**Poradnik pisania pracy dyplomowej**

**w oparciu o studium indywidualnego przypadku**

**PWSZ w Głogowie - Kierunek Pielęgniarstwo, Studia I stopnia**

*Praca zbiorowa:*

*dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor, dr n. med. Edyta Kędra, dr n. o zdr. Dorota Milecka (1.02.2022 r.)*

Poradnik pisania pracy dyplomowej stanowi jedynie rekomendacje i uściślenie pojęć stosowanych w Regulaminie Dyplomowania na kierunku pielęgniarstwo - studia I stopnia w PWSZ w Głogowie. Regulamin jest jedynym wymaganym dokumentem określającym zawartość, zalecenia edytorskie oraz techniczne pracy dyplomowej. Stopień wykorzystania rekomendacji zawartych w niniejszym Poradniku zależy od promotora pracy dyplomowej. Celem opracowania Poradnika jest doskonalenie procesu dyplomowania studentów pielęgniarstwa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Zawartość** | **Przykłady** | **Liczba stron** |
| **Strona tytułowa** | Strona zgodna z Regulaminem Dyplomowania PWSZ w Głogowie.  **Tytuł pracy** - musi zawierać jasno określony przedmiot badań oraz dopisek wskazujący, że zastosowana metoda badawcza to metoda indywidualnego przypadku (co wynika ze standardu kształcenia).  Strona tytułowa bez numeru strony.  Z tematu pracy wyprowadzany jest cel ogólny. | **Temat:** Opieka pielęgniarska nad pacjentem…..; Sprawowanie opieki pielęgniarskiej chorego z …; Proces pielęgnowania chorego z …..;  Zadania pielęgniarki wobec pacjenta z …..; Zindywidualizowana i holistyczna opieka pielęgniarska wobec pacjenta z ….;  Udział pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych metodą tomografii komputerowej.  **Ważne:** wszystkie przedstawione powyżej tematy z  dopiskiem - studium przypadku lub w oparciu o metodę indywidualnego przypadku lub z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku. | 1 |
| **Spis treści** | Z niego wyprowadzane są cele szczegółowe i odwrotnie z celów szczegółowych wynikają rozdziały i podrozdziały.  **Spis treści powinien zawierać:**  Wstęp   1. Przedmiot badań w świetle literatury, tzn. aspekty kliniczne danego schorzenia/stanu zdrowotnego oraz aspekty opieki pielęgniarskiej – dostępne w literaturze. 2. Cele pracy - ogólny i szczegółowe 3. Metodykę badań 4. Materiał i metodę badawczą wraz z technikami i narzędziami badawczymi. 5. Organizację badań i charakterystykę terenu badań. 6. Opis przypadku – w tym także model/modele pielęgnowania wybrany/e w opiece nad pacjentem oraz proces pielęgnowania. 7. Dyskusję 8. Wnioski 9. Bibliografię 10. Spis tabel 11. Spis Rycin 12. Załączniki | Wykaz skrótów i akronimów  Wstęp  1. Przedmiot badań w świetle literatury  1.1. Etiologia, patomechanizm oraz przebieg zakażenia układu moczowego u dzieci  1.2.Diagnostyka oraz leczenie dzieci z zakażeniem układu moczowego z omówieniem udziału pielęgniarki w tym zakresie  1.3.Rola pielęgniarki wobec problemów bio-psycho-społecznych dziecka z zakażeniem układu moczowego ze szczególnym uwzględnieniem diety i higieny.  2. Cele pracy  3.Materiał, metoda badawcza (w tym techniki i narzędzia badawcze oraz organizacja przebiegu badań)  4.Opis przypadku wraz z wybranym wobec pacjenta modelem pielęgnowania oraz procesem pielęgnowania  4.1.Przestawienie danych o stanie zdrowia – zawierające dane bio-psycho-społeczne, czyli przedstawienie wyników badania uzyskanych na drodze zaplanowanych technik badawczych. Innymi słowy, ocena stanu bio-psycho-społecznego pacjenta/ki i jej/jego środowiska na podstawie uzyskanych danych.  4.2.Charakterystyka ogólnej sytuacji zdrowotnej i chorobowej pacjenta (omówienie na podstawie uzyskanych danych z zachowaniem chronologii zdarzeń i gradacją diagnoz dotyczących stanu bio-psycho-społecznego pacjenta).  4.3. Wybrany wobec pacjentka model pielęgnowania  4.4. Proces pielęgnowania (etap wyłaniania diagnoz pielęgniarskich, planowania oraz oceniania efektów sprawowanej opieki)  5. Dyskusja  6. Wnioski  7. Bibliografia  8. Spis tabel……………………  9. Spis rycin…………………….  10. Załączniki………………. | 1 |
| **Wykaz skrótów  i akronimów** | Zastosowane w pracy skróty oraz ich pełne nazwy. | Przykłady:  1. NRS (ang. *Numerical Rating Scale*) – numeryczna skala bólu  2. BMI (ang*. Body Mass Index*) – wskaźnik masy ciała  3. GCS (ang. *Glasgow Coma Scale*) – skala Glasgow, określa poziom przytomności pacjenta |  |
