

**MERYTORYCZNE I FORMALNE ZASADY PRZYGOTOWANIA PRACY LICENCJACKIEJ**  
**AKADEMIA TARNOWSKA, KIERUNEK: PIELĘGNIARSTWO**

---

## **Spis treści**

I. WYMAGANIA OGÓLNE.....	1
II. REDAKCJA PRACY LICENCJACKIEJ.....	2
III. STRUKTURA PRACY .....	2
Tytuł pracy.....	3
Wstęp.....	3
Część teoretyczna pracy.....	3
Metodologiczne podstawy pracy .....	4
Opis indywidualnego przypadku .....	5
Diagnoza problemów zdrowotnych pacjenta.....	6
Omówienie wyników .....	6
Wnioski.....	6
Streszczenie .....	10
Piśmiennictwo.....	10
Spis tabel i rycin. ....	12
Aneks. ....	17
Spis treści.....	18

## **I. WYMAGANIA OGÓLNE**

1. Praca licencjacka jest przygotowywana samodzielnie przez studenta, pod kierunkiem promotora.
2. Praca licencjacka jest pracą z zastosowaniem metody studium przypadku (przypadek kliniczny lub w środowiskowej opiece zdrowotnej).
3. Tematyka pracy powinna dotyczyć zagadnień mających zastosowanie w praktyce zawodowej pielęgniarstwa.
4. Praca licencjacka powinna zawierać ok. 40-60 stron tekstu. Część teoretyczna – stanowi 1/3 pracy; część badawcza wraz z załącznikami – stanowi 2/3 pracy.

5. Praca powinna mieć jasną konstrukcję z zachowaniem odpowiednich proporcji między poszczególnymi rozdziałami. Szczególnie ważne jest precyzyjne sformułowanie tytułu, wyraźne określenie celu pracy, przedstawienie zastosowanej metody i techniki badawczej oraz ściśle odniesienie wniosków pracy do założonych celów.

---

## **II. REDAKCJA PRACY LICENCJACKIEJ**

---

1. Praca powinna być napisana edytorem tekstu (MS Word), czcionką Times New Roman, wielkość liter: 12, jednostronnie, na białym papierze formatu A4.
2. Odstęp między wierszami 1,5, marginesy od góry i dołu powinny wynosić 2,5 cm, od strony lewej 3,5 cm – na oprawę, od prawej 1,5 cm
3. Każdy nowy rozdział powinien znajdować się na nowej stronie. Podrozdziały mogą występować w tekście na stronie.
4. Tytuły rozdziałów: Czcionka Times New Roman 14 p., pogrubiony, podrozdziały tylko pogrubione (czcionka 12 p.).
5. Należy stosować justowanie tekstu.
6. Użyte skróty powinny być wyjaśnione przy pierwszym użyciu (np. zawał mięśnia sercowego (ang. *myocardial infarction*, MI).”)
7. Cytowaną pozycję należy podać w tekście w nawiasie prostym [ ]. Cytaty należy umieszczać w cudzysłowie i podać piśmiennictwo. Każde cytowanie powyżej 200 kolejnych słów oraz łącznie powyżej 400 słów w całej pracy wymaga zgody autora/wydawcy.
8. Przy każdej tabeli i rycinie należy umieszczać źródło ich pochodzenia. Dotyczy to zarówno treści słownych jak i rycin, wykresów, schematów, fotografii i innych.
9. W tytułach rozdziałów nie stosujemy Caps Locka (drukowanych liter)
10. Strony powinny być ponumerowane - na dole strony, pośrodku
11. Praca powinna być oprawiona w estetyczną okładkę.
12. Ostateczna objętość pracy USTALONA Z PROMOTOREM.

---

## **III. STRUKTURA PRACY**

Układ pracy licencjackiej powinien uwzględniać następujące elementy:

- strona tytułowa - według ustalonego przez uczelnię wzoru (patrz: strona 18),

- spis treści wg wzoru (zaleca się stosowanie automatycznego spisu treści skorelowanego z tekstem pracy, przykład strona 17).

**Tytuł pracy** maksymalnie 12 słów – wszystkie pojęcia z tytułu powinny być zdefiniowane w części teoretycznej pracy.

**Wykaz stosowanych skrótów. Przykład:**

ADL	skala oceny podstawowych czynności życiowych (ang. <i>Activities of Daily Living</i> )
AF	migotanie przedsionków (ang. <i>atrial fibrillation</i> )
ASA	skala ryzyka operacyjnego wg amerykańskiego towarzystwa anestezyjologicznego (ang. <i>American Society of Anesthesiologists</i> )
AV	zastawka aortalna (ang. <i>aortic valve</i> )
CPB	krążenie pozaustrojowe (ang. <i>Cardio-pulmonary bypass</i> )
EF	frakcja wyrzutowa (ang. <i>ejection fraction</i> )
EKG	elektrokardiografia (ang. <i>electrocardiography</i> )

**Wstęp** – powinien zawierać:

- 1-1,5 strony maszynopisu,
- krótkie wprowadzenie w problematykę i wyjaśnienie rangi prezentowanego tematu,
- uzasadnienie wyboru tematu (co było inspiracją do podjęcia tematu?),
- wyjaśnienie znaczenia terminów użytych w tytule pracy,
- podanie informacji ogólnej o stanie badań w tym temacie, co stanowi kontrowersję, a czego nie wiadomo,
- cele pracy, które odpowiadają na pytanie dlaczego dokonano takiego wyboru przypadku. Obowiązuje zwrot: „Celem pracy było....”,
- ogólne informacje o wykorzystanych metodach i strukturze pracy.

