

CHARAKTERYSTYKA PRACY NAUKOWEJ

Wiesława Piotrowska

PROCES EBNP - EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE

Praktyka pielęgniarska oparta na dowodach

Evidence-based medicine

Medycyna oparta na faktach, medycyna oparta na dowodach (naukowych), EBM (od ang. evidence-based medicine) – korzystanie w postępowaniu klinicznym z wiarygodnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa terapii. Dowodów takich dostarczają wyniki badań eksperymentalnych oraz badań obserwacyjnych.

Inne polskie odpowiedniki terminu EBM to „ewaluacja badań medycznych” (dla uzyskania identycznego skrótowca) i „praktyka oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach” (POWAP) – jednak tłumaczenia te nie oddają pierwotnego znaczenia terminu.

W skład EBM wchodzi:

typologia poszczególnych rodzajów klinicznych badań naukowych (w tym badania obserwacyjne i eksperymentalne) wraz z charakterystyką ich wiarygodności,

wyszukiwanie publikacji naukowych (charakterystyki dostępnych baz informacji medycznej, na przykład MedLine, EMBASE),

podstawy biostatystyki,

zasady sporządzania badań wtórnych, takich jak przeglądy systematyczne czy metaanaliz.

David L Sackett, William M C Rosenberg, J A Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. „BMJ 1996;312:71”. 312, s. 71, 1996.

PROCES EBNP - Evidence-based Nursing practice

Pielęgniarstwo oparte na faktach, Pielęgniarstwo oparta na dowodach (naukowych).

Wyzwania stanowiące inspiracje do działania w zakresie pielęgniarstwa informatycznego

- Opracowanie Standardów, pojęć wykraczające poza te, które koncentrują się na terminologiach znanych, np. Międzynarodowy standard dla minimalnego zestawu danych pielęgniarskich, który wspiera oparte na dowodach praktyki i wyniki badań oraz standard dla struktury elektronicznej oceny pracy pielęgniarek.
- Opracowanie narzędzi do krytyki oparte na informatyce, które obejmują pełen zakres metodologii badań pielęgniarskich, w tym jakościowe metody badawcze i zawierają kryteria odnoszące się do praktyki klinicznej pielęgniarstwa.
- Zintegrowanie metod wyszukiwania informacji i prezentacji oparte na standardowej terminologii pielęgniarskiej oraz specyficznych potrzebach pielęgniarek w kontekście kontinuum opieki.
- Wykorzystanie procesów informatycznych i technologii informacyjnych, aby zapewnić mechanizm, dzięki któremu pielęgniarki będą mogły z powodzeniem obserwować skuteczność stosowania dowodów w praktyce.
- Zdefiniowanie kompetencji informatycznych dla pojawiających się ról związanych ze zmieniającym się charakterem dowodów dostępnych do zastosowania w praktyce.

Sołtysiak Artur, Wprowadzenie do praktyki pielęgniarskiej opartej na faktach. Prezentacja Dzień I online na stronie <https://sites.google.com/site/ebnppoland/ebnp/intro-1>

Rozwój badań naukowych w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie WENER, Europejska Fundacja Badań Naukowych w Pielęgniarstwie (ENRF)

Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy

Workgroup of European Nurse Researchers (WENR / WHO)

Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy - Workgroup of European Nurse Researchers (WENR / WHO) powstała w roku 1978.

Zadaniem organizacji jest rozwój badań pielęgniarskich w Europie mających zapewnić wysoki standard opieki pielęgniarskiej. Grupa skupia po jednym przedstawicielu z każdej narodowej organizacji będącej członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Obecnie zrzesza 23 członków. Polska reprezentowana jest od 1978 roku.

Misją WENR / WHO jest promocja i wspieranie współpracy na rzecz badań naukowych w Europie z efektywną korzyścią dla ludzi danego kraju.

Intencją WENR / WHO jest podtrzymywanie i solidarność w grupie pielęgniarek badaczy w Europie.

Założenia te realizowane są przez:

- wpływanie na politykę w zakresie zdrowia na poziomie Europy i kraju,
- rozwijanie infrastruktury na rzecz badań naukowych w pielęgniarstwie, przez tworzenie sieci na rzecz badań oraz wykorzystywania ich wyników,

- rozszerzanie łączności między członkami WENR / WHO z innymi organizacjami,
- promowanie wizerunku WENR / WHO na poziomie europejskim i danego kraju,
- ustalanie i wspieranie zakresu działalności naukowej,
- zabezpieczanie finansów,
- ustalanie zasad współpracy z EFN, jako gremium reprezentującego pielęgniarstwo w Radzie Europy (Unii).

Spotkania Grupy Roboczej WENR / WHO odbywają się co roku.

Reprezentanci z każdego kraju członkowskiego są zobowiązani do przygotowania raportu o aktualnie prowadzonych pracach badawczych z pielęgniarstwa, rozwoju naukowego pielęgniarstwa (stopni naukowych), możliwości wykorzystania wyników badań w praktyce i udziału w tym zakresie narodowego towarzystwa pielęgniarstwa.

Drugą formą działalności Grupy są otwarte konferencje naukowe.

W 1996 roku została wydana przez Council of Europe Strasburg, "Nursing Research" - Raport and Recommendations" strategia rozwoju badań pielęgniarstwa z zaleceniem rozpowszechniania go w poszczególnych krajach.

Najważniejszym osiągnięciem WENR / WHO jest stworzenie europejskiej sieci naukowców reprezentujących pielęgniarstwo (w kierownictwie projektu - Irena Wrońska).

Towarzystwa Pielęgniarek powinny inspirować badania naukowe przez wydawanie biuletynów, zeszytów naukowych, organizowanie konferencji naukowych i spotkań, celem prezentacji wyników badań, włączyć się w prowadzenie badań międzynarodowych.

W Lizbonie w 2000 roku przyjęto strukturę badań (The seventh Research Framework), której celem jest współpraca, idee, ludzie i kompetencje.

Zakres badawczej aktywności w Europie obejmuje 9 kierunków (filarów).

Dla pielęgniarstwa i położnych istnieje możliwość uczestniczenia w badaniach wielodyscyplinarnych w filarze zdrowie w ramach tematów:

- *badania dotyczące opieki nad ludźmi starszymi,*
- *jakość życia - jakość opieki,*
- *tele-zdrowie,*
- *edukacja-nauczanie,*
- *system informacyjny dla pacjenta i o pacjencie,*
- *bezpieczeństwo, a w tym czynniki ryzyka,*
- *etyka w opiece zdrowotnej.*

Reprezentantem PTP była do 2006 r. dr Barbara Janus (PTP Oddział Poznań), od 2006 roku dr Maria Cisek (PTP Oddział Kraków).

W XV Kadencji Towarzystwa (2009 - 2013) PTP reprezentuje w WENR dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska (PTP Oddział Gdańsk).

Organizacja zakończyła swoją działalność w 2011 r. majątek Stowarzyszenia i jego Archiwa zostaną przekazane Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN), która będzie kontynuowała badania naukowe w pielęgniarstwie w ramach struktur EFN.

Europejska Fundacja Badań Naukowych w Pielęgniarstwie (ENRF)

W dniu 11 maja 2013 r. została zarejestrowana w Brukseli Europejska Fundacja Badań Naukowych w Pielęgniarstwie (ENRF European Nursing Research Foundation) przy Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN).

W skład Rady Dyrektorów zostali powołani *Herdís Gunnarsdóttir - Islandzkie Towarzystwo Pielęgniarskie (Islandic Nurses Association)*, *Peter Carter - Brytyjskie Królewskie Towarzystwo Pielęgniarskie (Royal College of Nursing)* oraz **Dorota Kilańska - Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.**

Fundacja będzie odpowiadać za pozyskanie funduszy dla rozwoju badań naukowych w pielęgniarstwie i przygotowania się do nowego finansowania badań naukowych w ramach Horizon 2014-2020.

Celem Fundacji jest gromadzenie istniejących badań naukowych i ich wykorzystywanie dla działań w pielęgniarstwie, zastąpiła ona WENR (Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy Workgroup of European Nurse Researchers (WENR / WHO)) - organizację zajmującą się badaniami naukowymi w pielęgniarstwie, działającą w latach 1978 - 2011 przy Światowej Organizacji Zdrowia.

Pierwszym zadaniem było wystąpienie o fundusze UE dla projektu Tematic Network, która ma pomóc w stworzeniu przewodników dla pielęgniarek dotyczące: *opieki nad przewlekle chorymi dla zapewnienia ciągłości opieki z wykorzystaniem narzędzi informatycznych zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN) wypisywania recept (e-prescriptions) w krajach UE.*

DEFINICJA BADAŃ NAUKOWYCH

Badania naukowe to czynności służące rozwiązaniu określonego problemu naukowego.

DEFINICJA PRACY NAUKOWEJ Prace badawcze podejmowane w celu zdobycia nowej wiedzy mającej konkretne zastosowania praktyczne.

Polegają one bądź na poszukiwaniu możliwych zastosowań praktycznych dla wyników badań podstawowych bądź na poszukiwaniu nowych rozwiązań pozwalających na osiągnięcie z góry założonych celów praktycznych.

Wynikami badań stosowanych są modele próbne wyrobów, procesów czy metod.

NAUKA - łacińskie – scire – wiedzieć.

Jest czymś więcej niż zawodem, jest pewnym rodzajem twórczości intelektualnej.

Wobec nauki wysuwane są oczekiwania dotyczące:

- Uporządkowania
- Sklasyfikowania
- Wyjaśnienia faktów
- Wyjaśnienia zjawisk
- Tworzenia reguł i praw

POJĘCIE NAUKI

- DYDAKTYCZNE – związane z nauczaniem i uczeniem się (nauka szkolna)

- INSTYTUCJONALNE – związane z uczelnią wyższą, instytucją naukowo – badawczą (dyscypliną naukową)
- TEORETYCZNE – czyli kompletny system uzasadnionych twierdzeń i hipotez oddających wiernie dany obszar rzeczywistości (wiedza przyrodnicza, wiedza o człowieku lub działalność badawcza)

Pojęcie nauki zwykle używane jest w znaczeniu

- Rezultatowym
- Czynnościowym

NAUKA W ZNACZENIU REZULTATOWYM

Jest to społecznie wypracowany zasób (system, zbiór) twierdzeń uzasadnionych i sprawdzonych, dotyczących ważnych dla człowieka dziedzin rzeczywistości.

Rzeczywistość kiedyś dostrzegana była jako budowa składająca się z fundamentalnych prawd, zasad itp.

Obecnie postrzegana jest jako sieć wzajemnych relacji.

NAUKA W ZNACZENIU CZYNNOSCIOWYM

Jest złożoną, twórczą działalnością społeczności naukowców, ludzi mających rozległą wiedzę o przedmiocie badań, niekonwencjonalnie myślących, obiektywnych, którzy poszukują prawd, formułują uogólnienia, prawidłowości i budują system wiedzy naukowej.

WIEDZA NAUKOWA

Jest wiedzą spójną uporządkowaną, niesprzeczną wewnątrznie, uzyskaną drogą badań naukowych za pomocą poprawnej metody i naukowych reguł.

CELE NAUKI

- WEWNĘTRZNE – wierne i ścisłe opisanie świata, przekazywanie prawidłowego i udoskonalonego obrazu rzeczywistości, odkrywanie naukowej prawdy ponadczasowej i ponadprzestrzennej.
- ZEWNĘTRZNE – przekształcenie poznanych praw o otaczającym świecie w odpowiednie normy i dyrektywy umożliwiające skuteczne i korzystne działanie praktyczne.