| **Wstęp -** bez numeru rozdziału | Wstęp (słowo wstępne/uzasadnienie wyboru tematu) ma charakter informacyjny. Jego celem jest krótkie zorientowanie się w tematyce pracy oraz podanie argumentacji dlaczego autor pracy zdecydował się na podjęcie tego tematu, co jest w nim szczególnie istotne, inspirujące i ważne. Wstęp najlepiej pisze się na końcu lub na początku pisania pracy i poprawia się po jej napisaniu. We wstępie można także opisać zawartość pracy, czyli krótko omówić jej rozdziały. | Np.: Cukrzyca będąc chorobą społeczną mimo wielu osiągnięć w zakresie diagnostyki i leczenia w dalszym ciągu stanowi poważne zagrożenie i wyzwanie dla każdego pacjenta i jego rodziny. Opieka pielęgniarska nad chorym z cukrzycą jest jednym z wielu elementów, które wraz z zaangażowaniem chorego mogą składać się na dobrą jakość życia chorego. W związku z powyższym autor pracy podjął się tego istotnego zagadnienia z uwagi na poszukiwanie nowych rozwiązań w poprawie jakości opieki nad pacjentem z cukrzycą. | 1-2 str. |
| **1.Przedmiot badań w świetle literatury**/ Przedstawienie problematyki badań w świetle literatury/ Przegląd piśmiennictwa w obszarze poruszanej problematyki badawczej/Krytyczny przegląd literatury dotyczącej przedmiotu badań/Analiza piśmiennictwa/Wprowadzenie w problematykę leczenia i pielęgnowania chorego… (tutaj dana jednostka chorobowa)… na podstawie dostępnej literatury | **Część teoretyczna**  Wprowadzenie w problematykę: aspekty kliniczne jednostki chorobowej oraz opieki pielęgniarskiej.  Ważne jest zachowanie proporcji. Więcej doniesień z literatury powinno dotyczyć opieki pielęgniarskiej niż kliniki, czy też leczenia.  Istotny jest dobór literatury: więcej pism naukowych niż książek i literatura nie starsza niż 10 lat.  Ważne jest także „rozmyślne” czytanie literatury pod kątem wykorzystania jej w różnych rozdziałach pracy dyplomowej, stąd najpierw musi być ustalony spis treści – czyli zaplanowana zawartość merytoryczna (oczywiście w czasie pisania pracy, można skorygować spis treści wprowadzając zmiany na podstawie doniesień z literatury). | **Aspekty kliniczne jednostki chorobowej:** istota choroby, epidemiologia, czynniki ryzyka, etiologia, objawy chorobowe, diagnostyka, leczenie, zapobieganie ze szczególnym uwzględnieniem roli pielęgniarki.  **Aspekty opieki pielęgniarskiej:** Opieka pielęgniarska nad pacjentem….  Opracowanie tej części jest szczególnie ważne, ponieważ do niej będzie można się odnieść w dyskusji – przywołując jedynie danego autora i w ogólności prezentowaną przez niego myśl/wyniki badań/definicję. Natomiast nie prezentowane na tym etapie dane/informacje/doniesienia z literatury użyte w dyskusji wymagają szerszego omówienia.  Istotne jest także to, że jeśli w celach szczegółowych zawarte będzie np. „ukazanie funkcji edukacyjnej pielęgniarki”, to nie może zabraknąć omówienia tego zadania w części teoretycznej pracy dyplomowej (czyli w rozdziale nr 1) oraz w procesie pielęgnowania na poziomie diagnoz i interwencji pielęgniarskich. | 3-4 strony  5-6 stron |
| **2. Cel pracy** | Cel główny i cele szczegółowe będą wypływały z tematu pracy oraz spisu treści. **Uwaga:** wnioski muszą wiązać się z celami pracy dyplomowej, stąd tak bardzo ważny jest etap ustalania celów. Nawet już po ustaleniu celów można wstępnie konstruować wnioski - oczywiście jedynie w części. Np. jeśli celem będzie ustalenie zakresu edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę wobec pacjenta ze schorzeniem ….. to wniosek może być sformułowany w sposób następujący: zakres edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę wobec pacjenta z schorzeniem … obejmuje …… | **Cel główny:**  Celem głównym pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania wobec pacjenta z …….. .  **Cele szczegółowe:**   1. Przedstawienie aspektów klinicznych jednostki chorobowej jaką jest …… 2. Omówienie zadań pielęgniarki w diagnostyce i leczeniu pacjenta z np. cukrzycą, a także zakresu opieki pielęgniarskiej (na podstawie dostępnej literatury). 3. Identyfikacja diagnoz pielęgniarskich wynikających ze stanu bio-psycho-społecznego pacjenta objętego studium przypadku oraz zaplanowanie opieki pielęgniarskiej. 4. Przedstawienie wybranego wobec chorego modelu opieki pielęgniarskiej, spełniającego założone cele pielęgnowania. 5. Przedstawienie metod umożliwiających poprawę jakości życia pacjenta z ……….. | 0,5-1 str. |
