

# **PRZEWODNIK DO OPRACOWANIA PRACY LICENCJACKIEJ**

## **KIERUNEK PIELEGNIASTWO**

### **I. WYMAGANIA OGÓLNE**

1. Praca licencjacka jest przygotowywana samodzielnie przez studenta pod kierunkiem promotora.
2. Praca licencjacka jest pracą z zastosowaniem metody studium indywidualnego przypadku.
3. Tematyka pracy powinna dotyczyć zagadnień mających zastosowanie w praktyce zawodowej pielęgniarstwa.
4. Praca licencjacka powinna zawierać 40-60 stron tekstu.
5. Praca powinna mieć jasną konstrukcję z zachowaniem odpowiednich proporcji między poszczególnymi rozdziałami. Część teoretyczna – stanowi 1/3 pracy, a część badawcza wraz z załącznikami – stanowi 2/3 pracy.
6. Szczególnie ważne w pracy jest precyzyjne sformułowanie tytułu, wyraźne określenie celu pracy, przedstawienie zastosowanej metody i techniki badawczej oraz ścisłe odniesienie wniosków pracy do założonych celów.
7. Zalecana liczba pozycji piśmiennictwa – co najmniej 20, w tym min 1 pozycja anglojęzyczna.

### **II. STRUKTURA PRACY**

Układ pracy licencjackiej powinien uwzględniać następujące elementy.

1. Strona tytułowa - według ustalonego wzoru (*załącznik nr 1*)
2. Tekst podziękowań - dopuszcza się umieszczenie podziękowań
3. Spis treści - powinien zawierać wykaz wszystkich części pracy z podaniem ich strony w tekście pracy (*załącznik nr 2*)
4. Wstęp – powinien zawierać:
  - krótkie wprowadzenie w problematykę i wyjaśnienie rangi prezentowanego tematu,
  - cele pracy, obowiązuje zwrot: „Celem pracy jest.....”,
  - ogólne informacje o wykorzystanych metodach i strukturze pracy.
5. Część teoretyczna pracy. Tekst w tej części należy opracować w oparciu o literaturę z okresu ostatnich 10 lat. Rozdział/y teoretyczny/e powinien/powinny zawierać określenie głównego zagadnienia zawartego w temacie pracy, a jego tytuł może być z dopiskiem - w świetle literatury przedmiotu.  
Cytowanie rozumiane jako - dosłowne przytoczenie cudzych słów - musi być oznaczone w tekście „*cudzysłowem i zapisany kursywą*”, a ponadto wymagane jest wskazywanie źródła w nawiasie kwadratowym.  
Cytowanie jest również rozumiane jako powoływanie się, przytaczanie publikacji innych autorów, wskazanie źródeł informacji naukowych i jako zapożyczanie cudzych myśli bez dosłownego ich przytaczania wymaga także wskazywania źródła w nawiasie kwadratowym.

Każde cytowanie powyżej 200 kolejnych słów oraz łącznie powyżej 400 słów w całej pracy wymaga zgody autora/wydawcy.

6. Metodyka pracy. Metodyka uwzględnia założenia metodologiczne pracy.

7. Część badawcza. Opis indywidualnego przypadku pacjenta musi zostać opracowany według wzoru – „Arkusze indywidualnego opisu przypadku” (*załącznik nr 8*). Wzór pisma do Dyrekcji placówki w sprawie zbierania danych przez studenta do pracy dyplomowej znajduje się w *załączniku nr 7*.

8. Wnioski. Muszą być sformułowane w sposób jasny, prosty, dający odpowiedź na postawione problemy badawcze pracy i uporządkowane w kolejności przyjętych założeń.

9. Bibliografia. Wykaz bibliografii powinien zawierać wszystkie wykorzystane w pracy źródła. Praca powinna zawierać minimum 20 pozycji piśmiennictwa nie licząc stron internetowych. Pozycje bibliograficzne powinny być uporządkowane w kolejności alfabetycznej.