FUNKCJE NAUKI

- **DESKRYPTYWNA – OPISOWA – DIAGNOSTYCZNA – w jej zakresie** rozpoznaje się stan rzeczy, jego tendencje rozwojowe, wzajemne stosunki między elementami zjawiska.

Diagnoza odpowiada na pytania: jak jest, jakie są właściwości przedmiotów i zjawisk, ich natężenie, czy i jakim podlegają zmianom i procesom.

Rezultatem tej funkcji nauki są: opisy sprawozdawcze – rodzaje fotografii zdarzeń i zbiorowości

- **FUNKCJA WYJAŚNIAJĄCA** – wyjaśnia relacje – zależności między zjawiskami, ustaleniu związków przyczynowo – skutkowych, odpowiadaniu na pytania dlaczego jest, jak jest.
- **FUNKCJA WYJAŚNIAJĄCA-** w jej ramach nauka tłumaczy, dlaczego występują określone zdarzenia, co jest ich przyczyną główną a co drugorzędną, ukazuje okoliczności, w jakich dochodzi do ich przekształcenia.

- **FUNKCJA PROGNOSTYCZNA** – polega na przewidywaniu przyszłych stanów rzeczy na podstawie dotychczasowego stanu wiedzy.

STRUKTURA NAUKI

NAUKA – DZIEDZINA – DYSCYPLINA – SPECJALNOŚĆ - OBSZAR BADAWCZY - PROBLEMY – ZAGADNIENIE - ZADANIE

RODZAJE BADAŃ NAUKOWYCH

- **BADANIA ILOŚCIOWE – KWANTYTATYWNE**

(kwantum oznacza liczbę czegoś, pewną ilość) – dostarczają danych policzalnych, mogą być zestawiane w formie liczb i poddane procedurom matematycznym oraz statystycznym. Informują nas o częstotliwości, wielkości, intensywności badanego przedmiotu.

- **BADANIA JAKOŚCIOWE** – dostarczają danych w formie słownego opisu, prezentują przedmiot badania za pomocą wykresów, dane nie mają formy cyfrowej. Dzieła sztuki, filmy, zapiski, pamiętniki, emocje są źródłem danych jakościowych.

ROŻNICA MIĘDZY BADANIAM ILOŚCIOWYMI I JAKOŚCIOWYMI

wg. H. Lenartowicz, M. Kózki

ZE WZGLĘDU NA PRZESTRZEŃ CZASOWĄ BADANIA DZIELIMY NA:

- **RETROSPEKTYWNE**

- **PROSPEKTYWNE**

- **CIĄGŁE**

- **POWTARZALNE PRZEKROJOWE**

BADANIA RETROSPEKTYWNE

- *Ex post facto* – odnoszą się do wiedzy, która już zaistniała i przeminęła. Są to **badania historyczne** i polegają na krytycznej analizie treści dokumentów odnoszących się do faktów, zdarzeń, sytuacji, które miały miejsce w przeszłości.

Ich zadaniem jest:

- Wywoływanie i wzbudzanie poczucia dumy
- Wzmacnianie ducha zespołu
- Poczucie przynależności do grupy

BADANIA PROSPEKTYWNE

Opierają się na pomiarze zmiennych, które pojawiają się podczas badania. Tymi badaniami są badania eksperymentalne opierającymi się na założonych hipotezach.

BADANIA CIĄGŁE, POWTARZALNE (longitudinal)

Opierają się na wielokrotnych badaniach tej samej próby.

Stosowane są głównie w epidemiologii w celu opisanie pojawiających się w czasie spodziewanych faktów.

BADANIA PRZEKROJOWE (cross-sectional)

Wszystkie dane są zbierane w jednym czasie.

Mogą dotyczyć np. dotyczyć występowanie choroby w grupach populacji wyodrębnionej ze względu na np. wiek, płeć, zawód, miejsce zamieszkania. Ze względu na miejsce badań wyróżniamy wyróżniamy badania

- W warunkach sztucznych
- W warunkach naturalnych

ZE WZGLĘDU NA KLASYFIKACJĘ NAUKI NA DYSCYPLINY WYRÓŻNIAMY BADANIA

- **BADANIA PODSTAWOWE** – celem jest dążenie do odkrycia, poznania czegoś nowego. Nie rozważają, czy ta nowa wiedza będzie bezpośrednio wykorzystana i zastosowana do rozwiązania obecnych problemów.
- **BADANIA STOSOWANE** – mają za zadanie dostarczyć maksymalnie niezawodnych sposobów radzenia sobie w realnej rzeczywistości, skutecznego rozwiązania problemów, poprawy efektywności działań.

INNE RODZAJE BADAŃ TO:

- **BADANIA W DZIAŁANIU** – istota polega na dochodzeniu do uogólnień teoretycznych poprzez działania praktyczne
- **BADANIA DEDUKCYJNE** – wymagają aby teorie i poszczególne twierdzenia wynikały z innych, pewnych, czyli udowodnionych twierdzeń lub założeń.
- **BADANIA INDUKCYJNE – DOŚWIADCZALNE** – oznacza wprowadzenie uogólnień na podstawie eksperymentów, obserwacji faktów, formułowania i oraz weryfikowania hipotez
- **BADANIA METODOLOGICZNE** – odnoszą się do obmyślenia, testowania, standaryzowania, uzasadniania nowych metod, przeprowadzania krytyki metod znanych.

METODA NAUKOWA TO:

Całokształt sposobów badawczego docierania do prawdy i pojęciowego przedstawiania jej.

Sposób uzyskiwania materiału naukowego do prowadzenia badań.

Metoda naukowa jest procesem, w którym naukowcy zmierzają ciągle (w czasie) do skonstruowania prawidłowej (tj. niezawodnej, spójnej i nie arbitralnej) reprezentacji świata.

CELE PRACY NAUKOWEJ

wg M.Święckiego

- czynne posługiwanie się nabytą wiedzą
- w czasie studiów, wykorzystanie jej w zastosowaniu do wnioskowania teoretycznego
- rozszerzenie swej wiedzy przez samodzielne poszukiwanie opracowań naukowych
- obserwacje i analizy otaczających zjawisk
- dostrzegania prawidłowości występujących w obrębie tych zjawisk
- budowania samodzielnie prawidłowych konstrukcji logicznych
- stosowania metod pracy naukowej
- prowadzenie logicznego toku wywodów

- ćwiczenia w myśleniu naukowym
i posługiwania się jasnym i precyzyjnym językiem

RODZAJE PRAC NAUKOWYCH

- **Prace badawcze** polegają na zdobywaniu nowych prawd o świecie. Działanie badacza skierowane jest na odkrywaniu faktów, opisywaniu i wyjaśnianiu zjawisk w oparciu o własne lub cudze doświadczenia badawcze i materiały naukowe.
- **Prace koncepcyjne** – to prace naukowe ograniczone do wstępnych kroków poprzedzających badania właściwe lub opracowanie materiałów naukowych.
Może to być wskazanie nowego problemu naukowego
- **Prace metodologiczne** – to prace nad obmyśleniem, uzasadnianiem i wypróbowywaniem nowych metod, a także nad krytykowaniem i poprawianiem metod już znanych.
- **Prace analityczne** – prace analityczne dotyczą pojęć, twierdzeń, poglądów, a także materiałów, rzeczy i zjawisk.
Analiza pojęć to obszar krytyki naukowej.
- **Prace syntetyczne** – są efektem składania w spójną całość wielu szczegółów, wielu prac, wielu wyników badań.
- **Prace problemowe** – dotyczą nowych zagadnień, otwierają nowe kierunki badań.
- **Prace przyczynkowe** – to prace stosunkowo drobne, polegające na wykonywaniu badań cząstkowych, mających sens jedynie ze względu na większe przedsięwzięcie naukowe.
- **Prace teoretyczne** – to prace, w których autor opierając się na faktach już znanych, a więc wynikach swoich lub (częściej) cudzych prac badawczych, w szerokim sensie doświadczalnych, zmierza do ustalenia natury pewnych zjawisk, do logicznego uporządkowania twierdzeń, rozumowań i wniosków.
- **Prace doświadczalne** wykonywane są w sposób eksperymentalny, prowadzą do poznania pewnych prawidłowości w badanych zjawiskach. Do takich prac należy prosty opis zaobserwowanego stanu rzeczy.
- **Metaanaliza** – określająca ponowną analizę wyników badań przeprowadzonych przez innych autorów.
- **Praca indywidualna** – praca wykonana przez jedną osobę, jednego pracownika naukowego, dyplomanta.
- **Praca zbiorowa** - prowadzenie badań i tworzenie pracy naukowej przez rozmaicie zorganizowaną grupę wyspecjalizowaną i dobraną pod kątem tematu naukowego, posiadanej wiedzy i umiejętności, występuje podział pracy, prowadzonych badań, gromadzenia i opracowania materiału

ROZWÓJ NAUKOWEJ WIEDZY PIELĘGNIARSTWA POWINIEN DOTYCZYĆ:

- Natury ludzkiej osoby
- Natury pielęgniarstwa
- Roli teorii pielęgniarstwa
- Powiązania tych obszarów wiedzy z praktyką pielęgnowania

SCHEMATY TYPOWYCH PRAC NAUKOWYCH

NAUKOWO – BADAWCZA, ORYGINALNA

Przebieg i wyniki określonych badań z zakresu medycznych nauk podstawowych, biomedycznych, biotechnicznych; zwykle tylko jeden typ badań, jeden wynalazek albo jedno odkrycie; każde następane opisuje się w osobnej pracy; wyniki badań lub odkryć cząstkowych (etapowych) można opisywać osobno w kolejnych pracach wraz z przyrostem materiału wynikowego.

Wyniki zakończonego ciągu takich badań przedstawia się zwykle w osobnej pracy poglądowej jako podsumowanie.

Wyniki badania pojedynczego podaje się wraz z opisem badań w tym samym tekście.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Nazwiska autorów (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wstęp
 - a. Ogólny opis przedmiotu badań na tle dotychczasowej wiedzy w danej dziedzinie
 - b. Cel badań (hipotezy, które badacz chce potwierdzić)
 - c. Warunki, w jakich wykonywano badania (w tym miejsce, ew. współautorzy, sponsorzy), także trudności i przeszkody
 - d. Omówienie podstawowych pojęć i definicji i ewentualne objaśnienie znaczenia tych, które w różnych pracach są różnie rozumiane
 - e. Zestawienie używanych w pracy skrótów i skrótowców
6. Metoda - szczegółowy opis wywodu logicznego, metod stosowanych w czasie badań, opis modeli eksperymentalnych, użytych aparatów, substancji, także sposobów oceny statystycznej i zgodności z EBM
7. Materiał (opis doboru i zrównoważenia badanych prób, ich reprezentatywności względem populacji albo innych zbiorów)
8. Opis przebiegu badań, umożliwiające innym badaczom powtórzenie procedur
9. Wyniki badań
10. Omówienie wyników
11. Wnioski

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Tabele zestawiające materiał badawczy, wyniki itp.
2. Ilustracje dokumentujące i (albo) instruktywne
3. Inne, wynikające z treści

KLINICZNA

Obserwacje statystycznie istotnej grupy zdrowych lub chorych w zakresie określonego typu zjawisk fizjologicznych lub patologicznych.