| **3. Materiał i metoda badawcza/Materiał, metoda, techniki i narzędzia badawcze** | | |  |
| **3a. Materiał w tym organizacja badań i charakterystyka terenu badań** | Krótki opis miejsca przeprowadzenia badań np. oddziału - specyfika miejsca udzielania świadczeń/okres w roku, ewentualne trudności itp. | Np. Studium przypadku zostało przeprowadzone na oddziale …… w okresie od.. do… Na oddziale zatrudnionych jest ….pielęgniarek, psycholog…. ….Oddział wyposażony jest … */Badania zostały przeprowadzone w środowisku domowym pacjenta/środowisku nauczania i wychowania ucznia, w okresie od… do… Pacjent/rodzina pacjenta/uczeń/rodzice ucznia/opiekunowie prawni ucznia został/zostali poinformowany/i o celowości badań i wyraził/li zgodę na ich przeprowadzenie.* | 0,25-05- strony |
| 3b. **Metoda badawcza/metoda, techniki i narzędzia badawcze** | Przedstawienie metody, narzędzi i technik badawczych umożliwiających zebranie informacji na temat stanu bio-psycho-społecznego pacjenta i jego środowiska.  **Metoda indywidualnego przypadku** (zgodnie ze standardem kształcenia wymieniona jest jedna metoda badawcza) - należy omówić krótko metodę i techniki badawcze oraz podać źródło. W naszym sylabusie dotyczącym przedmiotu - badania naukowe - podane są dwa źródła: „Case Study w pielęgniarstwie” pod red. Małgorzaty Lesińskiej-Sawickiej oraz „Metodologia badań w pielęgniarstwie” - Heleny Lanartowicz i Marii Kózki.  **Techniki badawcze**  1.Technika – **wywiad** - narzędzie kwestionariusz wywiadu.  2.Technika – **obserwacja** - narzędzie - kwestionariusz obserwacji np. wyglądu skóry, czy zachowania pacjenta.  3.Technika – **pomiar.**  Pomiar bezpośredni, np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi w mmHg - narzędzie ciśnieniomierz, pomiar poziomu cukru – narzędzie gleukometr itp.  Pomiar pośredni – skale, testy, np. monitorowania kaniuli obwodowej, skala Douglasa, skala Glasgow, Geriatryczna Skala Oceny Depresji, Test uzależnienia od nikotyny wg Fagerstroma itp.  Istotne jest aby stosując daną skalę omówić ją (do czego służy), podać interpretację wyników oraz źródło.  4.Technika - **analiza dokumentacji medycznej** - narzędzie – wypisy z poprzednich hospitalizacji, wyniki badań, historia choroby i historia pielęgnowania itp.  5.Badanie fizykalne – **oglądanie, opukiwanie, osłuchiwanie, obmacywanie/badanie palpacyjne**.  **Uwaga**: należy podać częstość stosowania danych technik (w miarę możliwości).  Należy także pamiętać, że np. w kwestionariuszu „Historia pielęgnowania” – dane pochodzą z wywiadu, obserwacji, pomiaru.  Szczegółowe omówienie technik badawczych gromadzenia informacji o pacjencie wykorzystywanych w studium przypadku – można znaleźć na stronach 25-36: „Case Study w pielęgniarstwie” pod red. Małgorzaty Lesińskiej-Sawickiej ( zał. nr 1. ).  **Krótka charakterystyka technik badawczych.**  **Wywiad:** to zaplanowana iukierunkowana rozmowa z pacjentem i/lub jego bliskimi nastawiona na uzyskanie informacji o charakterze obiektywnym. Wywiad zawiera pytania dotyczące faktów, zdarzeń np. pytanie o wiek chorego oraz opinie, które odzwierciedlają subiektywne nastawienie/ subiektywną ocenę/postawę chorego wobec danych zdarzeń/wobec choroby np. pytanie o samopoczucie.  Typy wywiadów: ustne i pisemne; skategoryzowane i nieskategoryzowane; jawne i ukryte.  Najczęściej przeprowadzanym wywiadem z pacjentem jest wywiad jawny, polegający na swobodnej rozmowie i wymianie zdań. Opiera się on na przygotowanych pytaniach zarówno zamkniętych, jak i otwartych, na które pacjent odpowiada w sposób nieskrępowany, korzystając z podanych odpowiedzi do wyboru.  **Obserwacja**: celowe, planowane, ukierunkowane i systematyczne spostrzeganie osoby, zjawiska, procesu.  Rodzaje obserwacji: bezpośrednia, pośrednia, kontrolowana, niekontrolowana, jawna, ukryta, bezprzyrządowa, przyrządowa, fotograficzna.  