

**Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej**  
**Kierunek studiów: Pielęgniarstwo stacjonarne**  
**rok studiów 2 semestr 3**  
**Poziom kształcenia: Studia drugiego stopnia**

**KIERUNKOWY PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ**  
**OPIEKA ONKOLOGICZNA**

**Liczba godzin w planie studiów praktyki zawodowej - 40**

**Tematyka praktyki zawodowej:**

1. Przygotowanie chorego i jego rodziny do sprawowania opieki pielęgniarzkiej pacjenta z chorobą nowotworową
2. Pielęgnowanie i rehabilitacja chorego onkologicznego
3. Przygotowanie pacjenta do radzenia sobie z powikłaniami po radioterapii i chemioterapii.
4. Żywnienie różnymi metodami pacjenta onkologicznego. Edukacja rodziny.
5. Opieka pielęgniarzka i udział pielęgniarzki w leczeniu przeciwbólowym.
6. Stosowanie skali oceny bólu i dobieranie odpowiednich metod nie farmakologicznego leczenia bólu.
7. Udział w procesie edukacyjno-motywacyjnym pacjenta i jego rodziny podczas leczenia nowotworowego.
8. Przygotowanie psychicznie pacjenta i jego rodziny w proces umierania.
9. Problematyka jakości życia z chorobą nowotworową. Opieka paliatywna

**Zakładane efekty uczenia się (umiejętności) osiągnięte przez studenta w trakcie praktyki zawodowej:**

1. Student potrafi dobierać i zlecać środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne w zależności od potrzeb pacjenta
2. Student potrafi planować opiekę nad pacjentami z wybranymi chorobami nowotworowymi leczonymi systemowo
3. Student potrafi stosować metody i środki łagodzące skutki uboczne chemioterapii i radioterapii
4. Student potrafi rozpoznawać sytuację psychologiczną pacjenta i jego rodziny na chorobę oraz proces leczenia, a także udzielać mu wsparcia motywacyjno-edukacyjnego
5. Student potrafi dobierać i stosować metody leczenia farmakologicznego bólu oraz stosować metody niefarmakologicznego leczenia bólu w zależności od stanu klinicznego pacjenta
6. Student potrafi monitorować skuteczność leczenia przeciwbólowego

7. Student potrafi prowadzić edukację pacjenta w zakresie samokontroli i samopielęgnacji w terapii bólu
8. Student jest gotów do dokonywania krytycznej oceny działań własnych i działań współpracowników z poszanowaniem różnic światopoglądowych i kulturowych
9. Student jest gotów do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej i zasięgania porad ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu
10. Student jest gotów do okazywania dbałości o prestiż związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i solidarność zawodową
11. Student jest gotów do rozwiązywania złożonych problemów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i wskazywania priorytetów w realizacji określonych zadań
12. Student jest gotów do ponoszenia odpowiedzialności za realizowane świadczenia zdrowotne
13. Student jest gotów do wykazywania profesjonalnego podejścia do strategii marketingowych przemysłu farmaceutycznego i reklamy jego produktów

**Metody uczenia (narzędzia dydaktyczne):** ćwiczenia praktyczne

**Metody oceniania studenta (sprawdzenia osiągnięcia efektów uczenia się):**

- praktyczne rozwiązywanie problemów
- obserwacja zachowań
- obserwacja poziomu samodzielności w zleconych studentowi zadaniach
- rozmowa ze studentem /opiekun praktyk z Uczelni
- lista obecności z realizacji praktyk zawodowych (*załącznik nr 1*)
- ocena końcowa /opiekun praktyk z Uczelni

**Dokumenty wymagane do zaliczenia praktyki zawodowej:**

- karta przebiegu praktyki zawodowej
- dziennik praktyki zawodowej (*załącznik nr 2*)