W tym stosowane metody i procedury diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne, profilaktyczne, pielęgnacyjne, psychologiczne

SCHEMAT

1. Tytuł

2. Nazwiska autorów (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wstęp
 - a. Ogólny opis przedmiotu badań na tle dotychczasowej wiedzy w danej dziedzinie
 - b. Cel badań (hipotezy, które badacz chce potwierdzić)
 - c. Warunki, w jakich wykonywano badania
(w tym miejsce, ewentualni współautorzy, sponsorzy), także trudności i przeszkody
6. Metoda (szczegółowy opis wywodu logicznego, metod stosowanych w czasie badań, opis modeli eksperymentalnych, użytych aparatów, substancji, także sposobów oceny statystycznej, zgodności z EBM)
7. Materiał (opis doboru i zrównoważenia badanych prób, ich reprezentatywności względem populacji albo innych zbiorów)
8. Opis przebiegu badań, umożliwiający innym badaczom powtórzenie procedur
9. Wyniki badań
10. Omówienie wyników
11. Wnioski

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Tabele zestawiające materiał badawczy, wyniki itp.
2. Ilustracje dokumentujące i (albo) instruktywne
3. Inne, wynikające z treści

KAZUISTYCZNA

Nieznany albo mało znany jednostkowy (rzadziej grupowy) przypadek choroby, przebiegu choroby, reakcji na terapię, rekonwalescencji, zachowania chorego lub grupy chorych, wpływu czynników chorobotwórczych itp.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Nazwiska autorów (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wstęp
 - a. Opis dotychczasowej wiedzy dotyczącej omawianego przypadku
 - b. Opis okoliczności, w jakich doszło do stwierdzenia przypadku
6. Opis przypadku
7. Omówienie
8. Wnioski

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Inne, wynikające z treści np. zdjęcia

EPIDEMIOLOGICZNA, HIGIENICZNA, SZPITALNA, HOSPICYJNA, SOCJALNA

Obserwacje dużych grup zdrowych lub chorych w zakresie określonego typu zjawisk fizjologicznych lub patologicznych.

Zagadnienia profilaktyki, zachowań prozdrowotnych, techniki zarządzania jednostkami służby zdrowia, ekonomii w medycynie itp.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Nazwiska autorów (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wstęp
 - a. Ogólny opis przedmiotu badań na tle dotychczasowej wiedzy w danej dziedzinie
 - b. Cel badań (hipotezy, które badacz chce potwierdzić)
 - c. Warunki, w jakich wykonywano badania (w tym miejsce, ewentualni współautorzy, sponsorzy), także trudności i przeszkody
6. Metoda (szczegółowy opis wywodu logicznego, metod stosowanych w czasie badań, opis modeli eksperymentalnych, użytych aparatów, substancji, także sposobów oceny statystycznej, zgodności z EBM)
7. Materiał (opis doboru i zrównoważenia badanych prób, ich reprezentatywności względem populacji albo innych zbiorów)
 8. Opis przebiegu badań umożliwiający innym badaczom powtórzenie tych badań
9. Wyniki badań
10. Omówienie wyników
11. Wnioski

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Tabele zestawiające materiał badawczy, wyniki itp.
2. Ilustracje dokumentujące i (albo) instruktywne
3. Inne, wynikające z treści

RAPORT BADANIA NAUKOWEGO

- Raporty stanowią opis przeprowadzonego doświadczenia.
- Raport jest rodzajem sprawozdania z wykonanego doświadczenia
- Do raportu musi być dołączona kartka z oryginalnymi wynikami pomiarów z numerem i tematem doświadczenia, datą oraz podpisem osoby prowadzącej. Całość musi zostać spięte trwale zszywką.
- Przy pisaniu raportu należy zachować układ i zawartość treści wg schematu.

SCHEMAT

- Autorzy
- Tytuł
- Streszczenie
- Wstęp i cel
- Materiał
- Metoda
- Wyniki
- Dyskusja
- Wnioski
- Piśmiennictwo

HUMANISTYCZNA

Logika medycyny i (albo) farmacji, filozofia medycyny, etyka lekarska (deontologia lekarska) i (albo) farmaceutyczna, historia medycyny i farmacji.

Kultura stworzona przez lekarzy i farmaceutów: literatura piękna, sztuki piękne, muzyka, publicystyka

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wprowadzenie (wstęp),
6. Działy tekstu głównego,
7. Zakończenie puentujące

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Inne, wynikające z treści

POGLĄDOWA

Najczęściej spotykane, powszechnie przyjęte, oficjalne albo oparte na ciągu własnych badań poglądy na określony temat albo na logicznie powiązaną grupę zagadnień medycznych, w tym z zakresu nauk podstawowych i humanistyki lekarskiej.

Duże podobieństwo do rozdziału podręcznika, ale opis wzbogacony rozważaniami i komentarzami autorskimi lub zaproszonych specjalistów

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wprowadzenie (wstęp),
6. Działy tekstu głównego

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Tabele
3. Zestawienia (zwykle klasyfikacje itp.)

ROZDZIAŁ PODRĘCZNIKA LUB SKRYPTU

Najczęściej spotykane, powszechnie przyjęte, oficjalne albo oparte na ciągu własnych badań poglądy morfologiczne, epidemiologiczne, diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne, psychologiczne, filozoficzne na określony temat albo na logicznie powiązaną grupę zagadnień medycznych. w tym z zakresu nauk podstawowych.

Najważniejsze problemy spotykane w praktyce i sposoby ich rozwiązywania; nawiązanie do dziedzin pokrewnych; także historia zagadnienia.

Podobieństwo do pracy poglądowej, ale bez rozważań i rozwiniętych komentarzy odautorskich

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autor (autorzy), jeśli podręcznik ma wielu autorów

3. Streszczenie (rzadko)
 4. Wprowadzenie (wstęp),
 5. Działy tekstu głównego
- ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE**

1. Ilustracje
2. Tabele
3. Ramki instruktażowe
4. Dodatki (zestawienia, tablice itp.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Usystematyzowany albo luźny ciąg streszczeń lub omówień istotnych prac naukowych, czasami wzbogacony zwięzłym komentarzem.

SCHEMAT

Krótkie artykuły, umieszczone jeden pod drugim.

OPIS URZĄDZENIA

Opis określonego typu urządzenia, wynalazku lub udoskonalenia.

Nie może mieć cech reklamy ani kryptoreklamy, z wyjątkiem prac opatrzonych informacją o ich reklamowym charakterze.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wprowadzenie (wstęp),
6. Działy tekstu głównego
7. Zakończenie (wnioski)

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Tabele (np. przykłady zastosowania)

OPIS POSTĘPOWANIA

Opis określonej procedury badawczo - naukowej, diagnostycznej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej, profilaktycznej, produkcyjnej itp.

Może być też opisem zasad prowadzenia badań naukowych, ich dokumentowania i publikacji.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wprowadzenie (wstęp),
6. Działy tekstu głównego
7. Zakończenie (wnioski)

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Schematy procedur

OPIS FARMAKOLOGICZNY

Opis określonego leku lub typu leków, wynalazków lub odkryć w tym zakresie.

Nie może mieć cech reklamy ani kryptoreklamy, z wyjątkiem prac opatrzonych informacją o ich reklamowym charakterze.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wprowadzenie (wstęp)
6. Działy tekstu głównego
7. Zakończenie (wnioski)

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Wzory
3. Tabele

DONIESIENIA WSTĘPNE

Informacja o wykonaniu etapu badań nie uprawniającego jeszcze do formułowania wniosków wiążących albo ostatecznych.

Informacje o trwających pracach nad wynalazkiem, odkryciem, obserwacją bez podawania szczegółów, które umożliwiają powtórzenie określonych procedur w innym ośrodku naukowym, lub doniesienia o przypuszczeniach w związku z odkryciem lub wynalazkiem.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Słowa kluczowe
4. Streszczenie
5. Wprowadzenie (wstęp)
6. Opis zagadnienia
7. Informacja o dalszych planach badawczych

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Tabele

EDYTORIAL

Artykuł wstępny umieszczany na początku treści zeszytu czasopisma, wyznaczany do tej roli przez redakcję, często zamawiany u autora.

SCHEMAT

Struktura dowolna.

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ilustracje
2. Tabele

REFERAT NAUKOWY

Praca przygotowana do wygłoszenia na konferencji naukowej i jednocześnie do druku w pamiętniku konferencji. Zakres tematyczny dowolny.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy (wraz z jednostkami badawczymi)
3. Krótkie wprowadzenie (wstęp)
4. Omówienie istoty zagadnienia (bez dygresji)
5. Wnioski (zwykle w formie wykazu twierdzeń lub postulatów)

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

Ilustracje do prezentacji medialnej, w tym:

- schematy,
- tabele,
- części referatu
- wnioski
- podsumowania

PLAKAT NAUKOWY

Streszczenie w postaci grafu, schematu lub listy zdań na dużym arkuszu, przedstawiane alternatywnie do referatu na konferencji naukowej. Zakres tematyczny dowolny.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autorzy
3. Graficzne, tabelaryczne lub w formie wykazu przedstawienie istoty zagadnienia

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

Rozwiązania kolorystyczne ułatwiające odbiór i uwypuklające maksymalnie 3 istotne elementy.

WYKŁAD PRZEZNACZONY DO DRUKU

Monotematyczna praca o charakterze szkoleniowym przeznaczona do wygłoszenia przed określoną grupą słuchaczy. Zakres tematyczny dowolny.

Styl typowy dla wykładu zmieniony na formę pisaną, ale z pozostawieniem dygresji, figur stylistycznych i wyrażeń właściwych temperamentowi literackiemu autora.

SCHEMAT

1. Tytuł
2. Autor
3. Wprowadzenie (wstęp)
4. Rozwinięcie z podziałem na zagadnienia
5. Wnioski (rzadko)

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. W czasie wygłaszania ilustracje i tabele ekranowe
2. Te same ilustracje i tabele opracowane pod kątem druku

LISTY NAUKOWE DO REDAKCJI

Krótki tekst komentujący (uzupełniający lub prostujący) określoną pracę, która ukazała się w danym czasopiśmie, albo informujący o własnej obserwacji, swoim poglądzie, badaniu, ale w zakresie nieuprawniającym do formułowania wniosków ogólnych.

Krótką informacją zawodową, środowiskową, szkoleniową itp.

SCHEMAT

1. Tytuł (zwykle nadawany przez redakcję)
2. Zwięzłe wprowadzenie (wstęp)
3. Zwięzły opis problemu lub obserwacji
4. Wnioski (rzadko)
5. Autor (wraz z informacją o jednostce badawczej)

POLEMIKA LUB DYSKUSJA

Wymiana argumentów w postaci pojedynczego tekstu lub ciągu naprzemiennych wypowiedzi dyskutantów (stron sporu) .

SCHEMAT

1. Autor
2. Tytuł

Schemat dowolny.

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE

1. Fragmenty dokumentacji
2. Graficzna ilustracja argumentacji

ESEJ

Problematyka dowolna

STRUKTURA

Zazwyczaj dowolna

1. Autor
2. Tytuł
3. Wprowadzenie (nie musi stanowić odrębnego działu tekstu),
4. Rozwinięcie tematu o układzie luźnym, ale wyraźnie powiązonym logicznie, zwykle bez wniosków, ale często z puentą

SCHEMAT ORGANIZACJI BADAŃ

dr n. med. Wiesława Piotrowska

ŹRÓDŁA INSPIRACJI

Komentarze i informacja zwrotna od pacjentów.

- Osobiste zainteresowania z codziennej praktyki lub przeczytanej literatury.
- Audyt własnej pracy lub pracy innych osób w oparciu o benchmark lub złoty standard.
- Tematy będące w centrum zainteresowania w skali kraju lub lokalnie, np. programy screeningowe- czy lokalne odbiegają od krajowych.
- Rozwój usług: co jest podstawowe, co pożądane a do czego mam aspiracje?

- Rozszerzenie roli: Czy jesteś ze swojej roli zadowolony? Czy możesz lepiej wykorzystać swe umiejętności i kompetencje?
- Praktyka oparta na dowodzie.
- Specjalizacja praktyki-podziel się swoimi spostrzeżeniami i odkryciami.