Obserwacja polega na zamierzonym spostrzeganiu tego, co obserwowany robi, jak się zachowuje, jak reaguje w danej sytuacji zdrowotnej i/lub opiekuńczej. Dla celów pielęgnowania obserwacja obejmuje: wygląd ogólny - budowa ciała, proporcje, stan higieny, wady budowy, ubiór, sposób poruszania; mowę ciała - w tym mimika twarzy; zachowanie pacjenta i jego rodziny; emocje; zachowanie się pacjenta w czasie rozmowy - intensywność głosu, dynamika, tembr, cechy artykulacji słów; reakcje pacjenta i jego rodziny w różnych sytuacjach; aktywność życiowa pacjenta.  **Analiza dokumentacji:** służy do gromadzenia informacji o pacjencie na podstawie różnych dokumentów takich jak: historia choroby, historia pielęgnowania, karty obserwacji, karty gorączkowe, wyniki badań diagnostycznych, karty zleceń lekarskich, wyniki konsultacji, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, dzienniczki samokontroli, wypisy/epikryzy z poprzednich hospitalizacji.  **Pomiar**: służy do ilościowego opisu stanu zdrowia lub choroby podmiotu opieki oraz szczegółowych wyznaczników tego stanu, np.: objawów, dolegliwości (temperatura ciała, tętno, ciśnienie krwi, liczba oddechów, skala Douglas, siatki centylowe)**;** sprawności np. Skala Barthel; świadomości pacjenta np. skala Glasgow; jak również wydolności opiekuńczej środowiska.  Istotne jest, że uzyskany wynik pomiaru porównywany jest do przyjętego wzorca, zatem powinna zostać podana interpretacja uzyskanego wyniku (szersze omówienie danego pomiaru/danej skali powinno mieć miejsce w rozdziale dotyczącym metodologii przeprowadzonego studium przypadku).  W opisie tej techniki badawczej należy podać, co będzie mierzone, czym oraz w jakim czasie np. pomiar temperatury, termometrem elektronicznym na podczerwień, 3 razy dziennie, godz. 7.00; 13.00, 21.00.  **Ważne:** podając wyniki parametrów należy wpisywać jednostki miary.  **Badanie fizykalne/badanie przedmiotowe**: oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie, badanie palpacyjne (szczegółowe omówienie np. w książce „Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych” pod red. Elżbiety Krajewskiej-Kułak, Marka Szczepańskiego.  **Uwaga**: w całej pracy dyplomowej wszystkie sformułowania należy zapisać w formie bezosobowej tzn. badanie przeprowadzono w oparciu o metodę indywidualnego przypadku, wykorzystano techniki badawcze ….. | Technika wywiadu, zastosowane narzędzia, rodzaj pozyskanych danych oraz miejsce dokumentowania:  W chwili przyjęcia na oddział-/ w trakcie wizyty domowej zastosowany został wywiad indywidualny skategoryzowany z wykorzystaniem narzędzia - kwestionariusz wywiadu. W kolejnych dobach pobytu pacjentki na oddziale/przy kolejnej wizycie lub w trakcie tej samej wizyty domowej posłużono się techniką wywiadu indywidualnego nieskategoryzowanego, w ramach którego zadawane były pytania otwarte i zamknięte, a miejscem dokumentowania informacji była indywidualna dokumentacja procesu pielęgnowania pacjentki, formularz historii choroby. Pozyskane informacje obejmowały: dane socjodemograficzne; wywiad środowisko-rodzinny; warunki socjalno-bytowe; tryb przyjęcia; ocenę funkcjonowania poszczególnych układów; ocenę stanu psychicznego; choroby współistniejące; rodzaj stosowanej diety; czynniki ryzyka; alergie; przyjmowane przez pacjenta leki przed pobytem w szpitalu; zgłaszane dolegliwości; ogólne samopoczucie. Częstotliwość wywiadu: w dniu przyjęcia do szpitala oraz w trakcie pobytu na oddziale w przypadku oceny funkcjonowania poszczególnych układów, samopoczucia, dolegliwości 1x dziennie lub częściej w zależności od stanu zdrowia chorej/go.  Technika analizy dokumentacji, narzędzia oraz rodzaj pozyskanych danych: w tej technice zastosowane narzędzia to historia choroby pacjenta z obecnego pobytu oraz wypis z poprzedniej hospitalizacji, wyniki badań diagnostycznych. Pozyskane dane zostały udokumentowane w sprawozdaniu o stanie chorego i obejmowały poprzednie wyniki badań, zlecone leki, zalecaną dietę i zmianę stylu życia; wyniki poziomów cukru, poziomów insuliny; konsultacje pielęgniarki diabetologicznej , konsultacje psychologa.  Technika obserwacji, narzędzie oraz rodzaj pozyskanych danych: w dniu przyjęcia do szpitala/ w dniu wizyty domowej zastosowano technikę obserwacji jawnej, kontrolowanej oraz niekontrolowanej, bezprzyrządowej - za pomocą narządu wzroku badającego.  