10. Spis tabel i rycin. Zarówno rysunki jak i wykresy należy oznakować jako ryciny. Wyjątek stanowią fotografie wykonane przez autora pracy.

11. Aneks. Powinien być ściśle powiązany z treścią opracowania i zawierać, np. tabele prezentujące obszernie dane, akty prawne, wyciągi z dzienników, kopie kwestionariuszy. Każdy załącznik powinien rozpoczynać się na nowej stronie i podlega zasadom numeracji oraz powinien mieć podane źródło informacji.

12. Streszczenie/w języku polskim i angielskim/. Jest samodzielnym opracowaniem autora, które informuje o zawartości pracy, co było jej przedmiotem, najważniejsze wyniki badań bądź analizy materiałów źródłowych, wnioski, ewentualne uwagi na temat co nowego wniosła praca (*załącznik nr 3*).

13. Uchwała Komisji bioetycznej

14. Oświadczenie - według wzoru przyjętego przez uczelnię (*załącznik nr 4 i 4a*).

### III. REDAGOWANIE PRACY LICENCJACKIEJ

---

#### Tekst pracy

- Praca powinna być napisana edytorem tekstu (MS Word), czcionką Times New Roman, wielkość liter: 12, dwustronnie, na białym papierze formatu A4.
- Odstęp między wierszami powinien wynosić 1,5 (interlinia 1,5).
- Marginesy od góry i dołu oraz z prawej strony powinny wynosić 2,5 cm, od strony lewej 3,5 cm (na oprawę).
- Należy stosować justowanie tekstu.
- Użyte skróty powinny być wyjaśnione w tekście pracy.
- **Spis treści** należy wygenerować automatycznie, a potem sformatować zgodnie z wymogami edytorskimi: - pozycje w spisie treści: czcionka Times New Roman 12 pkt, odstęp między wierszami 1,5; strona wyjustowana, numer strony przy zewnętrznym marginesie (między tekstem a numerem strony znaki wiodące – kropki .....).
- Cytowaną pozycję należy podać w tekście w nawiasie kwadratowym [ ], która będzie odnośnikiem do konkretnego przypisu w bibliografii umieszczonej na końcu pracy..
- Nie jest dopuszczalne przepisywanie fragmentów tekstu z wszelkich źródeł. Materiał tekstowy powinien być pisany własnymi słowami. W pracy nie należy zamieszczać informacji ze źródeł nieautoryzowanych

i nierecenzowanych, np. z ogólnie dostępnych stron internetowych. Do niezbędnego minimum należy ograniczyć cytowanie podręczników.

- Strony powinny być ponumerowane – na dole, na środku strony.
- Strona tytułowa i spis treści nie zawierają zapisu numeru strony.
- Numeracja stron powinna zaczynać się od „Wstępu” z zapisem numeru strony - 5.
- Do Dziekanatu należy złożyć pracę dwustronnie drukowaną, zbindowaną (termobindowanie, oprawa zaciskowa, itp.), z dołączoną wersją elektroniczną całego opracowania (płyta CD wraz z opisem wg wzoru - załącznik 5a) oraz z dołączoną wersją elektroniczną prezentacji pracy (płyta CD wraz z opisem wg wzoru - załącznik 5b). Wzór opracowania prezentacji pracy (załącznik 6).

#### Tabele, ryciny, wykresy, fotografie

- Tabele powinny być numerowane cyframi arabskimi. Tytuł tabeli należy umieścić nad tabelą i podać jej źródło w nawiasie kwadratowym [ ].
- Ryciny, wykresy, fotografie powinny być numerowane cyframi arabskimi. Tytuł należy umieścić pod ryciną, wykresem, fotografią i podać ich źródło w nawiasie kwadratowym [ ].

#### Bibliografia

- Bibliografia powinna zawierać pozycje piśmiennictwa ułożone w kolejności alfabetycznej.
- W opisie autora należy pominąć informację o jego stopniach naukowych lub pełnionych funkcjach.

#### Bibliografia - przykłady

##### ♦ Cytowanie książki:

Bętkowska I. Wlewy podskórne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012:89.