**1. Część teoretyczna pracy (ok. 15 do 20 (max.) stron maszynopisu)**

Treści podzielone na klarowne podrozdziały, spójnie ze sobą korespondujące. Muszą być zachowane proporcje – opis nie tylko części klinicznej zagadnienia, ale również opis pozostałych elementów, do których odnosi się praca (np. funkcje rodziny, samoopieka....). Jeżeli były opisywane podobne przypadki, to należy ująć to w teorii.

Nie jest dopuszczalne przepisywanie fragmentów tekstu z wszelkich źródeł. Materiał tekstowy powinien być pisany własnymi słowami. Jeżeli treść jest dosłownie przepisywana – zaopatrzyć w „;” a najlepiej parafrazować.

Pojedyncze znaki z końca wierszy należy przenieść do następnej linijki.

Jeżeli w tekście stosujemy punktatory, to stosujemy konsekwentnie jeden rodzaj oznaczeń, np.”–,,. **Przykład:**

**Niedomykalność zastawki mitralnej dzieli ze względu na sposób, w jaki wada powstała [19]:**

- **organiczna (pierwotna) - EROA  $\geq 40$  mm<sup>2</sup>, RVol  $\geq 60$  ml,**
- **czynnościowa (wtórna) - EROA  $\geq 20$  mm<sup>2</sup>, RVol  $\geq 30$  ml.**

Proszę zwrócić uwagę na miejsce oznaczenia piśmiennictwa (przed dwukropkiem) oraz, że treść punktora rozpoczyna się małą literą, a na końcu umieszczamy przecinek lub średnik (jednolicie w całym tekście), dopiero po ostatnim punktorze jest kropka. Wyjątkiem jest, jeśli każdy z punktorów ma inne źródło w piśmiennictwie, to wówczas odnośnik źródłowy w nawiasie kwadratowym piszemy po każdym z punktorów (przed przecinkiem lub kropką).

**2. Metodologiczne podstawy pracy** – ta część winna zawierać podstawy teoretyczne wszystkich elementów uwzględnionych w temacie pracy. Uwzględnia również założenia metodologiczne pracy.

- cel pracy - jasno określony; obowiązkowy zwrot: „Celem badań było...”.
- problemy badawcze – postawione w formie pytań: dopełnienia (tych powinno być więcej) – zaczynają się od: „jaki, w jakim stopniu, gdzie, dlaczego, ile...” – próba oceny siły związku między zmiennymi; np. Jaka jest wydolność opiekuńcza rodziny...?; rozstrzygnięcie – zaczynają się od „czy...” – mówi o istnieniu związku, np. Czy istnieje związek między wydolnością opiekuńczą rodziny a zdolnością do samoopieki?
- metody, techniki, narzędzia badawcze - opis zastosowanych metod, technik i narzędzi. Należy szczegółowo opisać każdą z technik oraz narzędzi zastosowanych w badaniach; również zastosowane skale do różnych pomiarów - co skala mierzy, jakie przyjmuje wartości, podać odnośnik do źródła, np. [1]. W opisie techniki NIE należy podawać definicji techniki w oparciu o różnych autorów.

Techniki badawcze wykorzystywane w metodzie studium przypadku to (należy wykorzystać wszystkie):

- wywiad,
  - obserwacja,
  - analiza dokumentacji,
  - pomiary (badanie fizykalne, testy, skale: ADL, Becka, Geriatryczna Skala Depresji, Norton, MHLC – skala przekonań związanych ze zdrowiem; IZZ – inwentarz zachowań zdrowotnych, itp.).
- organizacja i przebieg badań – uwzględnić organizację badań, charakterystykę miejsca badań i czas ich wykonania; umieszczenie informacji co do zgody osoby badanej na przeprowadzenie badań.

**3. Opis indywidualnego przypadku** opracowany na podstawie opisu jednego pacjenta, rodziny lub małej społeczności). Opis (ocena stanu bio-psycho-społecznego) oparty o wszystkie techniki badawcze zastosowane u pacjenta/rodziny. Celem metody jest opisanie aktualnej sytuacji, w jakiej znajduje się badany pacjent w sposób możliwie najpełniejszy i kompletny z zamiarem poddania jej analizie z uwzględnieniem wartości zmiennych i zależności między nimi. Metoda ta pozwala na poznanie różnych sposobów postępowania w celu rozwiązania danego, rzeczywistego problemu zdrowotnego pacjenta i jego rodziny. Pozwala również na zapoznanie się z ostatecznymi wynikami postępowania – jakie cele osiągnięto, a jakich nie. Opis przypadku dotyczyć powinien tylko przypadku osobiście znanego. Minimalny czas obserwacji pacjenta to 7 dni (może być dłużej) – stały ciąg czasowy. Konieczna jest zgoda pacjenta lub jego opiekuna prawnego (gdy ten niepełnoletni) – może być ustna; jeżeli zgoda jest pisemna, to wystarczy mieć ją w indywidualnych zasobach. Istnieje możliwość dołączenia wyników, obrazów badań o ile wnoszą one istotną informację. W sytuacji zamieszczenia zdjęć pacjenta konieczne jest uzyskanie od niego pisemnej zgody (posiadać w indywidualnych zasobach). W opisie przypadku należy zaznaczyć moment objęcia opieką pacjenta opieką zaprezentowaną w procesie pielęgnacyjnym, np. przyjęcie do szpitala, wypis, 10-ta doba hospitalizacji.