W kolejnych dobach/Przy okazji kolejnych wizyt domowych zastosowano technikę obserwacji jawnej i ukrytej, kontrolowanej i niekontrolowanej. Miejscem dokumentowania pozyskanych danych były: karta obserwacji, karta gorączkowa, sprawozdanie o stanie chorego. Dane pozyskane na drodze obserwacji obejmowały: wygląd ogólny (m.in. stan higieny, ubiór, sposób poruszania się); stan skóry (ewentualne zmiany chorobowe); zachowanie pacjentki i jej bliskich; reakcję pacjentki na leczenie i pielęgnowanie, aktywność życiową pacjentki. Częstotliwość obserwacji: w dniu przyjęcia do szpitala oraz w trakcie pobytu 1 raz dziennie lub częściej w zależności od stanu zdrowia chorej/w trakcie wizyt w środowisku przy okazji wykonywanych zabiegów pielęgnacyjnych.  Technika pomiaru, narzędzia oraz rodzaj pozyskanych danych: w technice pomiaru jako narzędzia wykorzystano ciśnieniomierz, termometr, wagę, centymetr krawiecki, kalkulator glukometr, skalę numeryczną oceny bólu NRS (Numerical Rationig Scale), Skalę Barthel, skala Glasgow itp. Pozyskane dane dokumentowane były w karcie gorączkowej, karcie pomiarów glikemii, sprawozdaniu o stanie chorego i obejmowały: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczbę oddechów, temperaturę, ciężar masy ciała, obwód jamy brzusznej, BMI (wskaźnik masy ciała), poziom cukru we krwi, ocenę bólu, ocenę stopnia sprawności ruchowej oraz samodzielności pacjentki. Założona częstotliwość wykonywania pomiarów: w przypadku poziomu cukru 3 x na dobę; BMI, Skala Barthel, Skala Glasgow w dniu przyjęcia do szpitala; w przypadku pozostałych parametrów w dniu przyjęcia oraz w trakcie pobytu 1 x dziennie lub częściej w zależności od stanu zdrowia chorej.  Dane pozyskane na drodze badania fizykalnego, narzędzie oraz rodzaj pozyskanych danych: u pacjenta wykonane zostało badanie palpacyjne jamy brzusznej w celu oceny stopnia otyłości jamy brzusznej. Uzyskany wynik odnotowano w sprawozdaniu o stanie chorego. | 1-2 strony |
| **4. Studium przypadku** | **Część badawcza** |  | 8-10 stron |
| **Przedstawienie danych o pacjencie**/Całościowa ocena stanu bio-psycho-społecznego pacjenta i jego środowiska | Jest **to etap gromadzenia danych o pacjencie**.  Opis stanu chorego w dzień przyjęcia do szpitala/w dniu wizyty domowej/ oraz umieszczenie pozyskanych danych na drodze wcześniej wymienionych technik badawczych.  Wzory wybranych narzędzi do zbierania danych znajdują się w Regulaminie Dyplomowania: dokumentacja procesu pielęgnowania, skala Barthel, Skala Glasgow, Skala Douglas, Skala Torrence’a, skala ADL ( zał. nr. 2. ) oraz w zał. nr 3.  Można także wykorzystać inne narzędzia do zbierania danych specyficzne dla oceny stanu zdrowia pacjenta w danej jednostce chorobowej. | Ważne, żeby opis stanu chorego obejmował dane bio-psycho-społeczne wraz z oceną stanu chorego, a także wykonywane interwencje medyczne oraz reakcje chorego np. na podawane leki.  Ważne, żeby przedstawione dane pochodziły z zaplanowanych technik badawczych. |  |
|  | Opis stanu chorego 1 dzień – Raport o stanie chorego/Opis stanu pacjenta w trakcie pierwszej wizyty domowej | Przykład sprawozdania o stanie chorego zał.4./przykład dokumentacji POZ zał. nr 7. i zał. nr 8. |  |
|  | Opis stanu chorego 2 dzień - raport o stanie chorego /Opis stanu pacjenta w trakcie kolejnych wizyt domowych | Opis bieżącego stanu chorego oraz co zmieniło się w stanie chorego w porównaniu do dnia poprzedniego |  |
|  | Opis stanu chorego 3 dzień- raport o stanie chorego/Opis stanu pacjenta w trakcie ostatniej wizyty domowej | Opis bieżącego stanu chorego oraz co zmieniło się w stanie chorego w porównaniu do dnia poprzedniego. |  |
| **Opis przypadku – charakterystyka ogólnej sytuacji zdrowotnej i chorobowej** | Jest to **etap analizowania i syntetyzowania danych** o pacjencie np. z 3 dni.  Ocena całościowa stanu chorego z 3 dni z zachowaniem chronologii zdarzeń oraz gradacją problemów pielęgnacyjnych/potrzeb zdrowotnych/stanu zdrowia (wiodące, kluczowe dla stanu zdrowia i możliwe do rozwiązania przez pielęgniarkę).  Po tych danych można także umieścić:  - wyniki badań wykonanych w czasie hospitalizacji, zleconą diete zlecone leki w trakcie hospitalizacji. | Pacjent YH w wieku ……został przyjęty na Oddział….w trybie nagłym. Początkowo zgłaszał dolegliwości ….następnie główny problem jaki zgłaszał pacjent to ból brzucha… |  |