##### ♦ Cytowanie rozdziału książki:

Liber M., Miłkowski A. Rola pielęgniarki w trakcie zabiegu hemodializy. [w:] Rutkowski B. (red.): Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2008:132-146.

##### ♦ Cytowanie artykułu w czasopiśmie:

Żmudzińska M. Przewlekła niewydolność żylna – aktualny stan wiedzy. Postępy Dermatologii i Alergologii. 2005;12:239-243.

##### ♦ Cytowanie strony internetowej:

nazwisko i inicjał imienia autora, tytuł opracowania, adres internetowy, data wejścia na stronę.

Amrhein V, Greenland S, McShane B. Scientists rise up against statistical significance.

<https://www.nature.com/articles/d41586-019-00857>

Dostęp: 1.04.2019.

#### **IV. PROCEDURA ZŁOŻENIA PRACY LICENCJACKIEJ**

- Praca dyplomowa musi zostać złożona przez studenta do Wirtualnej Uczelni w terminie wyznaczonym przez Dziekana.
- Tekst pracy dyplomowej musi zostać poddany sprawdzeniu w Jednolitym Systemie Antyplagiatowym w ciągu 48 godzin od momentu złożenia przez studenta do Wirtualnej Uczelni.
- Tekst pracy dyplomowej do Jednolitego Systemu Antyplagiatowego za pośrednictwem Wirtualnej Uczelni wprowadza Promotor.

- Student uzyskuje informację o wyniku badania w JSA z Wirtualnej Uczelni.
- Student składa pracę dyplomową w jednym oprawionym egzemplarzu (termobindowanie, oprawa zaciskowa, itp.), dwustronnie drukowanym po uprzedniej akceptacji promotora, który składa podpis na stronie tytułowej przy zwrocie *Pracę przyjmuję* i umieszcza datę akceptacji. Uzyskanie przez studenta akceptacji pracy dyplomowej równoznaczne jest z uzyskaniem zaliczenia z seminarium dyplomowego dokonanego w systemie informatycznym oraz pozytywnym wynikiem badania pracy w JSA.
- Wraz z drukowanym egzemplarzem pracy student zobowiązany jest do złożenia wersji elektronicznej na płycie CD/DVD zapisanej w jednym z dwóch formatów:
  - w edytorze tekstu pozwalającym na zapis wynikowy w formacie: DOC/DOCX lub ODT;
  - w tzw. PDF przeszukiwalnym (searchable PDF)

Płyta CD/DVD powinna być podpisana i tożsama z wersją papierową pracy, umieszczoną w kopercie przyklejonej do wewnętrznej strony okładki na końcu pracy (*wzór opisu koperty z płytą CD/DVD – załącznik nr 5a*). Ponadto student składa wersję elektroniczną prezentacji pracy (*wzór opisu koperty z płytą CD/DVD – załącznik nr 5b*). Zawartość płyty należy skompresować (ZIP/RAR) i zapisać pod nazwą: nazwisko, imię, nr albumu. Spakowane pliki muszą mieć rozszerzenie txt, doc, docx, odt, rtf, pdf.

- Do pracy dyplomowej student dołącza oświadczenie o samodzielnym napisaniu pracy. Wzór oświadczenia o samodzielnym napisaniu pracy dyplomowej stanowi *załącznik nr 4* do niniejszego przewodnika.
- Jeśli student wyraża zgodę na udostępnienie pracy w Bibliotece Uczelnianej PANS we Włocławku, składa ją w formie elektronicznej na nośniku danych. Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody przez studenta na udostępnianie jego pracy dyplomowej w Bibliotece Uczelnianej PANS we Włocławku stanowi *załącznik nr 4a* do niniejszego przewodnika.
- Do pracy dyplomowej student dołącza w wersji elektronicznej na płycie wypełnioną „Kartę opisu pracy” - Wzór stanowi *załącznik nr 9* do niniejszego przewodnika.
- Na końcu pracy umieszcza się streszczenie, uchwałę komisji bioetycznej oraz dwa oświadczenia nr 4 i 4a

**PAŃSTWOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH  
WE WŁOCŁAWKU (18)**

**WYDZIAŁ .....** (14)

Kierunek: .....