**Wyżej wymienione dokumenty dotyczą zrealizowanych praktyk zawodowych z ramienia Uczelni lub indywidualnych**

**Wykaz rekomendowanych przez Uczelnię placówek oraz oddziałów potrzebnych do zrealizowania praktyki zawodowej:**

- Oddział Onkologiczny

**Placówki:**

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy 59-220 Legnica ul. Iwaszkiewicza 5
- Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu ul. Lubańska 11/12 59-900 Zgorzelec
- Szpital - Miedziowe Centrum Zdrowia S.A. ul. M. Skłodowskiej- Curie 66 59 – 301 Lubin

## **Wymagania dotyczące wyboru zakładowego opiekuna praktyk zawodowych i placówki realizującej praktyki zawodowe:**

1. Kartę dotyczącą miejsca praktyk zawodowych dla kierunku Pielęgniarstwo wypełnia Opiekun Placówki, w której student będzie odbywał praktykę zawodową, (kwalifikacji dokonuje opiekun praktyk z Uczelni) – *załącznik nr 3*
2. Kartę dotyczącą Zakładowego opiekuna praktyk z zakresu opieki pielęgniarstwa na kierunku Pielęgniarstwo wypełnia Zakładowy opiekun praktyk, (kwalifikacji dokonuje opiekun praktyk z Uczelni) – *załącznik nr 4*

### **Indywidualna organizacja praktyki zawodowej:**

1. Student realizujący praktykę indywidualnie, powinien wybrać placówkę zgodnie z zaleceniami w kierunkowym programie praktyk. Należy **złożyć podanie do opiekuna praktyk z Uczelni** (*załącznik nr 5*) i uzyskać zgodę na realizację praktyki w danej placówce (należy podać nazwę i dokładny adres placówki).
2. Po uzyskaniu zgody Uczelnianego opiekuna praktyk, student pobiera ze strony internetowej Uczelni **kartę zgłoszenia praktyki zawodowej** (*załącznik nr 6*), w której wskazuje zakład pracy, termin realizacji praktyki zawodowej oraz dane zakładowego opiekuna praktyk.
3. Wypełnioną przez studenta kartę zgłoszenia praktyki zawodowej, student jest zobowiązany przedłożyć do podpisu w zakładzie pracy, w którym zostanie zrealizowana praktyka zawodowa.
4. Po uzyskaniu zgody przez zakład pracy, student składa dokumenty w Dziale Praktyk. Pracownik Dziekanatu przygotowuje Umowę o praktykę zawodową i wysyła pocztą do wskazanego przez studenta zakładu pracy celem podpisania umowy.
5. Student wraz z kartą zgłoszenia praktyki zawodowej powinien dostarczyć wypełnioną przez Opiekuna placówki kartę weryfikacji: **doboru miejsca kształcenia praktycznego**, w placówce w której będzie odbywał praktykę oraz wypełnioną przez Zakładowego opiekuna praktyk **kartę doboru Zakładowego opiekuna praktyk**.
6. Dokumenty zaliczenia praktyki, student realizuje zgodnie z wyżej wymienionymi wytycznymi w programie praktyk.

## COLLEGIUM WITELONA UCZELNIA PAŃSTWOWA

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej

Kierunek: Pielęgniarstwo

studia stacjonarne – drugiego stopnia

.....  
 Miejsce odbywania praktyki (pieczęć zakładu pracy)

**Moduł: Praktyka zawodowa - .....**

Ilość godzin dydaktycznych: .....

| I.p. | Imię i nazwisko | Data | Czas trwania zajęć | Podpis studenta |
|------|-----------------|------|--------------------|-----------------|
| 1.   |                 |      |                    |                 |
| 2.   |                 |      |                    |                 |
| 3.   |                 |      |                    |                 |
| 4.   |                 |      |                    |                 |
| 5.   |                 |      |                    |                 |
| 6.   |                 |      |                    |                 |
| 7.   |                 |      |                    |                 |
| 8.   |                 |      |                    |                 |
| 9.   |                 |      |                    |                 |
| 10.  |                 |      |                    |                 |
| 11.  |                 |      |                    |                 |
| 12.  |                 |      |                    |                 |
| 13.  |                 |      |                    |                 |
| 14.  |                 |      |                    |                 |