Bardzo ważne abyśmy mieli jasno sprecyzowane pytanie, na które będzie można w prowadzonym badaniu ustalić odpowiedź:

- Pomocne przy ustaleniu naszego punktu wyjścia (obecna wiedza i praktyka)
- Obecna wiedza i praktyka dla zadanego pytania
- Ustalenie co już do tej pory ustalono a jaki obszar pozostał niezbadany

Należy unikać pytań które są:

- Zbyt ogólne np. co wpływa na zdrowie dzieci?
- Słabo sprecyzowane np. czy opieka środowiskowa jest potrzebna?
- Zbyt ambitne - przekraczające nasze możliwości, czas, zasoby

Ustalmy jakiego typu pytanie zadajemy;

- *Efektywność*
- *Przyczyna*
- *Chorobowość lub zachorowalność*
- *Screening*
- *Diagnostyka (ewaluacja różnych typów diagnostyki)*
- *Rokowanie*
- *Analiza efektywności kosztów*
- *Psychospołeczne (wiedza, zachowanie, postawy, przekonania)*

SCHEMAT ORGANIZACJI BADAŃ

1. Określenie tematu badań
2. Przegląd piśmiennictwa związanego z tematem badań
3. Cel badania
4. Sformułowanie problemu lub problemów badawczych
5. Postawienie hipotez badawczych
6. Wybór metody, techniki i narzędzi
7. Określenie zbiorowości statystycznej
8. Przeprowadzenie badania pilotażowego
9. Ostateczna wersja problemów badawczych
10. Zgromadzenie materiału
11. Analiza materiału, dyskusja, wnioski, zalecenia.
12. Bibliografia
13. Spis wykresów, tabel, rysunków, załączników

Ad. 1

OKREŚLENIE TEMATU BADANIA

Ma być: Krótki, językowo poprawny, informacyjnie nośny, poznawczo intrygujący

Do określenia tytułu niezbędny jest:

- Poznanie stanu badań związanych z zagadnieniem
- Określenie znaczenia społeczno – pielęgniarskiego poruszanej problematyki
- Określenie interesujących nas zależności
- Określenie spodziewanego znaczenia badań

Ad. 2 Przegląd piśmiennictwa związanego z tematem badań

Pierwszy krok

- Encyklopedie i podręczniki

Drugi krok

- Czasopisma naukowe
 - Mają Radę Naukową,
 - Materiały tam publikowane są poddawane recenzji,
 - Mają ściśle zdefiniowany zakres tematyczny,
 - Zostają poddawane ocenie bibliometrycznej.

Słowa kluczowe

Kluczem do przebogatyh zasobów wiedzy jest język. Stosowanie precyzyjnej terminologii oraz znajomość właściwego słownictwa pozwala uzyskać możliwie najlepsze wyniki wyszukiwania.

Słowa kluczowe (keyword, text word, natural language searching) to słowa lub całe wyrażenia, które są stosowane do określania zawartości publikacji.

Za ich pomocą można wyszukać konkretne wyrażenie występujące w tytule, streszczeniu, terminach dodanych przez autora, a nawet w pełnym tekście.

Właściwe dla tematu hasło MeSH możemy znaleźć w Słowniku MeSH, który dostępny jest pod adresem <http://sloownik.mesh.pl>

Hasłem MeSH dla poszukiwanego przez nas zagadnienia jest np. *ciąża (pregnancy)*. Hasło to występuje z wieloma określnikami, można więc łatwo i szybko wybrać to, co tak naprawdę nas interesuje, np. *ciąża – genetyka (pregnancy – genetics)*, *ciąża – psychologia (pregnancy – psychology)*. Możemy również użyć hasła o węższym znaczeniu, np. *ciąża wysokiego ryzyka (pregnancy, high – risk)*, *ciąża mnoga (pregnancy, multiple)*.

Podstawowe bazy oraz wiele baz specjalistycznych znajdziemy np. na stronie internetowej Biblioteki GUMed <http://biblioteka.gumed.edu.pl/> (zakładka *Znajdź*).

Naukowe bazy danych

- Polska Bibliografia Lekarska podstawowe źródło informacji o polskiej literaturze z zakresu medycyny, tworzone w Głównej Bibliotece Lekarskiej w Warszawie; baza bibliograficzno-abstraktowa, zawierająca opisy i streszczenia publikacji powstałych po 1979 r.; można przeszukiwać jej zawartość poprzez hasła MeSH;
- Medline największa i najważniejsza baza danych z zakresu nauk medycznych, stworzona w Narodowej Bibliotece Medycznej Stanów Zjednoczonych; zawiera opisy bibliograficzne, abstrakty i coraz częściej dostęp do pełnych tekstów artykułów; do opisów publikacji używane są hasła MeSH; Medline na platformie PubMed jest bazą ogólnodostępną;
- Scopus baza interdyscyplinarna, zawiera również informacje z zakresu medycyny; ważne źródło informacji o polskich publikacjach; podaje także liczbę cytowań poszczególnych publikacji, co pozwala na przeprowadzanie analiz dokonań naukowych indywidualnych autorów;
- Web of Science wielodziedzinowa bibliograficzno-abstraktowa baza danych, jest także cennym źródłem informacji z zakresu nauk biomedycznych; za jej pomocą można również przeprowadzać analizy cytowań;

- UpToDate baza zawierająca informacje z zakresu opieki medycznej nad pacjentem; każde omówione zagadnienie uzupełnione jest o zalecenia dotyczące diagnozy i leczenia.

Największym jednak źródłem informacji z zakresu EBM jest Cochrane Library. Składa się ona z sześciu baz:

- Cochrane Database of Systematic Reviews – pełnotekstowe przeglądy badań dotyczących interwencji medycznych;
- Database of Abstracts of Reviews of Effects – streszczenia przeglądów badań dotyczących efektywności postępowania w zakresie ochrony zdrowia;
- Cochrane Central Register of Controlled Trails – zbiór raportów z medycznych badań kontrolnych;
- Cochrane Methodology Register – informacje na temat metodologii badań z grupą kontrolną;
- Health Technology Assessment Database – streszczenia analiz oceniających technologie medyczne;
- NHS Economic Evaluation Database – streszczenia analiz ekonomicznych dotyczących ochrony zdrowia.

Wyszukiwarki naukowe – specjalistyczne narzędzia wyszukiwawcze do przeszukiwania zasobów o charakterze naukowym, indeksujące m.in.: czasopisma online, bazy danych, e-booki, materiały konferencyjne, komunikaty z badań, zawartość katalogów bibliotecznych

- ✓ Google Scholar – najbardziej znana i najpopularniejsza wyszukiwarka, dająca możliwość prostego wyszukiwania i znalezienia najbardziej odpowiednich naukowych materiałów źródłowych;
- ✓ Google Books – wyszukiwarka książek znajdujących się w księgarniach i bibliotekach na całym świecie. Książki udostępniane są w pełnej treści lub w wybranych fragmentach. Po zalogowaniu się za pomocą konta Google, istnieje możliwość utworzenia osobistej półki z książkami, którą można zarządzać, udostępniać znajomym oraz zobaczyć, co czytają inni;
- ✓ DeepDyve – wyszukiwarka artykułów naukowych wiodących wydawców czasopism recenzowanych, m.in. Springer, Nature Publishing Group, Wiley-Blackwell;
- ✓ FreeFullPDF – wyszukiwarka publikacji naukowych dostępnych w formacie PDF;
- ✓ Infomine – umożliwia dostęp do naukowych zasobów Internetu z zakresu nauk medycznych, ekonomicznych, ścisłych, społecznych, a także z zakresu kultury i sztuki;
- ✓ Search4Science – wyszukiwarka źródeł naukowych tworzona przez naukowców;
- ✓ SSRN – Social Science Research Networks – połączenie kilkunastu wyspecjalizowanych narzędzi wyszukiwawczych, dotyczących poszczególnych nauk społecznych, w tym także zarządzania zdrowiem; przeszukuje głównie czasopisma i materiały konferencyjne, ze szczególnym uwzględnieniem streszczeń prac jeszcze niepublikowanych.

Dzienniki sieciowe

Blog (ang. Web Log – dziennik sieciowy) to rodzaj strony internetowej zawierającej odrębne, uporządkowane chronologicznie i w miarę możliwości cyklicznie zamieszczane wpisy.

Jest wiele blogów, które mogą lub nawet powinny być przedmiotem zainteresowania naukowca np.:

- Information Research – ideas and debate;
- Nauka i edukacja XXI wieku;
- Warsztat badacza;
- Piękno neurobiologii. Blog Jerzego Vetulaniego.

Mogą się także przydać:

- <http://medycyna-przewodnik.blogspot.com>;
- <http://badanianaukowe.edu.pl/badania-naukowe>;
- <http://otwartanauka.pl>;
- <http://www.granty-na-badania.com>;
- <http://www.ekologiainformacji.pl>;
- <http://ispoleczenstwo.pl>.

POLSKIE MEDYCZNE STRONY INTERNETOWE

Organizacje:

- ✓ <http://www.who.un.org.pl/index.php>
- ✓ <http://www.nfz.gov.pl/new>
- ✓ <http://www.mz.gov.pl/>

Strony pielęgniarские:

- ✓ <http://www.frpp.org.pl/>
- ✓ <http://ptp.na1.pl/>
- ✓ <http://www.pielęgniarstwo.korzystne.info/>
- ✓ <http://www.pielęgniarki.info.pl/>
- ✓ <http://www.nursing.com.pl/>
- ✓ <http://www.pielęgniarki.eu/>
- ✓ <http://sites.google.com/site/ebnppoland>

Bazy informacji medycznych:

- ✓ <http://www.esculap.pl/>
- ✓ http://www.esculap.pl/my_pielęgniarki/
- ✓ <http://www.resmedica.pl>
- ✓ <http://www.mediclub.pl/club/mp/>
- ✓ <http://www.mp.pl/>
- ✓ <http://ebm.org.pl/show.php?aid=15258>

Biblioteki:

- ✓ <http://www.gbl.waw.pl/>
- ✓ <http://biblioteka.gumed.edu.pl/>
- ✓ <http://www.bg.umed.lodz.pl/>
- ✓ <http://www.bg.am.wroc.pl/serwisy/serwisy.asp>

ZAGRANICZNE MEDYCZNE STRONY INTERNETOWE

Organizacje:

- ✓ <http://www.who.int/en>

Bazy informacji medycznych:

- ✓ <http://medlineplus.gov/>
- ✓ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>

- ✓ <http://www.cochrane.org/>
- ✓ <http://www.evidence.nhs.uk/default.aspx>

Chodzi o głęboki i precyzyjny przegląd dostępnej literatury (*evidence and expert opinion*) do postawionego pytania badawczego aby:

- Wskazać skalę problemu który zamierzamy badać
- Dokonać podsumowania aktualnej wiedzy dla wybranego zagadnienia
- Uwypuklić pytania które mogłyby rzucić nowe światło na daną praktykę
- Przedstawić sprawozdanie z badań dotyczących tego samego lub podobnego problemu badawczego

Strategia (chronologicznie):

- Znajdź wszystkie dostępne przeglądy systematyczne (*Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects*)
- Zapisz rekomendacje dla przyszłych badań z przeglądów systematycznych
- Badania pierwotne (primary research): sprawdź czy nie pojawiły się nowe prace nie ujęte w przeglądach lub będące tematycznie poza przeglądami ale mające związek z twoją pracą badawczą
- Sprawdź rejestry obecnie trwających badań (etap + pierwsze ustalenia)
- Obecne oficjalne zalecenia (NFZ, towarzystwa medyczne, opinie ekspertów)
- Dokonując analizy krytycznej badań, należy ustalić nie tylko wnioski, ale także jak do nich badacze doszli, oraz czy metodologia wykorzystana przez innych była trafna i czy płyną z tego jakieś wnioski dla planowanego badania. Zaleca się korzystać z narzędzi do oceny krytycznej badań.