**Imię i Nazwisko (16)**

**TYTUŁ PRACY LICENCJACKIEJ (18)**

**Praca licencjacka (14)  
napisana pod kierunkiem**

*(tytuł i stopień naukowy, imię i nazwisko promotora)*

Nr albumu: ..... (14)

**Pracę przyjmuję**

.....

*data, podpis*

**Włocławek 20.... (14)**

## SPIS TREŚCI

Strony

<b>Wstęp</b> .....	
<b>Rozdział I. Opracowanie teoretyczne tematu (podać tytuł tego rozdziału)</b> .....	
<b>Rozdział II. Podstawy metodologiczne i metodyka pracy</b> .....	
2.1 Cel badań.....	
2.2 Przedmiot badań .....	
2.3 Problemy badawcze.....	
2.4 Metody, techniki i narzędzia badań.....	
<b>Rozdział III. Część badawcza</b> .....	
3.1 Studium indywidualnego przypadku .....	
3.2 Proces pielęgnowania pacjenta .....	
<b>Wnioski</b> .....	
<b>Bibliografia</b> .....	
<b>Wykaz tabel i rycin</b> (jeśli występują w tekście pracy).....	
<b>Aneks</b> (jeśli jest uzasadniona potrzeba zamieszczenia załączników) .....	
<b>Streszczenie pracy licencjackiej</b> .....	
<b>Summary</b> .....	
<b>Uchwała Komisji bioetycznej</b> .....	
<b>Oświadczenie</b> .....	
<b>Oświadczenie</b> .....	

**STRESZCZENIE PRACY LICENCJACKIEJ/w języku polskim i angielskim/**

Nazwa Uczelni .....

Wydział .....

Nazwisko i imię studenta: .....

Rodzaj pracy dyplomowej: licencjacka

Tytuł pracy .....

.....

Nazwisko i imię, tytuł / stopień naukowy promotora: .....

.....

Miejscowość i rok napisania pracy .....

Słowa kluczowe (minimum 5) .....

Tekst streszczenia

Wstęp .....

.....

Cel pracy .....

.....

Materiał i metody .....

.....

Wyniki .....

.....

Wnioski .....

.....

.....

podpis studenta

Włocławek, dn. ....

Imię i nazwisko .....

Wydział .....

Kierunek .....

Specjalność .....

Specjalizacja .....

System i poziom studiów .....

### OŚWIADCZENIE

Świadomy(-a) odpowiedzialności prawnej oświadczam, że złożona praca licencjacka/inżynierska/magisterska\*

pt.....

.....  
.....

- została napisana przeze mnie samodzielnie,
- zawiera te same treści w wersji papierowej i elektronicznej.

Jednocześnie oświadczam, że w/w praca:

- nie narusza praw autorskich w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych oraz dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym, a także nie zawiera danych i informacji, które uzyskałem/am w sposób niedozwolony,
- nie była wcześniej podstawą żadnej innej urzędowej procedury związanej z nadawaniem dyplomów wyższej uczelni lub tytułów zawodowych.

.....

podpis studenta

\*niepotrzebne skreślić



.....  
(Imię i nazwisko studenta)  
.....  
(nr albumu)  
.....  
(Wydział)  
.....  
(kierunek)  
.....  
(specjalność)  
.....  
(specjalizacja)  
.....  
(system i poziom studiów)

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na udostępnienie w wersji elektronicznej mojej pracy licencjackiej/inżynierskiej/magisterskiej\* pt:

.....  
.....  
.....

napisanej pod kierunkiem .....  
w Bibliotece Uczelnianej Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku

.....

podpis studenta

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5a

**Wzór opisu płyty CD/DVD z nagraniem pracy studenta**

PAŃSTWOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH  
WE WŁOCŁAWKU  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU  
KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO

**IMIĘ I NAZWISKO**

nr albumu .....