.....  
 Podpis Zakładowego opiekuna praktyk

.....  
 Podpis opiekuna praktyk z Uczelni

**Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**

**Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej**

**Kierunek: .....**

**Studia stacjonarne/niestacjonarne pierwszego/drugiego stopnia**

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Moduł: Praktyka zawodowa - .....**

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Nr albumu

.....  
Miejsce odbywania praktyki zawodowej

.....  
Czas trwania praktyki zawodowej

**rok 1/semestr 2**

.....  
Rok studiów/semestr

**2023/2024**

.....  
Rok akademicki

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem praktyk zawodowych  
w Collegium Witelona Uczelnia Państwowa – załącznik do zarządzenia nr 14/23  
Rektora Collegium Witelona Uczelnia Państwowa z dnia 16 lutego 2023 r.

.....  
własnoręczny podpis studenta

Imię i nazwisko studenta .....

**Część I**  
**Wykaz umiejętności praktycznych wykonywanych przez studenta**

| <b>Zadania (umiejętności) realizowane przez studenta</b> | <b>Podpis zakładowego opiekuna praktyk</b> |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
podpis studenta

.....  
Pieczętka zakładu pracy

**Część II**  
**Ocena kompetencji społecznych studenta**

Wypełnia zakładowy opiekun praktyk:

| Kryteria oceny | Ocena od 2-5 |
|----------------|--------------|
|                |              |
|                |              |
|                |              |
|                |              |
|                |              |
|                |              |
|                |              |

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
Pieczętka zakładu pracy



**Część III**  
**Poziom zaliczenia osiągniętych efektów uczenia się**

| <b>L.p.</b> | <b>Modułowe efekty uczenia się<br/>w zakresie umiejętności student potrafi:</b> | <b>Poziom zaliczenia<br/>(od 1 do 4 zgodnie)<br/>z kryteriami oceny<br/>efektów uczenia<br/>się</b> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.          |                                                                                 |                                                                                                     |
| 2.          |                                                                                 |                                                                                                     |
| 3.          |                                                                                 |                                                                                                     |
| 4.          |                                                                                 |                                                                                                     |
| 5.          |                                                                                 |                                                                                                     |
| 6.          |                                                                                 |                                                                                                     |
| 7.          |                                                                                 |                                                                                                     |

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
Pieczętka zakładu pracy

.....  
Podpis opiekuna praktyk z Uczelni

## KRYTERIA ZALICZENIA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

| EFEKTY UCZENIA SIĘ<br><u>w zakresie umiejętności</u><br><u>student powinien</u> | POZIOM WYMAGAŃ    |                                            |                                               |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                                 | 1                 | 2                                          | 3                                             | 4                        |
| C.U2. Student potrafi .....                                                     | Nie potrafi ..... | Pobieżnie i niewystarczająco potrafi ..... | Poprawnie, ale niewystarczająco potrafi ....  | Prawidłowo potrafi ..... |
| C.U3. Student potrafi ....                                                      | Nie potrafi ..... | Pobieżnie i niewystarczająco potrafi ..... | Poprawnie, ale niewystarczająco potrafi ..... | Prawidłowo potrafi ..... |
| C.U4 . Student potrafi .....                                                    | Nie potrafi ..... | Pobieżnie i niewystarczająco potrafi ..... | Poprawnie, ale niewystarczająco potrafi ..... | Prawidłowo potrafi ..... |

### KRYTERIA OCENY EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

Poziom 1 – student nie osiągnął efektu

Poziom 2 – student osiągnął dostateczny poziom zakładanego efektu uczenia się, wystarczający do kompetentnego funkcjonowania

