzeniem Rektora UMK, dopuszcza się umieszczenie podziękowań, wykaz skrótów, słowa kluczowe (od 3 do 6), spis treści, rozdziały: wstęp, cel pracy, pacjenci (materiał) i metodyka, wyniki, omówienie wyników lub dyskusja, wnioski, lub inne stosownie do tematyki i charakteru pracy, streszczenie w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, spis tabel i rycin, aneks (np. kwestionariusz ankiety, kopia zgody Komisji Bioetycznej). Objętość streszczenia nie powinna przekraczać jednej strony.

5. Praca powinna być napisana czcionką o rozmiarze 12, odstęp między wierszami 1,5, marginesy z prawej strony, od góry i dołu powinny mieć po 2,5 cm, od strony lewej 3,5 cm – na oprawienie. Tabele powinny być opisane w nagłówku z numeracją cyframi rzymskimi, zaś wykresy, fotografie, schematy powinny być podpisane poniżej, numeracja cyframi arabskimi.

66

Użyte skróty powinny być wyjaśnione. Prace cytowane z czasopism naukowych powinny zawierać nazwiska i inicjały wszystkich autorów, tytuł, skrót nazwy wg Index Medicus lub przy braku pełną nazwę, rok wydania, wolumen, numer pierwszej i ostatniej strony. Rozdziały książek lub monografie powinny być cytowane poprzez wymienienie nazwisk i inicjałów autorów, tytułu rozdziału, tytułu książki, nazwiska i inicjałów imion redaktora książki, wolumenu, wydawcy, miejsce wydania, roku i stron. Strony internetowe należy cytować podając nazwiska i inicjały imion autorów, tytuł opracowania, nazwę strony, adres internetowy RL i datę wejścia na stronę. Praca licencjacka powinna zawierać nie mniej niż 20 pozycji piśmiennictwa, a praca magisterska nie mniej niż 40 pozycji.

6. Przepisy prawne dotyczące praw autorskich znajdują swoje zastosowanie podczas pisania prac licencjackich i magisterskich. Źródła wykorzystane w pracy powinny być opisane miejscem ich pochodzenia. Dotyczy to zarówno treści słownych jak i rycin, grafik, wykresów, schematów, fotografii i innych. Nie jest dopuszczalne przepisywanie fragmentów tekstu z wszelkich źródeł. Materiał tekstowy powinien być przedstawiony przez piszącego własnymi słowami, nie jest dopuszczalne przenoszenie całych fragmentów tekstu oryginalnego. Prace dyplomowe mogą podlegać elektronicznemu przeglądowi w celu wykrycia możliwości popełnienia plagiatu.

7. Opiekunami prac dyplomowych studentów Wydziału są nauczyciele akademicki zgodnie z uchwałą Senatu UMK. Dziekan wyznacza recenzenta (recenzentów) pracy dyplomowej, ustala skład komisji i termin egzaminu dyplomowego.

Załącznik nr 2. Procedury przyjęcia i recenzji pracy dyplomowej w systemie APD

Procedury przyjęcia i recenzji pracy dyplomowej w systemie APD (Archiwum Prac Dyplomowych)

Od roku akademickiego 2009/2010 na wszystkich kierunkach prowadzonych na Wydziale Nauk o Zdrowiu obowiązują nowe procedury przyjęcia i recenzji pracy dyplomowej w systemie APD. Procedury obowiązują nauczycieli akademickich, studentów oraz pracowników dziekanatu.

Etap I

Pracownik dziekanatu po złożeniu przez studenta kompletu dokumentów do egzaminu dyplomowego wprowadza do systemu USOS dane dzięki którym otworzy studentowi dostęp do systemu APD.

Etap II

Student zobowiązany jest o wprowadzenie do systemu APD (Archiwum Prac Dyplomowych) po złożeniu w dziekanacie kompletu dokumentów do egzaminu dyplomowego, następujących informacji:

-streszczenia pracy;

-słów kluczowych;

-tytułu pracy w języku angielskim.

Po wprowadzeniu informacji zatwierdza je, następnie ładuje do APD plik z pracą (zatwierdzoną przez opiekuna) w formacie PDF wraz z załącznikami.

O WYKONANIU CZYNNOŚCI INFORMUJE OPIEKUNA PRACY.

Etap III

Opiekun pracy sprawdza wprowadzone dane, akceptuje zapisy lub zwraca autorowi pracy do poprawy.

Etap IV

Opiekun pracy oraz recenzent wpisują treść recenzji, zatwierdzają, drukują i podpisaną recenzję przekazują do dziekanatu Wydziału.

Brak uzupełnienia wyżej wymienionych informacji najpóźniej na pięć dni przed

przystąpieniem do egzaminu dyplomowego uniemożliwi przeprowadzenie tego

egzaminu.

68

Załącznik nr 3. Oświadczenie autora/autorów pracy

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 48 Rektora UMK

z dnia 15 kwietnia 2008 r.

O Ś W I A D C Z E N I E A U T O R A / A U T O R Ó W P R A C Y Świadom odpowiedzialności prawnej,
oświadczam, że praca dyplomowa pt.

.....
.....

została napisana przeze mnie samodzielnie i nie zawiera treści uzyskanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami prawa.

Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika pracy dla potrzeb działalności dydaktycznej i naukowej.

Oświadczam również, że przedstawiona praca nie była wcześniej przedmiotem procedur związanych z uzyskaniem tytułu zawodowego w wyższej uczelni.

.....

Data podpis autora /autorów pracy

69

Załącznik nr 4. Oświadczenie autora/autorów pracy

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 48 Rektora UMK

z dnia 15 kwietnia 2008 r.

OŚWIADCZENIE AUTORA/AUTORÓW PRACY

Oświadczam, że drukowana wersja pracy jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.

.....

Data podpis autora /autorów pracy

70

Załącznik nr 5. Wzór strony tytułowej

WZÓR STRONY TYTUŁOWEJ:

Załącznik nr 3 do zarządzenia Rektora UMK Nr 48
z dnia 15 kwietnia 2008 r.

Uniwersytet Mikołaja Kopernika <Nazwa Wydziału><Nazwa Katedry/Instytutu>

<Imię i nazwisko>

Nr albumu: <numer albumu>

Praca <rodzaj: magisterska lub licencjacka>
na kierunku <nazwa kierunku, np. Kulturoznawstwo>

<Tytuł pracy dyplomowej>

Praca wykonana pod kierunkiem
<tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko>
<nazwa jednostki zatrudniającej kierującego
pracą>

Toruń <rok>

Pracę przyjmuję i akceptuję

Potwierdzam złożenie pracy dyplomowej

.....

data i podpis opiekuna pracy data i podpis pracownika dziekanatu