**TEMAT PRACY**

.....  
Praca licencjacka  
napisana pod kierunkiem

.....  
Praca zamieszczona na płycie jest zgodna  
z wersją pracy złożoną w wersji papierowej.

.....  
Podpis studenta

.....  
Podpis promotora

Załącznik nr 5b

**Wzór opisu płyty CD/DVD z nagraniem prezentacji pracy studenta**

PAŃSTWOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH  
WE WŁOCŁAWKU  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU  
KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO

**IMIĘ I NAZWISKO**

nr albumu .....

**TEMAT PRACY**

.....  
Prezentacja pracy licencjackiej  
napisanej pod kierunkiem

.....  
Prezentacja pracy jest opracowana w edytorze POWER POINT 2007 lub w nowszym.

.....  
Podpis studenta

.....  
Podpis promotora

## Opracowanie prezentacji pracy dyplomowej w formie slajdów (program POWER POINT)

- Ilość slajdów – maksymalnie 10-12, jasne tło, ciemne litery
- Układ opracowania slajdów
  - pierwszy slajd – kopia strony tytułowej pracy
  - drugi slajd – wstęp teoretyczny
  - trzeci slajd – cel pracy + metodyka (metody, techniki, narzędzia)
  - czwarty slajd – opis przypadku
  - piąty slajd – problemy pielęgnacyjne pacjenta
  - szósty slajd
  - siódmy slajd
  - ósmy slajd

} 3 główne problemy pielęgnacyjne wg procesu pielęgnowania

- dziewiąty slajd – wnioski
- dziesiąty slajd – *Dziękuję za uwagę*

**Wzór pismo w sprawie zbierania danych przez studenta do pracy dyplomowej**

*pieczęć Wydziału*

dnia.....

znak:

.....

*(dane Dyrektora Podmiotu Leczniczego*

.....

*(pełna nazwa Jednostki)*

.....

*adres*

Zaświadcza, że Pan/Pani.....nr albumu .....  
student(ka) ..... roku kierunku pielęgniarstwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we  
Włocławku, przygotowuje pracę dyplomową, której wstępny tytuł brzmi:

.....  
.....

Celem badania jest.....

W związku z tym zwracamy się z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań i udostępnienie danych niezbędnych do opracowania pracy dyplomowej. Badania mają charakter dobrowolny, bezpłatny a ich wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Uzyskane informacje będą podlegać rygorom wynikającym z ustawy o ochronie danych osobowych.

.....

*imię i nazwisko promotora pracy (czytelny podpis) pieczęć*

.....

*podpis i pieczęć Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu*

Załącznik

- krótka charakterystyka grupy badanej i metody badania i jego przebiegu

- narzędzie planowane do zbierania danych np. kwestionariusz ankiety

*W sytuacji prac z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku promotor pracy jest zobowiązany do zapewnienia studentom kontaktu z pacjentem kierując go do nauczyciela akademickiego realizującego w tej Instytucji/Jednostce w tym czasie zajęcia dydaktyczne lub do pracownika szpitala współpracującego z Wydziałem Nauk o Zdrowiu w celu nadzoru nad kontaktem z pacjentem.*

**Dokumentacja procesu pielęgnowania**  
**Arkusze indywidualnego opisu przypadku**

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	
<i>Data urodzenia:</i>	<i>Stan cywilny:</i>
<i>Aktywność zawodowa:</i>	<i>Wykonywany zawód:</i>
<i>Data zbierania wywiadu:</i>	

<i>HISTORIA CHOROBY</i>	<i>STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)</i>
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i>	<i>Temperatura:</i>
<i>Przyjmowane leki:</i>	<i>Tętno: (liczba / napięcie / rytm)</i>
<i>Przebyte choroby:</i>	<i>Oddechy:</i>
<i>Pobyty w szpitalu:</i>	<i>Ciśnienie tętnicze:</i>
<i>Przebyte zabiegi operacyjne</i>	<i>Masa ciała:</i>
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i>	<i>Wzrost:</i>
	<i>BMI:</i>
	<i>WHR:</i>

Wyniki badań laboratoryjnych

.....