Jeżeli student bazuje na dokumentacji medycznej z przeszłości pacjenta i prowadzi z nim wywiad na temat okresu, który już minął, to ze względu na brak możliwości sprawowania bezpośredniej obserwacji i opieki właściwym będzie stworzenie tzw. „modelu opieki”. Jest to praca, w której teoretycznie opisujemy wybraną jednostkę chorobową, a następnie ustalamy możliwe diagnozy pielęgniarstwa, które mogłyby wystąpić i opisujemy wzorcowy sposób realizacji planu opieki.

**4. Diagnoza problemów zdrowotnych pacjenta** - formułowanie diagnozy problemów zdrowotnych pacjenta lub diagnoza pielęgniarska wraz z celem podjętych działań, planem opieki i ewaluacją podjętych działań. Diagnoza ma dotyczyć wszystkich sfer życia pacjenta, a nie tylko biologicznej. Problemy hipotetyczne/potencjalne należy uwzględnić na samym końcu lub wcale.

**5. Omówienie wyników (3-4 str.)** – w tym rozdziale nie chodzi o wyniki badań diagnostycznych, ale o omówienie podjętych działań, omówienie możliwości lub ograniczeń wynikających z przyjętej teorii pielęgnowania (jeśli taką zastosowano). Należy opisać, jakie trudności napotkano, czy wyniknęło coś, czego nie planowano, czy w trakcie realizacji należało zmodyfikować działania, które działania wymagają kontynuacji – ponieważ nie można ocenić efektów w krótkim czasie, itp.). W tej części należy odnieść się do wyników badań, doniesień zawartych na dany temat w piśmiennictwie.

**Wnioski** są kwintesencją pracy. Muszą być sformułowane w sposób jasny, prosty i być kompatybilne z problemami z problemami badawczymi i uporządkowane w kolejności przyjętych założeń. Wniosek nie jest powtórzeniem wyników. Wnioski powinny być sformułowane w czasie przeszłym, numerowane.

#### **Przykład części „omówienie wyników”**

Wykorzystując metodę studium przypadku oraz niezbędne techniki i narzędzia badawcze udało się poznać sytuację zdrowotną pacjentki z rdzeniowym zanikiem mięśni typu I oraz zdiagnozować jej problemy i potrzeby bio-psycho-społeczno-duchowe.

Pacjentka należy do tych nielicznych chorych, którzy przeżyli z rdzeniowym zanikiem mięśni typu I dłużej niż drugi rok życia, a tym bardziej wyjątkowej grupy ludzi, którzy dożyli wieku dorosłego. Problemy zdrowotne pacjentki były charakterystyczne dla podanych w piśmiennictwie informacji na ten temat. U chorej można było zaobserwować trudności z oddychaniem, bezdechy nocne, konieczność stosowania nieinwazyjnej wentylacji, dużą skoliozę, refluks żołądkowo-przełykowy, niedożywienie, utrudnione poruszanie, duży stopień zależności od opieki innych. Jednak o wyjątkowości przypadku pacjentki stanowi m.in. sposób w jaki przystosowała się do życia w społeczeństwie. Większość opracowań przedstawia osoby chore na SMA1 jako chorych, którzy w pełni uzależnieni od pomocy innych muszą pozostawać w domu i całe ich życie obraca się wokół choroby [8,10]. W niniejszej pracy opisano jak pacjentka, pomimo, a można by rzec wraz z chorobą i całkowitą zależnością od osób trzecich jest osobą szczęśliwą, utrzymuje relacje z licznymi przyjaciółmi i w pełni korzysta z życia

pomagając przy tym innym. Podczas procesu pielęgnowania trudne okazało się to, że SMA1 jako choroba, na którą przez 29 lat życia pacjentki nie było lekarstwa spowodowała w jej organizmie zmiany nieodwracalne. Podejmowane czynności i pomoc były działaniami doraźnymi, jakkolwiek niezbędnymi, jednak nie były one w stanie zahamować choroby, ani znacząco poprawić stanu zdrowia pacjentki. Zwalniały natomiast rozwój dalszych powikłań i dały możliwość oczekiwania na leczenie Nusinersenem. Działania te wymagają ciągłej kontynuacji.