Czasopisma naukowe w pielęgniarstwie.

Określenie „czasopisma naukowe” dotyczy dzienników o pewnym zróżnicowaniu publikacyjnym, wśród których znajdują się monografie, określane także jako czasopisma przeglądowe, dotyczą konkretnych dziedzin wiedzy, ich zadaniem jest upowszechnianie najnowszych osiągnięć naukowych.

Obok nich znajdują się także czasopisma zamieszczające prace badawcze, gdzie wyniki owych prac bywają inspiracją dla pracy naukowej kolejnych eksperymentatorów.

Istnieją także czasopisma, które łączą obie te funkcje, a więc takie, które na swoich łamach zamieszczają zarówno prace badawcze, jak i przeglądy.

Niezależnie jednak od rodzaju publikowanego materiału, każde czasopismo naukowe jest przekątnikiem informacji, integruje środowisko, przyczynia się do upowszechniania i doskonalenia wiedzy z danej dyscypliny naukowej.

Polskie czasopisma naukowe z obszaru pielęgniarstwa i położnictwa

- ✓ Problemy pielęgniarstwa
- ✓ Pielęgniarstwo XXI wieku
- ✓ Pielęgniarstwo polskie
- ✓ Magazyn Pielęgniarki i Położnej
- ✓ Wirtualny Magazyn Pielęgniarki i Położnej
- ✓ Gazeta Pielęgniarki i Położnej
- ✓ Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo
- ✓ Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne
- ✓ Położna

- ✓ Pielęgniarka epidemiologiczna. Informator
- ✓ Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne
- ✓ Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne
- ✓ problemy pielęgniarstwa <http://www.pp.viamedica.pl/> płatne artykuły z najnowszego rocznika czasopisma cena: 5 zł ;darmowe pełne teksty artykułów archiwalnych
- ✓ pielęgniarstwo xxi wieku http://www.czelej.com.pl/pielęgniarstwo_xxi_wieku brak dostępu do pełnych tekstów, streszczeń i spisów treści kolejnych numerów czasopisma
- ✓ pielęgniarstwo polskie <http://www.ump.edu.pl/> brak informacji o aktualnych numerach czasopisma
- ✓ pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne: <http://www.termedia.pl/czasopismo/-50> darmowe pełne teksty najnowszych artykułów, darmowe pełne teksty artykułów archiwalnych
- ✓ położna. nauka i praktyka. <http://www.wydawnictwopzwl.pl/czasopisma/pnip> brak dostępu do pełnych tekstów i streszczeń kolejnych numerów czasopisma
- ✓ gazeta pielęgniarki i położnej <http://www.gazeta.pielęgniarki.info.pl/>
- ✓ wirtualny magazyn pielęgniarki i położnej <http://www.nursing.com.pl/>
- ✓ nowoczesne pielęgniarstwo i położnictwo
- ✓ magazyn pielęgniarki i położnej <http://wydawnictwopzwl.pl/czasopisma/mpip/biezacy-numer>
- ✓ pielęgniarka epidemiologiczna informator: <http://www.pspe.pl/>;
- ✓ pielęgniarstwo i zdrowie publiczne: <http://www.pzp.am.wroc.pl/>;
- ✓ pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne: <http://www.pnn.wshe.pl/>;

Polskie ogólnomedyczne czasopisma naukowe:

- ✓ *Medycyna praktyczna*
- ✓ *Medycyna po dyplomie*
- ✓ *Ogólnopolski przegląd medyczny*

„**Problemy Pielęgniarstwa**” kwartalnik wydawany od 1993 roku, stanowi oficjalne czasopismo Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Redaktorem naczelnym jest dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska. Zamieszczane są w nim recenzowane artykuły poglądowe, oryginalne prace badawcze z dziedziny pielęgniarstwa i dziedzin pokrewnych, sprawozdania, komentarze, recenzje oraz oficjalne stanowiska międzynarodowych stowarzyszeń zawodowych. Obecnie czasopismo wydawane jest przez Wydawnictwo Via Medica

„**Pielęgniarstwo Polskie**” to czasopismo, które ukazuje się od 1989 roku. Wydawane jest przez Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im.Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (obecnie Uniwersytet Medyczny w Poznaniu). Pismo zawiera prace oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, sprawozdania ze zjazdów i konferencji, recenzje z książek oraz opracowania z zakresu historii pielęgniarstwa w języku polskim oraz angielskim

„**Magazyn Pielęgniarki i Położnej**” to ogólnopolski miesięcznik zawodowo-środowiskowy. Ukazuje się od listopada 1995 roku pod merytorycznym patronatem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Wydawany jest przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich

„**Pielęgniarstwo XXI wieku**”. Czasopismo ukazuje się od 2002 roku z inicjatywy ówczesnej Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu — prof. dr hab. Ireny Wrońskiej. Na łamach czasopisma prezentowane są prace z dziedziny pielęgniarstwa i

położnictwa, które mają za zadanie przybliżyć problematykę opieki pielęgniarskiej szerszym gremiom w kraju i za granicą. Ułatwia także wymianę poglądów oraz prezentację wyników badań i analiz pracownikom naukowym z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa oraz dziedzin pokrewnych. Do 2010 roku „Pielęgniarstwo XXI” wieku było wydawane przez wydawnictwo Czelej. Obecnie czasopismo wydaje Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

„Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” to kwartalnik poruszający zagadnienia związane z chorobami naczyniowymi, jest skierowane do pielęgniarek chirurgicznych i angiologicznych oraz współpracujących z nimi lekarzy. Stanowi organ Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego, wydawany przez Termedia Wydawnictwa Medyczne.

„Nowoczesne pielęgniarstwo i położnictwo”. Czasopismo internetowe wydawane od stycznia 2007 roku przez Portal Pielęgniarek i Położnych dwa razy w roku, w styczniu i lipcu. Czasopismo zamieszcza artykuły, rozprawy, raporty z dziedziny pielęgniarstwa i położnictwa, a także nauk pokrewnych. Skupia się na prezentacji wyników mogących przyczynić się do rozwoju profesji oraz podniesienia poziomu opieki nad podopiecznymi.

„Pielęgniarka epidemiologiczna. Informator” kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych. Redaktorem Naczelnym jest Dorota Czechowska. Czasopismo prezentuje artykuły z dziedziny zakażeń szpitalnych, zamieszczane na stronie Stowarzyszenia, co znacząco ułatwia dostęp do fachowej wiedzy z tej dziedziny wszystkim zainteresowanym.

„Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”. Kwartalnik wydawany od 2011 roku, to czasopismo Zakładu Medycznych Nauk Społecznych Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (aktualnie Uniwersytetu Medycznego) stanowiące bazę wymiany myśli akademickiej.

„Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” jest kwartalnikiem wydawanym od 2012 roku. Publikowane są w nim recenzowane artykuły oryginalne, poglądowe oraz opisy przypadków z zakresu pielęgniarstwa w neurologii oraz neurochirurgii.

Patronat nad czasopismem sprawuje Instytut Nauk o Zdrowiu, Wyższej Szkoły Humanistyczno- Ekonomicznej we Włocławku.

Ranking publikacji naukowych w Polsce ustala:

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

WARTOŚĆ NAUKOWĄ CZASOPISMA O ZASIĘGU MIĘDZYNARODOWYM ODDAJE:

IMPACT FACTOR (IF)- „Miara oddziaływania” – to wskaźnik prestiżu i siły oddziaływania czasopism naukowych. Ustalany jest corocznie na podstawie prowadzonego przez koncern wydawniczy Thomson Reuters indeksu cytowań publikacji naukowych.

IF= B/C

B – to łączna lista cytowań w danym roku kalendarzowym, wszystkich publikacji, które ukazały się w danym czasopiśmie w ciągu ostatnich dwóch lat, odejmując od tej liczby autocytowania – czyli cytowania publikacji autora w jego publikacjach.

C – to liczba wszystkich publikacji, które ukazały się w danym czasopiśmie, w ciągu ostatnich dwóch lat.

Wartość wskaźnika IF podawana jest w bazie Journal Citation Report.

np. Medicina Paliativa 2011 – 0,219

Punktacja KBN –

np. Medycyna Intensywna i Ratunkowa 2.0 pkt,
Pielęgniarka i Położna 1.0 pkt,
Pielęgniarstwo Polskie 1,0 pkt

Index Copernicus –

Oceniane są następujące grupy parametrów:

- ✓ Jakość naukowa: 580 punktów podstawowych (58,0%)
- ✓ Jakość wydawnicza: 200 punktów podstawowych (20,0%)
- ✓ Zasięg międzynarodowy: 135 punktów podstawowych (13,5%)
- ✓ Częstotliwość-Regularność-Stabilność: 50 punktów podstawowych (5,0%)
- ✓ Jakość Techniczna: 35 punktów podstawowych (3,5%)

np. Medycyna Intensywna i Ratunkowa 2,54 pkt, Pielęgniarka i Położna 1,88pkt,
Pielęgniarstwo Polskie 2,46 pkt

Część A – punktacja (15-50) za publikacje w czasopismach naukowych posiadających współczynnik wpływu Impact Factor (IF), znajdujących się w bazie Journal Citation Reports (JCR).

Część B – punktacja (1-15) za publikacje w czasopismach naukowych nieposiadających współczynnika wpływu Impact Factor (IF).

Część C – punktacja (10-25) za publikacje w czasopismach naukowych znajdujących się w bazie European Reference Index for the Humanities (ERIH)

Np. PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE – *POLISH NURSING*

PUNKTACJA:

2015 – 6

2016 – 6

2018 – 6

CZĘŚĆ – B

Wskaźnik Hirscha, indeks Hirscha, wskaźnik h, indeks h – miernik.

Został wprowadzony w 2005 roku przez Jorgego Hirscha.

Ma na celu wykazywać znaczenie wszystkich prac naukowych danego autora, charakteryzując jego całkowity dorobek (a nie tylko znaczenie jednej pracy, jak zwykły wskaźnik cytowań).

INDEKS HIRSCHA

Wskaźnik odzwierciedla dystrybucję cytowań publikacji określonego naukowca i liczbę jego najlepszych publikacji.

Inaczej mówiąc, naukowiec ze wskaźnikiem h opublikował Np publikacji, spośród których było h takich publikacji, z których każda była cytowana co najmniej h razy przez innych naukowców.

Wskaźnik h odzwierciedla zatem zarówno liczbę publikacji, jak i przeciętną liczbę cytowań każdej publikacji.

Stosowanie tego wskaźnika ma sens przy porównywaniu dorobku naukowców pracujących w tej samej dziedzinie, gdyż przeciętna liczba cytowań pojedynczych publikacji jest silnie zależna od dziedziny badań.

Wskaźnik został pomyślany tak, aby lepiej odzwierciedlać wartość dorobku naukowego niż sama liczba publikacji lub sumaryczna liczba cytowań wszystkich publikacji jednego naukowca.

Na przykład naukowiec po opublikowaniu 6 prac, z których każda była cytowana co najmniej 6 razy, ma wskaźnik $h = 6$, natomiast taki, który ma 100 publikacji, ale spośród nich tylko 3 mają 3 lub więcej cytowań, ma wskaźnik $h = 3$.

LISTA FILADELFIJSKA

Master Journal List – wykaz czasopism i serii naukowych opracowywany i aktualizowany przez Thomson Reuters.

Lista zawiera tytuły, które przeszły proces oceny i są uwzględniane przez bazy ISI Web of Knowledge.