Wyniki badań obrazowych

.....

<i>WYWIAD RODZINNY</i>
<i>Członkowie rodziny:</i>
<i>Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:</i>
<i>Choroby występujące w rodzinie:</i>
<i>Hobby/ zainteresowania:</i>
<i>Formy spędzania czasu wolnego:</i>
<i>Nalogi w rodzinie:</i>
<i>Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:</i>
<i>Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne:</i>
<i>Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:</i>

<i>WYWIAD ŚRODOWISKOWY</i>
<i>Miejsce zamieszkania: (miasto/wieś)</i>
<i>Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:</i>
<i>Ilość zajmowanych pomieszczeń:</i>
<i>Ilość osób mieszkających wspólnie:</i>
<i>Stan higieniczno - sanitarny mieszkania:</i>
<i>System pracy:</i>
<i>Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole:</i>
<i>Zagrożenia zdrowia: w domu..... w pracy/szkole .....</i>
<i>Komunikacja:</i>
<i>Higiena osobista:</i>
<i>Aktywność fizyczna:</i>
<i>Wydalanie:</i>
<i>Odżywianie:</i>
<i>Sen/zasypianie:</i>

**BADANIE FIZYKALNE** przeprowadzone dnia .....

**Stan biologiczny podopiecznego**

<i>SKÓRA</i>						
<i>napięcie</i>	<i>temperatura</i>	<i>zabarwienie</i>	<i>wilgotność</i>	<i>stan higieniczny</i>	<i>inne objawy</i>	<i>stan rany pooperacyjnej</i>

--	--	--	--	--	--	--

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne

UKŁAD KRAŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturation

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	jakość	inne objawy	wyroby medyczne

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy (u dzieci)

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady / drżenia	mowa	inne objawy

NARZĄDY RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti

NARZĄDY ZMYŚLÓW / UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY						
wzrok	słuch	smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego		
sen	nastrój	inne objawy

pamięć	myślenie	stosunek do światła	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych wg skal

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji					
wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane	wydolność samoopieki/	stan

			problemy	samopielęgnacji		odżywiania wg skali MNA
				Barthel (PADL)	Lawtona (IADL)	

ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton	natężenie odczuwalnego bólu wg skali VAS	charakter bólu	lokalizacja	stopień odleżyn wg skali Torrance'a

#### Kaniule

obwodowe	miejsce	centralne	miejsce

#### Kategorie pacjenta

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielny	porusza się przy pomocy laski, chodzika, wymaga niewielkiej pomocy przy wstawaniu z łóżka, zejściu z fotela, większą część czasu spędza w łóżku	nie opuszcza łóżka, może sam lub przy pomocy pielęgniarki zmieniać pozycję, transport tylko na noszach, wózku, w oddziałach chirurgicznych – opieka w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym
2.	HIGIENA	we własnym zakresie	większość czynności wykonuje samodzielnie, niewielka pomoc przy wykonywaniu toalety, wejściu do wanny, wymaga pomocy przy umyciu pleców, włosów	wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych, zmianie bielizny pościelowej i osobistej, mycie w łóżku, pomoc w toalecie jamy ustnej lub wykonanie toalety jamy ustnej, wmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe
3.	ODŻYWIANIE	samodzielnie	niewielka pomoc, podanie tacy lub rozdrobnienie posiłku, nadzór nad ilością spożywanego posiłku	wymaga karmienia, rozdrobnienia posiłku lub odżywiany jest i nawadniany pozajelitowo
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, wykonywanie innych zabiegów np. prowadzenie bilansu płynów, oznaczenie masy ciała itp.	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, założenie i prowadzenie kart obserwacji, prowadzony bilans płynów, pobieranie próbek krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2 x na dobę
6.	LECZENIE	doustne, sporadycznie dożylnie, podskórne (np. premedykacja) domięśniowo, podanie kropli do oczu, uszu, leczenie skóry – maści, zasypki stosowane samodzielnie	doustne, domięśniowe, dożylnie, w oddziałach zabiegowych wykonywanie opatrunków 2 x na dobę, w oddziałach dermatologicznych kąpiele, pędzlowanie śluzówek, zawijanie, stosowanie maści zasypek 2 x na dobę	domięśniowe, dożylnie, wlewy dożylnie i doodbytne, zmiana opatrunku częściej niż 2 x na dobę, odsysanie wydzieliny z rany pooperacyjnej, kąpiele lecznicze, pędzlowanie śluzówek, stosowanie maści, zasypek częściej niż 2 x na dobę
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne) nie wymaga wsparcia psychicznego	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, nastrój nieco obniżony	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, zdezorientowany, nastrój depresyjny, rodzina pacjenta powinna być objęta programem edukacyjnym i wsparciem psychicznym