Wydaje się, że jednym z trudniejszych problemów okazał się deficyt samoopieki spowodowany znacznym osłabieniem mięśni. Naturalnym procesem i potrzebą człowieka jest dorastanie, usamodzielnianie się i samorealizacja, co w pewnym momencie wiąże się z opuszczeniem domu rodzinnego. W pełni świadoma, dorosła pacjentka odczuwała dyskomfort związany z całkowitą zależnością od rodziców. Swoje pragnienia i aspiracje musiała konfrontować z możliwościami oraz opinią rodziców. Również miejsce, w którym mieszkała stanowiło pewne ograniczenie, ponieważ pacjentka swoją pracę, dodatkowe kursy, zaangażowanie społeczne czy większość spotkań ze znajomymi musiała w zdecydowanej większości dopasować do miejsca, w którym mieszkała i możliwości przemieszczania się, a nie zawsze w pełni do własnych pragnień. Nawet pomimo tak wielkiej miłości i troski jaką rodzice okazali i wciąż okazują pacjentce oraz jej pozytywnemu podejściu do sytuacji, w jakiej się znajduje, była ona narażona na psychiczny dyskomfort i każdego dnia wybór, aby prosić o to, co naprawdę jest ważne. Piśmiennictwo wskazuje, że dziecko będzie znosiło chorobę na tyle, na ile rodzice radzą sobie z własnym wysiłkiem związanym z chorobą dziecka. Jednak często proces akceptacji choroby przez rodzinę bywa bardzo trudny. Nieraz może to prowadzić albo do odrzucenia, albo nadopiekuńczości, nadmiernego chronienia i izolacji dziecka chorego [10]. Bardzo możliwe, że opisywana pacjentka właśnie dzięki zaakceptowaniu choroby przez jej rodziców i ich bardzo mądremu podejściu do sytuacji córki, jest w stanie wciąż zachowywać pozytywne nastawienie do życia.

Kolejnym, równie ważnym problemem były trudności oddechowe, coraz częściej nasilające się w wyniku infekcji. Częste stosowanie NIV, leków wziewnych oraz niezbędne wizyty w szpitalu niewątpliwie wpłynęły na jakość życia pacjentki. Pogarszające się funkcje oddechowe były poważnym zagrożeniem dla zdrowia, a nawet życia pacjentki. Na kartach wypisowych ze szpitala stan pacjentki określany był już nie jako w pełni bardzo dobry, ale dość dobry, adekwatny do wieku i współistniejących schorzeń. Podkreśla to powagę problemu. Podczas realizacji procesu pielęgnowania kontynuowano NIV, rehabilitację oddechową, odsysanie i przeciwdziałanie infekcjom. Stan pacjentki nie uległ pogorszeniu. Sytuacja chorej

podobna jest do tej podawanej w piśmiennictwie. Autorzy badań wskazują, iż problemy oddechowe są jednymi z najpoważniejszych trudności i powikłań chorych na SMA. W ciągu kolejnych lat hipowentylacja pogłębia się i często jest przyczyną krytycznego pogorszenia stanu zdrowia i zagrożeniem dla życia [9].

Na podstawie skali CDS oraz analizy sytuacji pacjentki stwierdzono wysoki stopień zależności od opieki innych. Pacjentka wymagała całodobowej opieki w podstawowych czynnościach codziennych. To co była w stanie zrobić samodzielnie to: zjedzenie podanego posiłku, wypicie podanego napoju, podpisanie się, posługiwanie telefonem, czy komputerem, poruszanie się na wózku elektrycznym. Podczas jakichkolwiek zmian pozycji, korzystaniu z łazienki, kąpieli, przygotowaniu posiłków, przemieszczaniu się samochodem, pielęgnowaniu rurki tracheotomijnej, stosowaniu NIV czy odsysaniu potrzebowała znacznej pomocy ze strony innych. Jest to typowa sytuacja związana z rozwojem choroby Werdniga-Hoffmanna, kiedy to coraz więcej mięśni ulega osłabieniu oraz zanikowi. Jednak to, co wyróżnia chorą to fakt, że choroba rozwijała się na tyle wolno, iż dożyła ona lat 30, przy czym literatura podaje, że zdecydowana większość dzieci chorych na SMA1 nie dożywa drugiego roku życia [4]. Pacjentce została zapewniona potrzebna pomoc dzięki współpracy rodziny, pielęgniarki, opiekunki, rehabilitanta oraz lekarza anestezjologa.

Wydolność opiekuńczą rodziny oceniono na bardzo dobrą. Rodzice zdobyli niezbędne doświadczenie zarówno w pomocy w czynnościach dnia codziennego, jak i w posługiwaniu się sprzętem medycznym. Cenne okazało się to, że poprzez te lata zarówno rodzice, jak i pacjentka przyzwyczaili się do siebie nawzajem, wypracowali pewne schematy, zwyczaje i poznali swoje upodobania. Dzięki temu większość z niezbędnych czynności wykonują zupełnie naturalnie. To co dla innych mogłoby wydawać się czymś niezwykle zarezerwowanym dla środowisk medycznych, dla nich jest po prostu codziennością. Rodzice swoje zadania wykonywali z troską i wielką miłością, co pozytywnie wpływało na ich wydolność oraz minimalizowało ewentualne niedociągnięcia. W proces opieki nad pacjentką zaangażowana była opiekunka, która spędzała z pacjentką kilka godzin dziennie (kiedy rodzice byli w pracy) oraz rehabilitant (4 razy w tygodniu po 1h). Dzięki takiej współpracy udało się zapewnić kompleksową, całodobową opiekę oraz zaspokoić wszystkie niezbędne potrzeby pacjentki. Jest to bardzo częste w sytuacji chorych na SMA, że głównymi opiekunami stają się ich rodzice, którzy każdego dnia mierzą się z trudnościami, wyrzekają się wielu dotychczasowych zajęć i poznają liczne procedury medyczne. Czynią to, aby w jak najlepszym stopniu podjąć opiekę nad chorym dzieckiem. Bez ich pełnego zaangażowania niemal