| **Model pielęgnowania przyjęty wobec pacjenta i jego środowiska** | Należy wpisać **model lub modele** w różnych etapach opieki nad pacjentem i jego środowiskiem, np. w trakcie pobytu wykorzystano model V. Henderson, a na 3 dni przed wypisaniem ze szpitala - model D. Orem. | Z uwagi na duży stopień samodzielności chorego, w opiece nad pacjentem zastosowany został model V. Henderson. Wsparcie chorego dotyczyło głównie czynności higienicznych z uwagi na zawroty głowy … itp., natomiast biorąc pod uwagę planowane wyjście pacjenta do domu i konieczność odnalezienia się w nowej sytuacji domowej, pacjent został objęty opieką wg modelu D. Orem - czyli niezbędne było przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samopielęgnacji (nauka korzystania z chodzika, nauka prawidłowego wstawania z łóżka - powolna pionizacja itd.) |  |
| **Proces pielęgnowania** –etapy: diagnoza pielęgniarska, cel opieki, planowanie opieki – interwencje, realizacja oraz ocena bieżąca podejmowanych działań | Jest to **etap formułowania wniosków z analizy danych o pacjencie** czyli stawianie diagnoz pielęgniarskich; planowania opieki (ważna na tym etapie jest heurystyka – wyszukiwanie informacji i faktów oraz związków między nimi, wnioskowanie); realizacji i oceny bieżącej podjętych działań.  **Diagnozy pielęgniarskie** (stan zdrowia, potrzeba, problem pielęgnacyjny + znana lub przewidywana przyczyna lub o nieznanej przyczynie);  **Cel opieki** z elementem czasu.  **Interwencje pielęgniarskie** z podaniem: metod, środków, częstotliwości oraz czasu wykonania.  **Ocena bieżąca działań pielęgniarskich** w nawiązaniu do postawionego celu opieki.  **Realizacja**  **Bardzo ważne: diagnozy pielęgniarskie, muszą wynikać z opisu przypadku, nie może pojawić się diagnoza np. silny ból brzucha, jeśli nie występuje ten objaw/stan w opisie przypadku  (i odwrotnie).**  **Uwaga:** nie należy mylić celów opieki z interwencjami, np. zapewnienie prawidłowego mikroklimatu jest celem, a nawilżanie powietrza 3 x dz. (z użyciem np. nawilżacza z jednorazowym wkładem/zbiornikiem) jest interwencją.  **Uwaga:** wpisywanie realizacji zleceń lekarskich nie jest interwencją pielęgniarską, natomiast wpływ podawanych leków lub badań wynikających ze zleceń lekarskich musi znaleźć się w opisie stanu chorego, np. po podaniu leku… stan chorego w ciągu 15 min. uległ wyraźnej poprawie nie poprawił się, pacjent nadal zgłasza ból. Natomiast zlecenie lekarskie może generować plan opieki pielęgniarskiej, np. przetoczenie krwi.  **Uwaga:** w planie opieki nie należy wpisywać działań własnych, np. przygotowanie materiału do sterylizacji, uzupełnienie dokumentacji - to jest organizacja pracy pielęgniarki.  Ważne jest, żeby na tym etapie wyłonić wiodące diagnozy pielęgniarskie w gradacji bio-psycho-społecznej z zachowaniem pewnych proporcji, np. 3 diagnozy dotyczące stanu biologicznego, 3 psychicznego, 3 społecznego. Oczywiście jest to ogólny kierunek, gradacja diagnoz, jak i proporcje pomiędzy nimi wynikać będą ze stanu pacjenta i to stan pacjenta będzie decydował, które z nich są wiodące.  Po zakończeniu planowania interwencji pielęgniarskich, można wymienić:  - udział w realizacji zleceń lekarskich, np. podawanie leków na zlecenie lekarza (nazwa, dawka, postać, droga podania, rozpuszczalnik, częstotliwość, czas);  - udział w badaniach diagnostycznych – nazwy badań…. | Diagnoza: Silny suchy kaszel z powodu zapalenia gardła powodujący możliwość zakrztuszenia w czasie posiłków.  Cel: zmniejszenie kaszlu w ciągu 2 godz.  Interwencje pielęgniarskie:   1. Inhalacje z 0.9% NaCl 5 x.dz. 7.30, 11.00,14.00, 17.00, 19.00.   Uwaga: bardzo ważna jest hierarchia przedstawionych diagnoz pielęgniarskich - należy kierować się wiodącymi dla zdrowia chorego, zwykle są to stany/problemy/potrzeby biologiczne, a następnie psychiczne i społeczne.  **Układ graficzny - do wyboru:**  **Diagnoza pielęgniarska**………………………………  **Cel opieki**…………………………………………………  **Interwencje pielęgniarskie**:………………….  **Realizacja** np. wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane/wykonane  **Ocena końcowa podjętych działań** …………………  Lub  **Diagnoza pielęgniarska**…………………………………………   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | l.p. | Interwencje pielęgniarskie | Metody , środki, częstotliwość, czas | Data realizacji/ocena bieżąca | Data realizacji/ocena bieżąca | Data  Realizacji/ocena bieżąca | Data realizacji /ocena bieżąca | Data realizacji/ocena bieżąca | | 1. |  |  | Adnotacja -wykonano + złożenie podpisu |  |  |  |  | | 2. |  |  |  |  |  |  |  | | 3. |  |  |  |  |  |  |  | | 4. |  |  |  |  |  |  |  |   Ocena końcowa podjętych działań…………………… |  |