Dane bibliograficzne czasopisma uwzględnionego na liście zawierają wyłącznie tytuł czasopisma, częstotliwość ukazywania się, ISSN, adres wydawcy oraz bazy, w których jest indeksowane.

Lista filadelfijska nie podaje wskaźnika Impact Factor dla czasopisma.

Źródła internetowe

MEDLINE – zawiera cytaty czasopism biomedycznych i abstrakty dla literatury z całego świata.

Medyczne bazy danych – Medline

- ✓ www.ncbi.nlm.nih.gov
- ✓ www.termedia.pl
- ✓ www.ginpol.pl (tylko streszczenia)
- ✓ www.bg.ump.poznan.pl (w zakładce / *czasopisma polskie / przegląd ginekologiczny*)

CINAHL – wszechstronna baza danych dla pielęgniarek

PSYCINFO – poświęcona literaturze fachowej

w naukach behawioralnych i zdrowiu psychicznym,

BRITISH INDEX OF NURSING – Brytyjski Index Nursing (BNI) jest to baza danych obejmujące ponad 270 czasopism z Wielkiej Brytanii, oraz międzynarodowych czasopism pielęgniarek i położnych

Ad. 3

Cel badania

Cel – to przyszły stan rzeczy, dla którego osiągnięcia badacz jest gotów podjąć działania

Należy wyartykułować efekt badania np.

Czemu przeprowadzone badania mają służyć?

Po co dokonano opisu problemu?

Jakie myśli, jakie intencje przeświecają badaczowi

Rodzaje celów badań

- ✓ Cele poznawcze są – ściśle związane z opisem, wyjaśnieniem, przewidywaniem zjawisk, odkrywaniem prawd o badanej rzeczywistości
- ✓ Cele praktyczne- możliwe do zastosowania
- ✓ Cele teoretyczne – polegają na tworzeniu nowych koncepcji, modeli itp.

Ad. 4 **Sformułowanie problemu lub problemów badawczych**

Mogą dotyczyć różnych obszarów pielęgniarstwa np.

- ✓ Jakości opieki pielęgniarstwa
- ✓ Kształcenia pielęgniarek
- ✓ Historii pielęgniarstwa
- ✓ Zarządzania w ochronie zdrowia
- ✓ Etyki pielęgniarstwa itp.

Rodzaje pytań

- ✓ Pytania rozstrzygnięcia – zaczynają się od słowa „czy” np. Czy pacjenci Hospicjum Domowego są zadowoleni z opieki pielęgniarstwa?
- ✓ Pytania dopełnienia – zaczynają się od „dlaczego?”, „kto?”, „co?”, „ile?”, „w jakim stopniu?”, „gdzie?”
np. Jakie są przyczyny powikłań u chorych leżących?

Ad. 5 Postawienie hipotez badawczych

Sformułowanie hipotezy polega na zbudowaniu domniemanej teorii dotyczącej treści zjawiska badanego, powiązań i proporcji między jego elementami

INACZEJ

Przełożenie pytania badawczego na twierdzenie dot. możliwej lub oczekiwanej relacji między co najmniej dwiema zmiennymi (zmienną niezależną i zmienną zależną);

HIPOTEZA BADAWCZA

- ✓ Powinna być nowatorska i ogólna
- ✓ Powinna być jednoznaczna pojęciowo
- ✓ Powinna być niesprzeczna wewnętrznie
- ✓ Powinna być sprawdzalna empirycznie
- ✓ Powinna mieć charakter prawidłowości
- ✓ Powinna mieć moc wyjaśniającą

Hipotezy mogą być:

- ✓ **Proste** – dotyczą związku między jedną zmienną niezależną i jedną zmienną zależną np. Pacjenci, którzy mają regularne wizyty pielęgniarki Hospicjum Domowego, mają lepiej kontrolowane dolegliwości niż pacjenci którzy takiej opieki nie mają.
- ✓ **Hipotezy złożone** – odnoszą się do relacji między dwoma (albo więcej) zmiennymi niezależnymi i dwoma (albo) więcej zmiennymi zależnymi
Np. mężczyźni w średnim wieku uzależnieni od alkoholu, którzy uczestniczą w grupach AA, mają większe szanse na pozostanie w abstynencji niż pacjenci, którzy nie uczestniczą w takich grupach
- ✓ **Hipotezy kierunkowe i niekierunkowe** – wskazują kierunek prawdopodobnych zależności bądź go nie wskazują
Np. zastosowanie cewników silikonowych do pęcherza moczowego zmniejsza częstotliwość wystąpienia zapalenia dróg moczowych
- ✓ **Hipotezy zerowe** – formułowane zgodnie z regułą statystyczną obliczania prawdopodobieństwa
Np. istnieje statystyczna zależność między zastosowaniem skali Norton a częstotliwością wystąpienia odleżyn u chorych hospicjum stacjonarnego.

ZMIENNE

DEFINICJA –

jeśli jakaś właściwość przyjmuje różne wartości – to jest to *zmienna* (w praktyce: każdy rodzaj danych zbieranych w badaniu)

RODZAJE ZMIENNYCH

niezależna – czynnik, którym badacz manipuluje, celem określenia jego wpływu na zachowanie

zależna – zachowania będące efektem wpływu zmiennej niezależnej, inaczej: przedmiot naszego badania (najlepiej jest gdy występuje 1 zależna)

PODZIAŁ ZMIENNYCH

Ze względu na wielkość zbioru

- ✓ dychotomiczne (dwuwartościowe, np. odpowiedzi „tak” i „nie”)
- ✓ wielowartościowe (odpowiedzi zamknięte lub otwarte)
- ✓ wielowartościowe zdychotomizowane (sprowadzenie do 2 wartości)

Ze względu na charakter wartości

- ✓ zmienne ciągłe – zawsze istnieje trzecia wartość pomiędzy dwoma (np. między 2 a 3 jest 2,5)
- ✓ zmienne dyskretne – pomiędzy dwiema sąsiadującymi zmiennymi nie ma trzeciej wartości (np. w punktacji w skali Apgar pomiędzy 9 a 10 nie ma 9,5)

WSKAŹNIKI

Cecha, której zaobserwowanie pozwala określić, że zaszło zjawisko

To inaczej wszystko to, co możemy zaobserwować np. ciśnienie, skurcze, które świadczą o zjawiskach (jak nadciśnienie, poród)

wskaźnik to coś co da się zmierzyć (zaobserwować), zjawisko – nie
wskaźniki trzeba w badaniu starannie dobrać

Dwa podstawowe kryteria dobroci metodologicznej narzędzia badawczego to:

- ✓ TRAFNOŚĆ
- ✓ RZETELNOŚĆ

Metoda

Analiza dokumentacji np. analiza piśmiennictwa

Przegląd systematyczny np. metaanaliza

Technika – jakościowa i ilościowa

Narzędzia – np. artykuły naukowe, zbiory archiwalne, karty obserwacji, dzienniki, rysunki, szkice, zdjęcia itp.

Metoda

Eksperyment – naturalny, laboratoryjny

Technika – jednej grupy, grup równoległych, grup rotacyjnych, czterech grup

Narzędzia – arkusze obserwacji, notatki, testy, dzienniki pomiarów i obserwacji

Metoda –

indywidualnego przypadku

Technika – wywiad, analiza dokumentów, testy, skale

Narzędzia – kwestionariusz wywiadu, skale

Metoda

Obserwacji

Technika – standaryzowana, niestandaryzowana

Narzędzia – dziennik, karty, formularze obserwacji

Metoda

Sondaż diagnostyczny –

Techniki – Wywiad – jawny, ukryty, zespołowy, jednostkowy

Narzędzia – kwestionariusz, lista pytań, notatki, dyktafon, kamera

Ankieta – audytoryjna, wysyłkowa, skategoryzowana, nieskategoryzowana

Narzędzia kwestionariusz ankiety

Metoda

Szacowania –

Techniki – skale szacunkowe, numeryczne, graficzne, z wymuszonym wyborem, postaw, samooceny,

Narzędzia – arkusz skali.

Opisujemy jak przeprowadzimy swoje badanie, upewnijmy się że wykorzystujemy właściwą metodę by odpowiedzieć na postawione w badaniu pytanie.

Ta część powinna zawierać dostateczną ilość szczegółów, które opiszą i uzasadnią wybrany sposób badawczy.

Jeżeli to praca przeglądowa, należy dodać odnośniki do literatury, której dotyczy przegląd, oraz szczegółową (odtwarzalną) strategię wyszukiwania i datę dostępu do źródeł

Ad. 7 Określenie zbiorowości statystycznej

Zbiorowość statystyczna – zbiór dowolnych jednostek np. ludzi, przedsiębiorstw, które mają przynajmniej jedną wspólną właściwość a różnią się z innych punktów widzenia.

Starzyńska- „Podstawy statystyki”

Np. chorzy na cukrzycę, chorują na tą samą chorobę, ale różnią się wiekiem, płcią, wykonywaną pracą.

Populacja próbna – podzbiór populacji generalnej. Próbę oznaczamy przez n , liczebność populacji N .

Biorąc wpływ edukacji chorych z nadciśnieniem, obejmuje się szkoleniem osoby z tą jednostką chorobową. Prowadzenie edukacji u wszystkich chorych objętych chorobą byłoby niemożliwe, dlatego wybiera się tylko grupę, włącza program szkolenia i przenosi na całą populację chorych z tą jednostką chorobową.

Dobór losowy – każdy element zbiorowości ma jednakową szansę znalezienia się w próbie. Ślepy traf zadecyduje kto znajdzie się w tej grupie i jest warunkiem uogólnienia wyników z próby na populację.

Np. jaka jest wiedza pielęgniarek na temat profilaktyki odleżyn.

Ad. 8 Przeprowadzenie badania pilotażowego

Badania pilotażowe dają możliwość ujawnienia mocnych i słabych stron zamierzonego badania.

Dostarczają podstaw do ewentualnego zmodyfikowania koncepcji badania i jej elementów. Akceptacja etyczna i zgoda Uniwersytetu.

Etyka badań nie różni się znacznie od etyki codziennej praktyki medycznej.

Jedyna zasadnicza różnica polega na tym, że etyka badań dotyczy „dodatkowych aktywności” względem normalnego leczenia/pielęgnacji i dlatego jest bardziej rygorystyczna

- A. Czy badanie jest wystarczającej wagi i wartości by je przeprowadzić? Czy pytanie badawcze prowadzi nas do wniosków których beneficjentem będzie pacjent?
- B. Zastanów się nad metodyką badań. Aby badanie mogło być etyczne, powinno być zaprojektowane i prowadzone tak, by rezultaty były na tyle istotne i prowadziły do potencjalnych korzyści.

Nienaukowy, słaby projekt badawczy jest nieetyczny. Potrzebujemy czasu by poprawnie badanie zaprojektować; kiedykolwiek to możliwe korzystać z pomocy statystyków i doświadczonych badaczy.

Należy rozważyć potencjalne ryzyko i ciężar dla uczestników: efekty uboczne, częste wizyty w szpitalu, wielokrotnie czasochłonne ankiety. Ryzyka nie powinno się eliminować, ale powinno ono prowadzić do potencjalnych korzyści. Badacze powinni osiągnąć równowagę pomiędzy ryzykiem a korzyściami (*risk benefit ratio*).