niemożliwy byłby rozwój dziecka zarówno fizyczny, psychiczny, jak i społeczno-duchowy [10].

Pacjentka mocno podkreślała wpływ, jaki miało jej dzieciństwo spędzone z rówieśnikami na postrzeganie przez nią swojej choroby. Zobaczyła, że świat nie kręci się tylko wokół choroby i tylko w jej domu, ale życie postępuje dalej i nauczyła się odważnie kroczyć jego drogą naprzód wraz z ludźmi, którzy ją otaczają. Te początkowe wspomnienia bardzo pozostały w jej sercu i w dużym stopniu kształtowały jej przekonania. Również to, że aż do dnia dzisiejszego jest ona bardzo mocno zaangażowana w życie społeczne niewątpliwie sprawiło, że pacjentka doświadczyła, że jest wiele miejsc i sytuacji w których inni ludzie jej potrzebują i dają jej motywację, aby pokonywać codzienne trudności. Niewątpliwie bardzo ważną rolę w akceptacji choroby i cierpienia przez pacjentkę miała i wciąż ma wiara. Pacjentka może upodabniać się do Jezusa zarówno w trudnościach, wyjątkowej inności, niekiedy odrzuceniu i niezrozumieniu, ale też w dawaniu miłości i przykładu, bycia z ludźmi potrzebującymi, rozmowy z nimi. Tak jak On daje innym nadzieję tam, gdzie już nikt nadziei nie widzi.

Pacjentce zapewniono możliwości do aktywnego korzystania z życia społecznego, kulturowego oraz duchowego. Również stan psychiczny chorej określić można jako bardzo dobry. Pacjentka akceptuje swoją chorobę, a własną pogodą ducha przyciąga i emanuje na ludzi wokół niej. Znajomi często powierzali jej swoje problemy i trudności obdarzając ją dużym zaufaniem. Cichość, umiejętność słuchania oraz liczne doświadczenia życiowe skłaniały ku otwartości w takich rozmowach. Być może właśnie rozmówcy starali się odkryć z nią jej tajemnicę, jak radzić sobie z trudnościami. Akceptacja przez pacjentkę swojej sytuacji zdrowotnej nie tylko pozytywnie wpłynęła na jej kontakty społeczne, ale zmieniła wielu ludzi wokół niej. Jej przykład zawstydza, zmienia hierarchię wartości, pozwala zobaczyć to, co naprawdę w życiu ważne, uczy kochać pomimo wszystko i ufać Bogu bezgranicznie.

Po przeanalizowaniu sytuacji okazało się, że pomoc pielęgniarska w środowisku pacjentki była potrzebna w niewielkim stopniu. Wiele z czynności, które w normalnych okolicznościach wykonywałaby pielęgniarka, w omawianej sytuacji podejmowali rodzice. Było to bardziej komfortowe dla samej pacjentki oraz pozwalało budować pomiędzy nią a rodzicami niesamowitą, bliską więź. Zadania, które podejmowała pielęgniarka podczas opieki to: odciążenie na pewien czas rodziców w codziennej pomocy pacjentce w celu zregenerowania ich sił zarówno fizycznych jak i psychicznych, ocena stanu zdrowia oraz wsparcie pacjentki poprzez obecność i troskę, ustalanie wspólnie z pacjentką zakresu potrzebnej pomocy i sposobów realizacji, pomoc pacjentce w realizacji kontaktów społecznych, prowadzenie

profilaktyki przeciwdroźynowej, budowanie nadziei związanej z oczekiwanym leczeniem. Podczas wykonywania zadań pielęgniarka mogła brać przykład z umiejętności rodziców pacjentki oraz ich postawy pełnej troski i zaangażowania, którzy na co dzień zapewniają jej opiekę.

6. **Streszczenie** jest samodzielny 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. Objętość streszczenia nie powinna przekraczać 1 strony. Streszczenie winno zawierać elementy strukturalne analogicznie jak treść pracy (wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki (najważniejsze problemy zdrowotne), wnioski, słowa kluczowe). Słowa kluczowe powinny być zgodne z Index Medicus.

