<u>Załącznik nr 19</u> do Wewnętrznego Systemu Zapewnienia Jakości Kształcenia w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Kwestionariusz oceny zajęć praktycznych i praktyk zawodowych na kierunku pielęgniarstwo/ratownictwo medyczne

Szanowni Państwo!
Uprzejmie prosimy o wypełnienie kwestionariusza ankiety, który służy zebraniu opinii studentów na temat zajęć praktycznych realizowanych przez studentów Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu oraz przyczyni się do zapewnienia wysokiej jakości ich realizacji.
Wypowiedź jest <u>anonimowa</u>. Wybrane odpowiedzi proszę zaznaczyć zakreślając lub wpisując odpowiedź.

Rok akademicki: …… Data przeprowadzenia ankiety: ……..……

Wydział: ……..……

Kierunek studiów i semestr: ……..……..…

Nazwa przedmiotu realizowanego w ramach kształcenia praktycznego
……..……

Zajęcia praktyczne ☐ Praktyki zawodowe ☐

Liczba godzin: ……. Rodzaj studiów (S-stacjonarne/ N-niestacjonarne):

L.p.	Pytanie:	Odpowiedź:
1.	**Na ile ocenia Pani/Pan prowadzenie instruktażu czynnościowego/instruktażu wstępnego studentom przez personel medyczny?** (skala: od 1-bardzo nisko do 5 – bardzo wysoko)	1 2 3 4 5
2.	**Na ile ocenia Pani/Pan zakres umiejętności i kompetencji społecznych nabywanych podczas zajęć praktycznych/praktyki?** (skala: od 1-bardzo nisko do 5 – bardzo wysoko)	1 2 3 4 5
3.	**Na ile ocenia Pani/Pan warunki kształcenia umiejętności praktycznych?** (skala: od 1-bardzo nisko do 5 – bardzo wysoko)	1 2 3 4 5
4.	**Czy w trakcie zajęć miała/miał Pani/Pan możliwość obserwowania procedur postępowania pielęgniarskiego/medycznych czynności ratunkowych lub procedur ratujących życie** (proszę zakreślić jedną z odpowiedzi)	tak nie
5.	**Czy w trakcie zajęć uczestniczyła/uczestniczył Pani/Pan w wykonywaniu różnych zadań pod kierunkiem osoby nadzorującej?** (proszę zakreślić jedną z odpowiedzi)	tak nie
6.	**Czy było coś co utrudniało Pani/Panu udział w zajęciach?** (proszę wpisać odpowiedź): ……..……..……..……..…… ……..……..……	
7.	**Czy napotykając na trudności w czasie zajęć zwracała/zwracał się Pani/Pan o pomoc do osoby prowadzącej zajęcia?** (proszę zakreślić jedną z odpowiedzi)	Tak Nie Nie dotyczy
8.	**Na ile ocenia Pani/Pan merytoryczny poziom zajęć?** (skala: od 1-bardzo nisko do 5 – bardzo wysoko)	1 2 3 4 5
9.	**Na ile ocenia Pani/Pan poziom komunikacji w zespole medycznym?** (skala: od 1-bardzo nisko do 5 – bardzo wysoko)	1 2 3 4 5
10.	**Na ile ocenia Pan/i zaangażowanie i poziom wsparcia uzyskanego od opiekuna praktyk (skala: od 1-bardzo nisko do 5 – bardzo wysoko)**	1 2 3 4 5
11.	**Na ile ocenia Pani/Pan stopień opanowania wykonywanych podczas zajęć praktycznych/praktyk zawodowych poszczególnych czynności/procedur**	1 2 3 4 5
12.	Co Pani/Pana zdaniem należałoby zmienić, w organizacji i przebiegu zajęć? ……..…… ……..……	