| **5. Dyskusja** | Dyskusja może być poprzedzona krótkim podsumowaniem uzyskanych wyników, czyli jakie zostały wyłonione wiodące diagnozy pielęgniarskie; czy założone cele opieki oraz cele pracy dyplomowej zostały zrealizowane. Następnie ważne jest porównanie uzyskanych wyników w przeprowadzonym studium przypadku z wynikami z innych badań dostępnych w literaturze/porównanie z podobnymi przypadkami. Może to być potwierdzenie danych z piśmiennictwa (wskazanie na typowość uzyskanych wyników), lub wskazanie na nietypowość uzyskanych wyników i braku potwierdzenia ich w literaturze. Należy wskazać różnice bądź podobieństwa w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta objętego studium przypadku, a pacjentem/pacjentami z doniesień z literatury.  Jest to, także dyskusja z samym sobą, stawianie hipotez oraz propozycji implementacji dobrych rozwiązań do praktyki pielęgniarskiej.  Jest to również miejsce na ostatni etap procesu pielęgnowania – czyli ocenę końcową. Udział w całościowej ocenie końcowej procesu pielęgnowania, obejmującej trafność postawionych diagnoz pielęgniarskich, dobór działań pielęgniarskich (w tym metod i środków) w celu skutecznego rozwiązania problemów pielęgnacyjnych, zaspokojenia potrzeb, czy też wpływających na poprawę stanu zdrowia pacjenta. Jest to ocena końcowa przyjętych ustaleń teoretycznych, zastosowanych rozwiązań praktycznych, uzyskanych wyników całościowej opieki w stosunku do założonych celów opieki i ich wpływu na stan zdrowia chorego. Ocena końcowa jest punktem wyjścia do formułowania zaleceń dla pacjentów i ich bliskich dotyczących dalszej pielęgnacji oraz wniosków dotyczących działań podnoszących jakość opieki pielęgniarskiej (organizacja pracy, podnoszenie kwalifikacji, dostępność metod i środków w opiece nad pacjentem). Czyli jak wspomniano powyżej – implementacji dobrych rozwiązań do praktyki pielęgniarskiej.  W pracy dyplomowej **dyskusja** s**tanowi podsumowanie pracy i interpretację wyników**. Dyskusja wymaga 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? |  | 2-3 strony |
| **6. Wnioski** (w punktach: 1, 2, itd.) | Dotyczą całego studium indywidualnego przypadku: zastosowanej metody badawczej, technik badawczych, trafności wyłonionych problemów pielęgnacyjnych i ich uszeregowania, trafności dobranych interwencji do rozwiązania postawionych diagnoz pielęgniarskich. Głównie chodzi o to, żeby wnioski wypływały z postawionych wcześniej celów pracy dyplomowej: ogólnego i szczegółowych.  Wnioski powinny uwzględniać: ocenę stopnia osiągnięcia lub nieosiągnięcia celu/celów opieki pielęgniarskiej; określenie wskazówek dla pacjenta i/lub rodziny, np. w zakresie edukacji, dalszej pielęgnacji; a także przewidywane rokowanie. |  | 1 strona |
| **7. Bibliografia** | Należy wybrać styl cytowania (spośród wskazanych w Regulaminie Dyplomowania) i konsekwentnie stosować go w całej bibliografii. |  | 3-4 strony |
| **8. Spis tabel** - jeśli dotyczy |  |  | 1 strona |
| **9. Spis rycin -** jeśli dotyczy |  |  | 1 strona |
| **Uwagi ogólne** | 1. Nie należy pisać w pierwszej osobie liczby pojedynczej i mnogiej. 2. Diagnozy pielęgniarskie należy umieszczać kolejno, bez wydzielania osobnej strony. 3. Planowanie opieki pielęgniarskiej wymaga podania interwencji, bez potwierdzania jej wykonania np. podanie płynów do picia ok. 500 ml. 4. Nie należy używać sformułowania: podano płyny w ilości 500 ml. 5. Formułowanie diagnoz, celów, interwencji, oceny to krótkie zdania twierdzące, np. stan podgorączkowy spowodowany …; obniżenie stanu podgorączkowego w ciągu 1 godz.; wykonanie okładu chłodzącego na okolicę karku i czoła; stan podgorączkowy ustąpił, obecna temp. ciała 36.6 0 C |  |  |