7. **Piśmiennictwo** - wykaz piśmiennictwa powinien zawierać wszystkie wykorzystywane w pracy źródła. Praca powinna zawierać minimum 20 pozycji piśmiennictwa nie licząc stron internetowych. Opisy powinny być uporządkowane w kolejności cytowania, opisane liczbami arabskimi, w nawiasie kwadratowym, np. [1], umieszczamy je na końcu zdania, przed kropką. Unikamy zbiorczych opisów piśmiennictwa na końcu akapitu, tj. [1,4,5]. Każdy akapit powinien posiadać odnośnik(i) do źródła. W pracy powinno się korzystać z aktualnego piśmiennictwa dotyczącego omawianego zagadnienia: z ostatnich 5 lat - artykuły, 10 lat - książki. Wykorzystanie starszych źródeł jest dopuszczalne przy braku aktualnych doniesień, w przypadku opisu danych historycznych, np. pierwszych operacji danego typu lub odkryć naukowych jak najbardziej można zamieszczać dane źródłowe (nawet i z 1963 roku). Co najmniej dwa źródła (a najlepiej 5) powinny być anglojęzyczne. Nie należy korzystać z biuletynów, słowników, czasopism nienaukowych, stron internetowych np. Wikipedii (z wyjątkiem stron internetowych towarzystw naukowych, GUS itp.). Wykaz powinien zawierać publikacje innych autorów, do których odwoływano się w pracy, powinien być ułożony według kolejności cytowania – system Vancouver (nie w porządku alfabetycznym). Należy wpisać wszystkich autorów cytowanych prac, inicjały imion, tytuł pracy, skrót nazwy czasopisma zgodny z Medline, rok wydania, tom, numer, strony. W przypadku wydawnictw zwartych należy podać: nazwisko autora, inicjał imienia, tytuł rozdziału, tytuł książki, z której rozdział pochodzi, redaktora wydania, wydawnictwo, rok wydania, strony. Należy zwracać uwagę na znaki przestankowe „; : . , - / ( )” i stosować je konsekwentnie.

**Typowy odnośnik do artykułu w czasopiśmie:**

Januszewski J., Mleczek E. Wskaźnik wagowo-wzrostowy Queteleta II – BMI a sprawność fizyczna i morfologiczna, badania w konwencji zdrowia u dziewcząt z Małopolski. *Antropomotoryka* 2006, 32: 33-49.

**Więcej niż sześciu autorów:**

Krzanowski M., Bodzon W., Dudek D., Heba G., Rzeszutko M., Nizankowski R. i wsp.: Transthoracic, harmonic mode, contrast enhanced color Doppler echocardiography in detection of restenosis after percutaneous coronary interventions. Prospective evaluation verified by coronary angiography. *Eur. J. Echocardiogr.*, 2004, 5(1): 51-64.

**Organizacja występująca jako autor:**

National Health and Education Society: Spontaneously developing autoantibody to factor VIII in an elderly woman: diagnostic and therapeutic challenges. *J. Assoc. Physicians. India.* 2004, 52: 72-73.

**Brak autora:**

A changing climate for health. *Lancet.* 2005, 365(9458): 447-448.

**Suplement do rocznika (tomu):**

Szczeklik A.: Aspirin-induced asthma: new insights into pathogenesis and clinical presentation of drug intolerance. *Int. Arch. Allergy Appl. Immunol.* 1989;90, Supl 1: 70-75.

**Suplement do numeru (zeszytu):**

Cohn J.N.: Plasma norepinephrine and mortality. *Clin. Cardiol.* 1995, 18(3, Supl. 1): 9-12.

**Autor rozdziału w książce:**

Redzko E.: Pielęgnacja skóry w czasie ciąży i porodu [w:] *Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek*, pod red. Krajewskiej-Kułąk E. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 273-279.

**Autorzy książki:**

Zaremba M. L., Borowski J.: *Mikrobiologia lekarska dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

Dopuszcza się cytowanie kilku autoryzowanych źródeł internetowych z koniecznością podania całej ścieżki dostępu do strony internetowej oraz datą jej pobrania. Strony internetowe należy traktować, jako kolejne źródło piśmiennictwa. W pracy nie wolno zamieszczać informacji ze źródeł nieautoryzowanych i nierecenzowanych, np. z ogólnie dostępnych stron internetowych. Do niezbędnego minimum należy ograniczyć cytowanie podręczników. W opracowaniu nie należy umieszczać przypisów na dole strony, lecz w piśmiennictwie na końcu pracy.

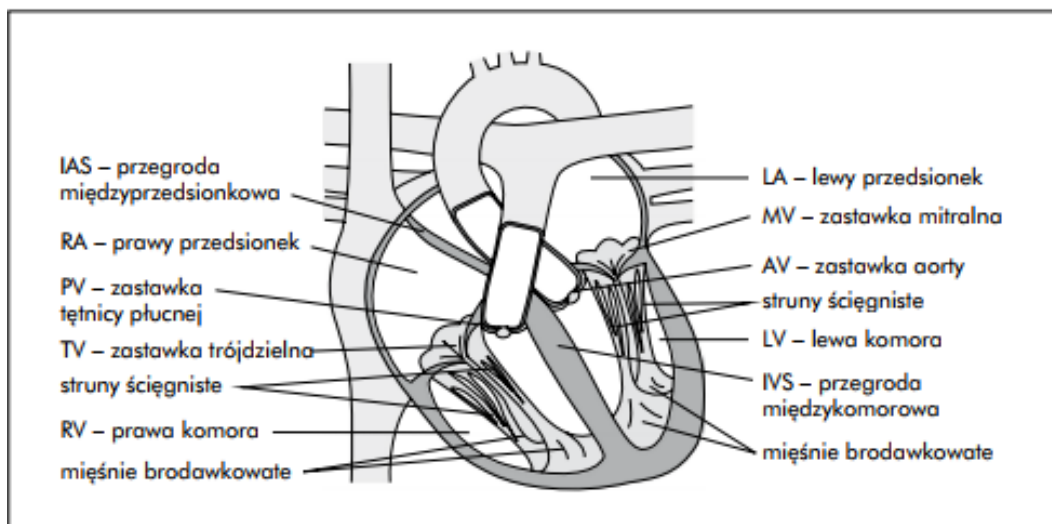
**Uwaga!** Powyższy zapis piśmiennictwa nie jest obligatoryjny, może mieć nieco inny układ o ile jest akceptowany przez promotora, ale ważne, żeby w całym wykazie piśmiennictwa był **ujednolicony! Polecany jest automatyczny zapis piśmiennictwa, przy pomocy oprogramowania, np. ZOTERO.**