- C. Zagadnienia etyczne podobne do etyki codziennej praktyki medycznej:
 - Rekrutacja osób do badania: nie mogą być przymuszeni do uczestnictwa w badaniu; wszelkie rozmowy na ten temat powinny odbywać się w takim środowisku i w taki sposób, by nie czuli się zobowiązani i mogli bez zobowiązań i swobodnie podjąć decyzję
 - Zgoda: istnieje wiele metod formalnego rejestrowania chęci do uczestnictwa w badaniu, najpopularniejsza z nich jest forma pisemna. Jakikolwiek sposób wybierzemy zawsze musi być wolna i nieprzymuszona zgoda ochotnika. Uczestnik musi być poinformowany o badaniu (ustnie, pisemnie), zrozumiale, bez pośpiechu, z możliwością zadawania pytań; muszą odpowiadać ich poziomowi zrozumienia i mieć na uwadze ich potrzeby.
 - Poufność: wszystkie informacje uzyskane od uczestników są poufne, do identyfikacji osób warto używać kodów oraz należy chronić dokumentację
 - To najbardziej podstawowe wymogi etyczne, należy mieć na uwadze lokalne wytyczne i przepisy

Dla Polski:

- <http://www.urpl.gov.pl/wm-badania-kliniczne>
- <http://www.badaniaklinicznepolsce.pl/>- informacje dla uczestników badań

Dla UE:

- http://ec.europa.eu/research/health/policy-issues-ethics_en.html

Dla świata:

- http://www.who.int/rpc/research_etics/erc/en/index.html

Zarządzanie projektem

A. BUDŻET BADANIA

Powinien zawierać wszystko to, co będzie potrzebne dla przeprowadzenia badania:

- Zasoby logistyczne
- Środki i sprzęt medyczny
- Środki i sprzęt laboratoryjny
- Koszty personelu
- Koszty pacjentów
- Koszty włączenia użytkownika usług
- Koszty przechowywania, przetwarzania i analizowania danych
- Koszty tłumaczenia na język obcy.

B. RAMY CZASOWE

Pozwolą kontrolować kiedy poszczególne etapy się zaczną, jak długo każdy z nich będzie trwać oraz kto będzie odpowiedzialny za ich implementację

- Standard Operating Procedure dla szkoleniowców; by każdy robił czynności dokładnie tak samo (zachowanie jakości badania)
- Progres badania: monitorowanie ram czasowych i jakości działań

Pomoc:

- ✓ <http://www.grantt.com/>
- ✓ <http://www.granttproject.biz/>

C. DOKUMENTACJA

- Wszystkie dokumenty dotyczące badania powinny być przechowywane w strukturalny i poufny sposób, tak by badanie mogło być audytowane
- Formularze z danymi powinny być sprawdzane dwukrotnie (*double-check*) pod kątem ewentualnych nieścisłości i błędów, zanim zostaną poddane analizie
- Rejestry kontroli jakości (temp. lodówek, kalibracja sprzętu pomiarowego itp.) muszą być ściśle monitorowane by wychwycić i zaradzić ewentualnym kwestiom dotyczącym jakości, zanim będą mieć one wpływ na wyniki
- Pomoc: <http://www.ich.org/products/guidelines.html>

D. REKRUTACJA

- badanie pilotażowe powinno testować program rekrutacji i prawdopodobne tempo przyrostu uczestników. Podczas badania tempo rekrutacji powinno być ściśle monitorowane, by zespół mógł je dostosować na czas (np. zatrudnienie dodatkowego personelu lub uzupełnienie brakujących uczestników badania)
- należy ściśle monitorować, jeśli pacjenci/uczestnicy badania nie wracają na wizyty śledzenia postępów (follow-up) i zbadać dokładnie przyczyny nieuczestniczenia
- malejąca liczba zgód na uczestniczenie w badaniu: zbadać przyczyny

KOMUNIKACJA

Sprawna komunikacja za wszystkimi partnerami i pracownikami jest niezbędna by koordynować dobrze zaplanowane i wykonane badanie np. zapobieganie zdarzeniom kolidującym, przekazywanie informacji na czas

Pomoc;

http://www.helpguide.org/mental/effective_communication_skills.htm

Regularne spotkania zespołu pozwolą na sprawne rozpoznawanie problemów, uznanie innowacji i sukcesu.

Ad. 10 Zgromadzenie materiału

Przeprowadzenie badania za pomocą wybranych metod i technik.

Porządkowanie zebranego materiału.

Statystyczne opracowanie zebranego materiału.

Jeżeli to możliwe, należy od samego początku poprosić o pomoc statystyków medycznych.

Do niektórych testów przydatne będzie specjalne oprogramowanie.

Pomoc:

<https://sites.google.com/site/ebnppoland/ebnp/slowniki>

Ad. 11 Analiza materiału, dyskusja, wnioski, zalecenia.

Ad. 12 Bibliografia/Piśmiennictwo

- ✓ Monografie
- ✓ Czasopisma
- ✓ Akty prawne
- ✓ Źródła inne

Ad. 13. Spis wykresów, tabel, rysunków, załączników

Publikacja wyników badań

Kiedy badanie jest ukończone dobrą praktyką jest podzielenie się rezultatami, zwłaszcza gdy wyniki mają wpływ na dobrą praktykę.

Publikacje mogą być lokalne i globalne, w postaci upowszechnienia wyników i wniosków z badań w;

- *czasopiśmie*
- *podczas konferencji*
- *w biuletynie*
- *w postaci wytycznych dla praktyki klinicznej*
- *specjalistycznej rekomendacji*
- *szkoleń*

Należy liczyć się z dyskusją i pytaniami natury klinicznej

POMOC: <http://www.enago.com/>

<http://www.dovepress.com>

PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI ZWIĄZANE Z PISANIEM PRACY

1. Praca powinna być napisana jasnym, komunikatywnym, naukowym językiem.
2. Poruszana problematyka powinna być przedstawiona krótko i zwięźle.
3. Użyte w pracy słowa mają często zdefiniowane znaczenie i dla precyzji powinny być używane w niezmienionej postaci.
4. Treść pracy powinna być starannie wyselekcjonowana, pozbawiona wiadomości nieistotnych dla tematu.
5. Po napisaniu rozdziału warto o odłożyć go na kilka dni.

6. W pracy należy stosować czas terażniejszy, który jest przyjęty dla opisu ogólnie przyjętych prawd oraz prawd biologicznych.
7. Należy używać w tekście formy bezosobowej, czasami można wykorzystać trzecią osobę liczby pojedynczej np. „autor przeprowadził badania”.
8. Stosować akapity w celu oddzielenia od siebie pewnych myśli, zachowania przejrzystości opracowania i umożliwienia odszukania określonego fragmentu.
9. Ważna i różna jest strona edytorska tekstu.
10. Dopuszczalne jest umieszczanie w pracy podziękowań.
W oficjalnych podziękowaniach podaje się numer projektu i źródło finansowania.
11. Do pracy należy dołączyć oświadczenie, że praca została wykonana samodzielnie lub przy współudziale.

ASPEKT ETYCZNY BADAŃ

Ramy prawne dla praktyki opartej na dowodach

- ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej,
- kodeks etyczny,
- ustawa o prawach pacjenta oraz inne regulacje

Podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki.

Dokumentem uprawniającym do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki jest prawo wykonywania zawodu wydane przez OIPiP.

OIPiP w miejscu przyszłej pracy na podstawie dyplomu licencjata, magistra pielęgniarstwa wydanym przez uczelnię wyższą(Uniwersytet, Akademię lub Wyższą Szkołę Zawodową) wpisuje taką osobę do rejestru i wydaje dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe.

Uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki mają również osoby, które ukończyły szkołę pielęgniarską funkcjonującą w Polsce do 2003 r., np. 5 letnie LM, medyczną szkołę policealną oraz medyczną szkołę pomaturalną.

Podstawowym aktem prawnym regulującym wykonywanie zawodu jest ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U.2016.1251 j.t. z dnia 2016.08.16 Status: Akt obowiązujący, Wersja od: 16 sierpnia 2016 r. do: 30 kwietnia 2017 r. tekst jednolity).

Ustawa określa, iż zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym i polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia

Pielęgniarka, która nabyła kwalifikacje do wykonywania zawodu w myśl obowiązujących regulacji europejskiej tzw. pielęgniarka ogólna, wykonuje samodzielnie świadczenia w zakresie podstawowym.

Wykonywanie świadczeń specjalistycznych wymaga ukończenia jednej z form kształcenia podyplomowego.

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia (DzU nr 197, poz.1922 i 1923 z 2003r), w którym określono rodzaj, czas i warunki kształcenia. W ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarka może ukończyć: kurs dokształcający, specjalistyczny, kwalifikacyjny i specjalizację. Kształcenie podyplomowe może być prowadzone w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym. Ukończenie jednej z w/w form kształcenia pozwala na uzyskanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, które określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. (DzU nr 210, poz. 1539 i 1540).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia określa rodzaj samodzielnych świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę, wykaz leków, które może podać doraźnie, w nagłych wypadkach i rodzaj badań diagnostycznych.

Pielęgniarka, zapewniając choremu opiekę, realizuje określone przez siebie działania wynikające z aktualnej sytuacji zdrowotnej chorego oraz działania zlecone przez lekarza, głównie w zakresie diagnostyki i leczenia.

W opiece nad chorym pielęgniarka ma obowiązek przestrzegania norm etycznych określonych w Kodeksie Etyki Zawodowej PiP oraz Praw pacjenta.

Pielęgniarka jest zobowiązana do;

- Zapewnienia opieki na możliwie najwyższym poziomie,
- Ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta,
- Informowania pacjenta o zakresie realizowanej opieki (info dostosować do możliwości psychicznych i intelektualnych pacjenta),
- Uzyskania świadomej i niewymuszonej zgody chorego na wykonywanie czynności,
- Włączenia chorego w proces pielęgnowania,
- Zapewnienia choremu intymności, poszanowania wolności i godności osobistej,
- Zachowania tajemnicy zawodowej,
- Informowanie chorego o jego prawach.

Kwestia oryginalności i standardów prowadzenia badań jest także regulowana prawem polskim min.

- w Ustawie o prawie autorskim i prawach pokrewnych
- Kodeksem Etyki Pracowników Naukowych
- W Ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym.

Do najważniejszych dokumentów międzynarodowych i europejskich o charakterze etycznym albo prawnym, regulujących zasady prowadzenia badań biomedycznych , w tym do następujących unormowań bezpośrednio dotyczących badań z udziałem człowieka:

- – Deklaracja Helsińska: Etyczne zasady prowadzenia badań naukowych z udziałem ludzi z1964 roku, znowelizowanej ostatnio w 2008 roku, opracowanej przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy

- – Międzynarodowe wytyczne etyczne dotyczące badań biomedycznych z udziałem ludzi z 2002 roku, opracowanych przez Radę Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych (CIOMS)
- – Protokół Dodatkowy do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczącego badań biomedycznych z 2005 roku, opracowanego przez Radę Europy.

W 1947 r. Amerykański Trybunał Wojskowy w Norymberdze przedstawił w swym wyroku 10 zasad badań naukowych.

KODEKS lub DEKALOG NORYMBERSKI

1. Potwierdzenie dobrowolnej zgody osoby badanej
2. Uzyskiwania dzięki doświadczeniu korzyści dla społeczeństwa nieosiągalnych w inny sposób
3. Poprzedzenia doświadczenia wcześniejszymi badaniami na zwierzętach
4. Niwelowania niepotrzebnego cierpienia i urazów
5. Niepodejmowania doświadczenia, jeżeli istnieje jakakolwiek podstawa do przypuszczenia, że w wyniku eksperymentu nastąpi śmierć osoby badanej lub trwałe uszkodzenie ciała.
6. Nie przekraczania w żadnym wypadku granic zagrożenia wynikających z humanistycznego znaczenia rozwiązywanego problemu.
7. Zabezpieczenia osoby badanej przed najmniejszą nawet możliwością okaleczenia, upośledzenia zdrowia, a także od śmierci.
8. Przeprowadzania doświadczenia tylko przez osoby naukowo wykształcone w danej dziedzinie.
9. Możliwości zrezygnowania i wycofania się uczestnika na każdym etapie badania
10. Gotowość eksperymentatora do przerwania doświadczenia, jeśli dojdzie do wniosku, że badanie stanowi zagrożenie dla uczestników
(*opracowania S. Poznańska 1998*)

- W 1964 Kodeks Norymberski udoskonalono i przekazano pod nazwą – DEKLARACJĄ HELSIŃSKĄ
- W 1975 dokonano kolejnych poprawek przedstawiono jako – DEKLARACJĘ TOKIJSKĄ
- W 2000 r. ostateczny tekst został uchwalony przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w Edynburgu
- "Konwencja o ochronie praw człowieka i godności jednostki ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie".