| **Warunki techniczne, edytorskie.** | 1. Zalecana praca na dwóch monitorach (poprawia komfort i efektywność pracy) oraz w trybie śledź zmiany. 2. Zalecane stosowanie twardego entera w przypadku przenoszenia litery, wyrazu czyli Shift + enter (unika się wówczas podwójnej spacji). 3. Rozdziały i podrozdziały bez kropki na końcu zdania. 4. Rozdziały od nowej strony – czcionka 14.; podrozdziały czcionka 12. 5. Ogólne zasady dotyczące liczby stron pracy dyplomowej - 30 stron z czego:   - ok. 10 stron – spis treści, wstęp, część teoretyczna, materiał i metoda badawcza;  - ok. 10 stron - część badawcza (opis przypadku, model opieki i proces pielęgnowania);  - ok. 10 stron - dyskusja, wnioski, bibliografia, spis tabel, spis rycin, załączniki;  - 30 pozycji literatury (nie mniej niż 30)  - 3 problemy biologiczne, 3 psychologiczne, i 3 społeczne (ogólne założenie). |  |  |
| **Wyszukiwarki** i wyjaśnienia niektórych istotnych pojęć, ważnych w poszukiwaniu literatury | **PubMed** i inne ………………….  **DOI** (Digital Object Identifier) - to cyfrowy identyfikator dowolnego przedmiotu własności intelektualnej, który jest przypisany na stałe do danego obiektu – numer **DOI** może zostać nadany każdej jednostce własności intelektualnej takiej jak: książka, artykuł, rozdział w książce, numer czasopisma itp.  **PMID** - jedną z wizji uporządkowania i usystematyzowania piś­miennictwa elektronicznego jest opatrywanie prac niepowtarzalnymi identyfikatorami. W ten sposób jeden numer przypisany do pracy zapewnić ma trwałe łącze do metadanych lub pełnego tekstu dokumentu, zamieszczonego najczęściej w globalnym integratorze danych dziedzinowych. W publikacjach z nauk medycznych spotkać można trzy najpopularniejsze z nich: **PMID, PMCID oraz NIHMS ID.** PMID to identyfikator wszystkich obiektów umieszczonych w bazie PubMed. |  |  |
| **Warsztat badacza** | Korzystanie z literatury oraz stron internetowych poświęconych badanym zagadnieniom. |  |  |
| **Terminarz pisania pracy dyplomowej** | Ustalenie pomiędzy promotorem i studentem dat kończenia kolejnych etapów pisania pracy dyplomowej. |  |  |
| **Wykaz pism naukowych w polskim pielęgniarstwie** | Pielęgniarstwo Polskie  Problemy Pielęgniarstwa  Pielęgniarstwo XXI wieku  Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej  Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne  Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne  Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne  Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo  Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia |  |  |
| **Algorytm pisania pracy dyplomowej** | Zał. nr 5. |  |  |
| **Automatyczny spis treści** | W załączeniu nr 6. podano przykład. Po wprowadzeniu zmian w zapisie danego rozdziału należy zaktualizować spis treści w całości. |  |  |
| **Automatyczny spis tabel i rycin** | Instrukcja w Internecie |  |  |
| **Automatyczny spis literatury** | Instrukcja w Internecie |  |  |
| **Publikacja pracy dyplomowej** | Przygotowanie publikacji i przekazanie jej do druku w jednym z powyżej wymienionych czasopism pielęgniarskich (lub z dziedzin pokrewnych), zwłaszcza pracy wyróżnionej. Wyniki swoich badań można również przedstawić podczas konferencji naukowej. W pracy musi się znaleźć zgoda Komisji Bioetycznej przy PWSZ w Głogowie. |  |  |

**Literatura:**

1. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

2. Lesińska-Sawicka M. (red.). Metoda Case study w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009.

**Załączniki:**

Zał. nr 1. Publikacja „Metoda case study w pielęgniarstwie” pod red. Małgorzaty Lesińskiej- Sawickiej

Zał. nr 2. Dokumentacja procesu pielęgnowania pacjenta w szpitalu zawarta w Regulaminie Dyplomowania

Zał. nr 2a. Historia pielęgnowania dla dzieci - dokumentacja procesu pielęgnowania pacjenta zawarta w Regulaminie Dyplomowania

Zał. nr 3. Przykłady wzorów dokumentacji medycznej

Zał. nr 4. Przykłady sprawozdań o stanie chorego

Zał. nr 5. Algorytm pisania pracy dyplomowej

Zał. nr 6. Automatyczny spis treści - przykład

Zał. nr 7. Dokumentacja medyczna POZ pielęgniarki rodzinnej

Zał. nr 8. Dokumentacja medyczna POZ pielęgniarki opieki długoterminowej