**Spis tabel i rycin.** Zarówno rysunki jak i wykresy należy oznakować jako ryciny. Wyjątek stanowią fotografie wykonane przez autora pracy (te oznaczamy jako „Fotografia”). Zaleca się, żeby ryciny i tabele były własnego autorstwa, np. zawierały schemat opracowany na podstawie artykułu(-ów), wtedy do podpisu dodajemy opis np. „Schemat przedstawiający..... – opracowanie własne na podstawie [1,3,4]”.

W spisie tabel należy umieścić numer tabeli/ryciny, tytuł oraz numer strony, na której się na znajduje. Każdy opis tabeli, bądź ryciny musi być twierdzeniem, a nie pytaniem. Każdy z wykazów powinien znaleźć się na nowej stronie.

Opis tabel, rycin i fotografii w tekście (zaleca się stosowanie **automatycznej** numeracji tabel i rycin):

Ryciny (numeracja arabska): opis POD ryciną. W tekście pracy powinien znaleźć się odnośnik do ryciny, np. ....(Ryc. 1), lub: „Przekrój podłużny przez zastawki serca ilustruje rycina 1”.



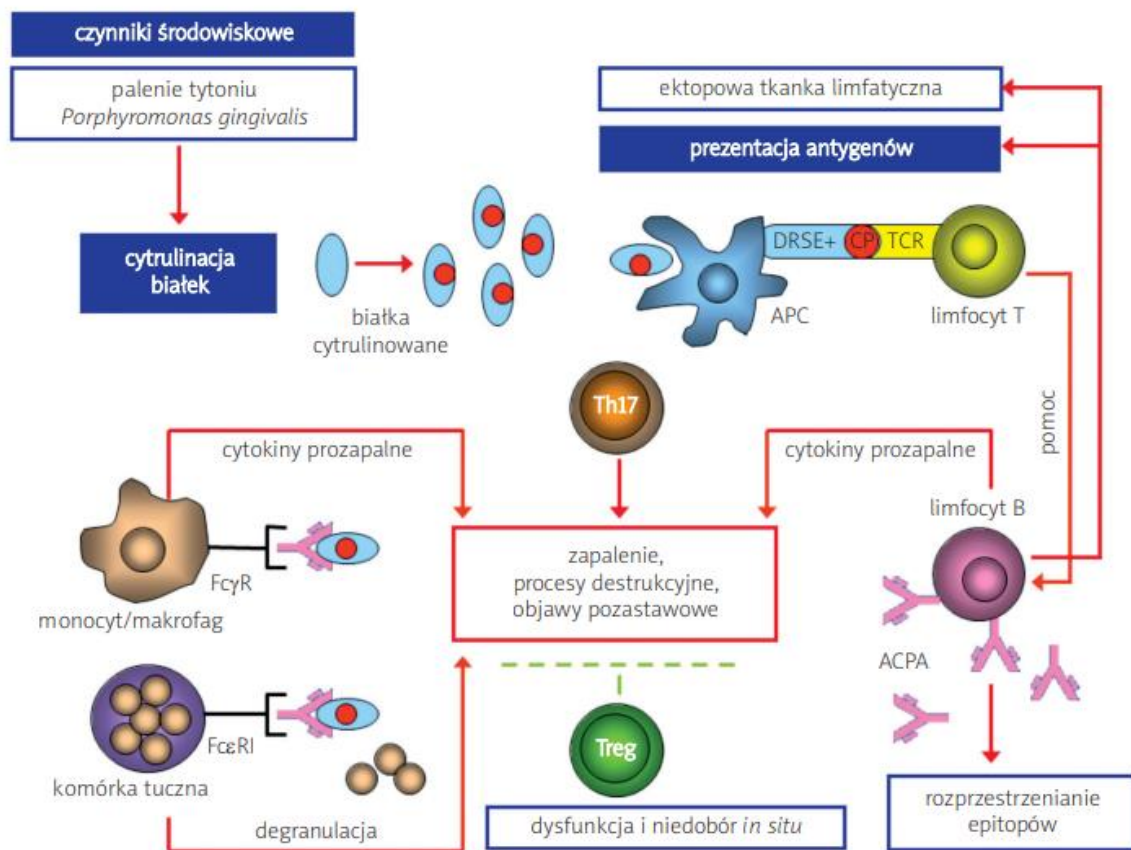
Ryc. 1. Przekrój podłużny przez zastawki serca [6].