#### Oszacowana kategoria pacjenta

Diagnoza pielęgniarska (opisowa)

.....

.....

.....

Proponowane modele opieki (wraz z uzasadnieniem)

.....  
.....  
.....

### Plan pielęgnacji

<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
<i>Diagnoza negatywna (kod ICNP)</i>	<i>Interwencje pielęgniarские</i>			<i>Diagnoza pozytywna (kod ICNP)</i>

Wskazówki pielęgniarские dla pacjenta / rodziny

.....  
.....  
.....  
.....



**Dokumentacja procesu pielęgnowania**

**Arkusz indywidualnego opisu przypadku**

<i>Imię i nazwisko (inicjały)/ zdrobnienia:</i>	
<i>Data urodzenia:</i>	<i>Dane rodziców/ opiekunów: - wiek</i> M – O –
<i>Aktywność zawodowa rodziców/ opiekunów</i> M – O –	<i>Wykonywany rodziców/ opiekunów</i> M – O –
<i>Data zbierania wywiadu:</i>	

**WYWIAD DOTYCZĄCY NARODZIN I KARMIENTA**

*Okres przedporodowy:*

*Okres porodu:*

*Okres poporodowy:*

*Ocena w skali Apgar:*

*Masa ciała urodzeniowa:*

*Obwód klatki piersiowej:*

*Urazy okołoporodowe:*

*Wady wrodzone:*

*Sposób karmienia:*

Wyniki badań laboratoryjnych.....

Wyniki badań obrazowych.....

<i>HISTORIA CHOROBY</i>	<i>STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)</i>
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i>	<i>Temperatura:</i>
<i>Przyjmowane leki:</i>	<i>Tętno: (liczba / napięcie / rytm)</i>
<i>Przebyte choroby:</i>	<i>Oddechy:</i>
<i>Pobyty w szpitalu:</i>	<i>Ciśnienie tętnicze:</i>
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i>	<i>Masa ciała:</i>
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i>	<i>Wzrost/ Długość ciała</i>
<i>Uczulenia:</i>	<i>Siatki centylowe</i>
<i>Szczepienia:</i>	<i>masy ciała.....</i>
<i>Badania przesiewowe:</i>	<i>wzrostu.....</i>
	<i>BMI:</i>

**WYWIAD RODZINNY**

*Członkowie rodziny:*

*Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:*

*Choroby występujące w rodzinie:*

*Hobby / zainteresowania:*

*Formy spędzania czasu wolnego:*

*Nalogi w rodzinie / używki:*

*Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:*

*Ograniczenia / przeciążenia psychicznego / fizyczne:*

*Ograniczone kontakty / brak wsparcia społecznego:*

**WYWIAD ŚRODOWISKOWY**

*Miejsce zamieszkania: (miasto / wieś)*

*Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:*

*Ilość zajmowanych pomieszczeń:*

*Ilość osób mieszkających wspólnie:*

*Stan higieniczno – sanitarny mieszkania:*

*Ilość godzin spędzonych w szkole:*

Zagrożenia zdrowia: w domu:..... w szkole:.....  
 Higiena osobista:  
 Aktywność fizyczna:  
 Wydalanie:  
 Odżywianie:  
 Sen / zasypianie:

**BADANIE FIZYKALNE** przeprowadzone dnia .....

**Stan biologiczny podopiecznego**

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne

UKŁAD KRAŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	jakość	inne objawy	wyroby medyczne

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady / drżenia	mowa	inne objawy

NARZĄDY RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti

NARZĄDY ZMYŚLÓW /UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY						
wzrok	słuch	smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne

### Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastroj	inne objawy

pamięć	myślenie	stosunek do światła	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych wg skal

### Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/samopielęgnacji	stan odżywiania wg skali MNA

ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton	natężenie odczuwalnego bólu wg skali VAS	charakter bólu	lokalizacja	stopień odleżyn wg skali Torrance'a

### Kaniule

obwodowe	miejsce	centralne	miejsce

### Kategorie pacjenta

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

1. kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
2. kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
3. kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>	pacjent samodzielnie lub przebywające na stałe z rodzicami	pacjent wymaga pomocy przy wstawaniu, większą część czasu spędza w łóżku	pacjent unieruchomiony, w oddziale zabiegowym – I doba po zabiegu
2.	<b>HIGIENA</b>	we własnym zakresie lub przez rodziców przebywających na stałe z pacjentem	niewielka pomoc przy wykonaniu toalety	nie sygnalizuje potrzeb wymaga pełnego wsparcia przy wykonaniu toalety, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe lub założony cewnik
3.	<b>KARMIEŃ I ODŻYWIENIE</b>	samodzielnie lub pacjent karmiony piersią lub przebywający na stałe z rodzicami	niewielka pomoc, rozdrobnienie posiłku, schłodzenie płynów do picia	wymaga karmienia
4.	<b>WYDALANIE</b>	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	<b>POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH</b>	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę lub podstawowe 2x na dobę i pobieranie prób do badań	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę, pobieranie prób krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2x na dobę, stałe monitorowanie
6.	<b>LECZENIE</b>	doustne, nawadnianie dożylnie, podskórne (np. premedykacja), podanie kropli, maści do oczu, uszu, leczenie skóry, błon śluzowych, maści, zasyпки itp.	leczenie dożylnie, opatrunki 2x na dobę, inhalacje (zabiegi zajmujące 60–90 minut)	podawanie tlenu, wlewy dożylnie i doodbytniczo, opatrunki częściej niż 2x na dobę, (zabiegi zajmujące więcej niż 90 minut)
7.	<b>EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ WSPARCIE DZIECKA I RODZICÓW</b>	pełna wiedza na temat choroby, wymaga podstawowych informacji uzupełniających dotyczących stanu zdrowia, planu opieki praw pacjenta, organizacji oddziału	słaba orientacja o chorobie, wymaga wsparcia, manifestuje lęk	brak wiedzy o chorobie wymaga pełnej edukacji i przygotowania do samopielęgnacji, manifestuje lęk

### Oszacowana kategoria pacjenta

Diagnoza pielęgniarska (opisowa)

.....  
.....

Proponowane modele opieki (wraz z uzasadnieniem)

.....  
.....

### Plan pielęgnacji

<i>Problemy pielęgnacyjne</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
<i>Diagnoza negatywna (kod ICNP)</i>	<i>Interwencje pielęgniarские</i>			<i>Diagnoza pozytywna (kod ICNP)</i>

Wskazówki pielęgniarские dla pacjenta i rodziny

.....  
.....  
.....  
.....

**Karta opisu pracy**

Nr	Wyszczególnienie	Opis
1.	Kierunek	Pielęgniarstwo
2.	Rodzaj pracy	licencjacka
3.	Autor pracy	
4.	Promotor pracy	
5.	Rok egzaminu dyplomowego	
6.	Tytuł pracy w języku polskim	
7.	Tytuł pracy w języku angielskim	
8.	Słowa kluczowe w języku polskim	
9.	Słowa kluczowe w języku angielskim	
10.	Krótkie streszczenie pracy	
11.	Dane kontaktowe autora	