Ten zbyt długi tytuł powoduje, że najczęściej używa się określenia

- Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie.
- Konwencja to inaczej umowa międzynarodowa, która określa stosunek państw do danych zagadnień, w tym przypadku biomedycznych.

- Konwencja została opracowana przez Radę Europy - międzyrządową organizację skupiającą państwa Europy, powołaną w 1949 r. w celu ochrony praw człowieka, demokracji oraz w celu współpracy państw członkowskich w dziedzinie kultury. Jej siedzibą jest Strasburg i nie jest ona instytucją Unii Europejskiej.

EUROPEJSKA KONWENCJA BIOETYCZNA

- Chroni godność, tożsamość oraz integralność psychiczną i cielesną
- Ustala prymat jednostki wobec społeczeństwa oraz postępu nauki i techniki, rozstrzyga w ten sposób odwieczny spór między interesem jednostki z interesem społeczeństwa
- Przeciwstawia się zagrożeniom wynikającym z nieprzewidywalnego postępu biotechnicznego
- Zakazuje modyfikacji w genomie potomstwa i klonowania ludzi
(Wg Lenartowicz, Kózka 2010)

W Polsce normy zostały spisane i uporządkowane w ustawie o zawodzie lekarza i w kodeksie etyki lekarskiej.

W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej oraz kodeksie etyki pielęgniarek i położnych.

- W 1994 r. Komitet Etyki w Nauce przy Polskiej Akademii Nauk wydał zbiór zasad i wytycznych pt. „*Dobre obyczaje w nauce*”

NIERZETELNOŚĆ W NAUCE

- W 1999 r. National Science and Technology Council w USA wydał dokument w którym zdefiniował nierzetelność w nauce.

W DEFINICJI NIERZETELNOŚCI UWZGLĘDNIONO:

- **ZMYŚLANIE**- preparowanie, rejestrowanie i publikowanie nieuzyskanych wyników
- **FALSZOWANIE** – wyników badań poprzez wprowadzanie zmian np. w materiale badawczym, metodzie itp.
- **PLAGIARYZM** – przywłaszczenie metod, wyników, informacji itp.

PLAGIAT – kradzież, przywłaszczenie utworu, wyników, metody. Można w pracach korzystać z tzw. prawa cytowania związanego z wymienieniem z imienia i nazwiska autora oraz źródła jego występowania.

PLAGIAT MOŻE BYĆ:

- **JAWNY** – przedstawienie całości lub dużego fragmentu utworu jako swojego
- **UKRYTY** – autor przyjmuje fragmenty utworu bez podania źródła
- **AUTOPLAGIAT** – powtarzanie własnych badań, wyników w różnych pracach.

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®, International Classification for Nursing Practice)

To sposób wyrażania języka pielęgniarskiego, którego zadaniem jest ujednoczyć system komunikowania się w pielęgniarstwie.

ICNP® - została utworzona przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN, International Council of Nurses) — organizacji międzynarodowej zrzeszającej 135 krajów.

Pomysł klasyfikacji pielęgniarskiej ujednoczonej we wszystkich krajach pojawił się w 1989 roku.

Najważniejsze powody wprowadzenia klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej to:

- standaryzacja terminologii, jaką posługują się pielęgniarki;
- dobry poziom wzajemnego porozumienia między grupami odmiennymi etnicznie i kulturowo;
- przeniesienie z teorii i praktyki korelacji pomiędzy postawieniem diagnozy pielęgniarskiej a włączeniem działań pielęgniarskich i uzyskaniem wyniku postępowania;
- stworzenie bazy danych wspomagających bieżące czynności w opiece;
- planowanie zasobów niezbędnych do wykonania planu opieki;
- zaistnienie procedur pielęgniarskich w systemie;
- stworzenie katalogów świadczeń pielęgniarskich w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa, ułatwiających specjalistyczną opiekę pielęgniarską

W 2011 roku podczas VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych ustalono stanowisko w sprawie zakupu przez Ministerstwo Zdrowia licencji Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej.

Głównym argumentem stanowiska było zapewnienie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, bezpieczeństwo pacjentów, potrzeby związane z dokumentowaniem opieki pielęgniarskiej w sposób jednolity i umożliwiający jej kontynuację poza granicami.

W 2012 roku powstała Rada ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, której zadaniem jest między innymi wypracowanie wzorów dokumentacji elektronicznej i wprowadzenie do niej ICNP®.

Rada ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie współpracuje ściśle z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

Jednym z zakresów działań Centrum jest projektowanie i monitorowanie funkcjonowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, w tym dotyczących usług medycznych.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia przyjęło ICNP® jako słownik do gromadzenia, analizy i wymiany informacji.

<http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=home>. Akredytowane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

ICNP® jest jedyną klasyfikacją pielęgniarską pozwalającą dokumentować proces pracy pielęgniarek w Polsce i za granicą.

Obecnie za wdrażanie ICNP® odpowiada Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Centrum jest punktem kontaktowym dla wszystkich podmiotów zainteresowanych wprowadzeniem ICNP®, akredytowanym przez ICN.

Czuwa nad rozwijaniem ICNP® w kształceniu, praktyce i nauce na terenie naszego kraju.

Informacje z bieżących działań centrum można znaleźć na stronie internetowej <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=home>

ZASTOSOWANIE ICNP® W DOKUMENTACJI PIELĘGNIARSKIEJ

Proces pielęgnowania, za który odpowiedzialna jest pielęgniarka, wymaga dobrze skonstruowanego narzędzia, pozwalającego nie tylko zachować ciągłość podjętych działań, ale służącego całemu zespołowi i innym zespołom o odmiennej specjalizacji.

Ujednolicony zapis wyeliminuje ciągle obecną różnorodność wzorów dokumentacji i stosowanej terminologii pielęgniarskiej, co w gruncie rzeczy może wprowadzić chaos. Istotną korzyścią stosowania ICNP® jako narzędzia pracy w placówkach ochrony zdrowia będzie opisywanie i dokumentowanie praktyki pielęgniarskiej na podstawie dostępnych katalogów.

Powszechny, ujednolicony język zawarty w katalogu pozwoli dopasować możliwie jak najlepiej działania pielęgniarskie i modyfikować je na bieżąco, w zależności od uzyskiwanych wyników.

Celem katalogu jest przystosowanie ICNP® do określonej specjalistki w pielęgniarstwie, podczas bezpośredniej opieki sprawowanej nad pacjentem.

Katalogi zawierają podzbiory terminów, które ułatwiają korzystanie z klasyfikacji w praktyce opieki na przykład środowiskowej, paliatywnej, onkologicznej czy w pracy z poszczególnymi grupami chorych (np. chorzy na astmę).

Proces Pielęgnowania wg. Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, 2005)

PROCES PIELĘGNOWANIA – ICN 2005 (etapy)

- I – OCENA ZGROMADZONYCH DANYCH (Assesmen)
- II – DIAGNOZA –osąd pielęgniarski (Diagnosis)- Klasyfikacja lub katalog ICNP
- III – PLANOWANIE (Planing)- Działania i interwencje wg ICNP
- IV – IMPLEMENTACJA (Implementation)- Kierowanie, monitorowanie działań
- V – EWALUACJA- (Evaluation)- wdrożenie planu opieki – czy się udało? Dlaczego nie?

KLASYFIKACJA ICNP®

STRUKTURA MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PRAKTYKI PIELEŃNIARSKIEJ (ICNP®)

Struktura podstawowa ICNP® złożona jest z 7 osi, do których należą:

1. Klient (C — Client);
2. Przedmiot (DC — Diagnosis, F — Focus);
3. Działanie (A — Action, IC — Intervention);
4. Środki (M — Means);
5. Czas (T — Time);
6. Lokalizacja (L — Location);
7. Osąd/Ocena (J — Judgement).

Np.

OŚ — Klient (C — Client), do którego odnosi się diagnoza i który jest odbiorcą działania

OŚ — Przedmiot (DC — Diagnosis, F — Focus)

Problem, sprawa, stan/sytuacja, proces, istota — ognisko/F, obszar uwagi istotny z punktu widzenia pielęgniarki (diagnoza/DC):

OŚ — Działanie (A — Action, IC — Intervention)

Działanie podejmowane w stosunku do (lub wykonywane przez) Klienta/Pacjenta

OŚ — Środki (M — Means)

Produkty, rzeczy, sprzęt, narzędzia, materiał, technika, świadczenie (zdrowotne), sposób, metoda pomyślnego zakończenia działania

Czas (T — Time)

Punkt, okres trwania zdarzenia

Lokalizacja (L — Location)

Anatomiczne lub przestrzenne zorientowanie diagnozy lub działania, miejsce, środowisko, położenie

Osąd/Ocena (J — Judgement)

Ocena, wynik, kliniczna opinia/orzeczenie w związku z przedmiotem praktyki pielęgniarskiej
Wybrane terminy z 7 osi z przypisanymi im kodami ICNP® (przykład dopasowania elementów osi u pacjenta z bólem ostrym)

Przykładowy plan opieki dla diagnozy “Zmienione ciśnienie krwi”

MOŻLIWE INTERWENCJE PIELEŃNIARSKIE (wybór)

Postać elektroniczna dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie staje się powoli ogólnie powszechna i obowiązująca.

Klasyfikacja ICNP® wspiera praktykę pielęgniarską i przygotowuje pielęgniarki do konstruowania planów opieki na podstawie ujednoliconej terminologii.

Umożliwi to interpretację danych na poziomie międzynarodowym.

Pielęgniarstwu potrzebne są standardy planów opieki opracowane dla konkretnych specjalizacji, zebrane w katalogi.

Literatura podstawowa:

1. Ciliska D.: Evidence Based Nursing. 2006; 9; 38–40, tłum. Sołtysiak A.
2. Kokot F.: Podręcznik medycyny klinicznej opartej na zasadach EBM. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
3. Kędra E.: Praktyka pielęgniarska oparta na faktach –wymóg czy konieczność? „Problemy Pielęgniarstwa”, 2011, t. 19 (3); 391–395
4. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Prawne i naukowe podstawy praktyki pielęgniarskiej[w:] Procedury pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014

Literatura uzupełniająca:

1. Davies P.: Approaches to evidence –based teaching. „Medical Teacher” 2000,22(1):14–21.
2. Davis D., Evans M.: The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. „BMJ” 2003;327:33 doi:10.1136/bmj.327.7405.33 (Published 3 July 2003)
3. Gotlib J., Belowska J., Panczyk M., Dykowska G., Wójcik G.: Evidence based medicine i evidence based nursing practise –przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego. „Problemy Pielęgniarstwa”, 2014;22(2)
4. Dutkiewicz W.: Podstawy metodologii badań. Wyd. Stachurski, Kielce 2001
5. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań naukowych w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
6. Scott K., McSherry R.: Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. „Journal of Clinical Nursing”, 2008(18)
7. Cochrane Nursing Care Field online <http://cncf.cochrane.org/>