Tabele (numeracja rzymska): opis NAD tabelą. W tekście powinien znaleźć się odnośnik do tabeli.

Tab. IV. Klasyfikacja Lee przedoperacyjnej stratyfikacji ryzyka kardiologicznego [24].

<b>Skala Lee</b>	<b>Punkty</b>
Choroba wieńcowa	1
Niewydolność serca	1
Choroba naczyń mózgowych	1
Cukrzyca leczona insuliną	1
Niewydolność nerek (kreatynina > 2,0 mg/dl)	1
Zabiegi chirurgiczne wysokiego ryzyka	1
<b>Interpretacja</b>	
<b>Punkty</b>	<b>Ryzyko (%)</b>
0	bardzo niskie - 0,4
1	niskie - 0,9
2	umiarkowane – 7
≥ 3	wysokie > 11

Jeżeli w schemacie opisanym na rycinie (lub w tabeli) są zastosowane skróty, to należy je wyjaśnić pod opisem ryciny (na dole, czcionka 10 p.), a w przypadku tabeli – POD tabelą:



Ryc. 2. Rola odpowiedzi nabytej w patogenezie RZS [22].

Skróty: DRSE+ – cząsteczki HLA-DR zawierające „wspólny epitop”, TCR – receptor limfocytów T dla antygeny, APC – komórka prezentująca antygen, CP – cytrulinowane peptydy, ACPA – autoprzeciwciała swoiste dla cytrulinowanych białek/peptydów, Th17 – limfocyt Th17, Treg – regulatorowy limfocyt T, FcR – receptory dla fragmentu Fc immunoglobulin klasy IgG (FcγR) lub IgE (FcεR).

Fotografie (numeracja arabska): opis POD fotografią. W tekście pracy powinien znaleźć się odnośnik do fotografii.



Fot. 1. Zmiany spowodowane reumatoidalnym zapaleniem stawów dłoni [źródło: archiwum własne]

**Przykładowy wykaz tabel i rycin:**

Tab. 1. Kryteria echokardiograficzne dla rozpoznania ciężkiej niedomykalności zastawki aortalnej (AR) i zastawki mitralnej (MR).....	12
Tab. 2. Mechanizmy dysfunkcji zastawki mitralnej wg Carpentiera.....	22
Tab. 3. Wskazania i przeciwwskazania do implantacji MitraClip (z badania EVEREST).....	13

(na nowej stronie)

Ryc. 1. Przekrój podłużny przez zastawki serca.....	12
Ryc. 2. MitraClip z wprowadzony z nakłucia transseptalnego przez zastawkę mitralną do światła lewej komory - widoczny otwarty mechanizm urządzenia. ....	28



**Aneks.** Zawiera wzory narzędzi, z których student korzystał. W aneksie są załączniki – w tekście musi znaleźć się odnośnik do załącznika, np. [Aneks – załącznik 1].

W pracy umieszczamy kartkę z tytułem wspólnym ANEKS, a na następnej stronie umieszczamy spis tytułów poszczególnych załączników – każdy załącznik musi mieć kolejną numerację i zamieszczony tytuł (u góry strony).

W aneksie można umieścić ksero dokumentów z podaniem danych bibliograficznych źródła, fotografie z podaniem danych bibliograficznych źródła, kwestionariusze wywiadu, arkusz obserwacji, inne materiały.

W spisie treści słowa „Aneks” nie numerujemy.

---

# Spis treści

Strony

## Wykaz używanych skrótów

## Wstęp

## Rozdział I. Opracowanie teoretyczne tematu

1.1. (w świetle literatury, praktyki zawodowej, badań naukowych itp.)

1.1.1. ....

1.2.....

1.2.1. ....

1.3.....

1.3.1. ....

1.4.....

1.4.1. ....

## Rozdział II. Metodologiczne podstawy pracy

2.1.Cel pracy

2.2.Problemy badawcze

2.3.Metody, techniki i narzędzia badawcze

2.4.Organizacja i przebieg badań

## Rozdział III. Studium przypadku

3.1. Wywiad chorobowy

3.2. Wywiad rodzinny

3.3. Stan biologiczny

3.4. Stan psychiczny i społeczny

3.5. Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

## Rozdział IV. Diagnoza problemów zdrowotnych pacjenta

## Rozdział V. Wyniki

5.1. Omówienie wyników

5.2. Wnioski

## Streszczenie

## Summary

## Piśmiennictwo

## Wykaz tabel i rycin

## Aneks



**WYDZIAŁ LEKARSKI I NAUK O ZDROWIU**

KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO

STUDIA STACJONARNE I STOPNIA

**Autor pracy**

Nr albumu.....

**Tytuł pracy**

/praca licencjacka/

Praca wykonana w Katedrze Pielęgniarstwa  
pod kierunkiem.....

/podpis promotora pracy/

**Tarnów 2025**