Poziom 3 - student osiągnął dobry poziom zakładanego efektu uczenia się, umożliwiający pełne profesjonalne funkcjonowanie zawodowe w danym zakresie

Poziom 4 - student osiągnął wysoki poziom zakładanego efektu uczenia się, umożliwiający pełne profesjonalne funkcjonowanie zawodowe i bardzo wysoką jakość realizacji przyszłych zadań zawodowych

Praktyka jest zrealizowana, jeżeli student spełnił wymagania każdego z założonych efektów uczenia się na poziomie 3 – 4

**Kryteria doboru miejsc kształcenia praktycznego dla kierunków:  
Położnictwo/Pielęgniarstwo\*  
na Wydziale Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**

Nazwa placówki .....

Kierunek\*: Pielęgniarstwo ☐ Położnictwo ☐

\*\*Studia stacjonarne/niestacjonarne/ pierwszego stopnia/ drugiego stopnia

Praktyka zawodowa .....

| l.p. | Kryterium oceny                                                                                                                     | Ocena miejsca kształcenia praktycznego | Punkty | Liczba otrzymanych punktów |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|----------------------------|
| 1.   | Czy jednostka/zakład była wybierana jako miejsce odbywania praktyk studenckich?                                                     | tak – wielokrotnie                     | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | nowa placówka                          | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | nie                                    | 0      |                            |
| 2.   | Wykształcenie personelu                                                                                                             | >50 % z wyższym wykształceniem         | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | < 50 % z wyższym wykształceniem        | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | wyłącznie średnie wykształcenie        | 0      |                            |
| 3.   | Średni staż pracy personelu                                                                                                         | powyżej 5 lat                          | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | 3-5 lat                                | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | poniżej 3 lat                          | 0      |                            |
| 4.   | Doświadczenie personelu w pracy ze studentami                                                                                       | powyżej 5 lat                          | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | poniżej 3 lat                          | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | brak                                   | 0      |                            |
| 5.   | Czy charakter i zakres świadczonej opieki zdrowotnej umożliwia realizację efektów zawartych w programie praktyk ?                   | tak                                    | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | w ograniczonym zakresie                | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | nie                                    | 0      |                            |
| 6.   | Czy jednostka/zakład wyposażona jest w nowoczesną aparaturę umożliwiającą zdobycie umiejętności przewidzianych w programie praktyk? | >50% nowoczesna aparatura              | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | <50% nowoczesna aparatura              | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | dominuje przestarzała aparatura        | 0      |                            |
| 7.   | Czy świadczenia medyczne realizowane są zgodne w obowiązującymi standardami i procedurami?                                          | tak                                    | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | raczej tak                             | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | nie                                    | 0      |                            |
| 8.   | Czy jednostka/zakład posiada szatnię dla studentów?                                                                                 | tak                                    | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | dążenie do zaadoptowania               | 1      |                            |
|      |                                                                                                                                     | nie                                    | 0      |                            |
| 9.   | Czy w jednostce/zakładzie jest sala seminaryjna?                                                                                    | tak                                    | 2      |                            |
|      |                                                                                                                                     | dążenie do zaadoptowania               | 1      |                            |

|     |                                                                                                                            |                                 |   |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---|--|
|     |                                                                                                                            | nie                             | 0 |  |
| 10. | Czy studenci mają dostęp do pomieszczenia w którym mogliby m.in. sporządzać notatki, wypełniać dokumentację medyczną itp.? | tak                             | 2 |  |
|     |                                                                                                                            | w ograniczonym zakresie         | 1 |  |
|     |                                                                                                                            | nie                             | 0 |  |
|     |                                                                                                                            |                                 |   |  |
| 11. | Czy studenci mają możliwość spożycia posiłku na terenie jednostki/zakładu?                                                 | tak, jest punkt gastronomiczny  | 2 |  |
|     |                                                                                                                            | jest wyodrębnione pomieszczenie | 1 |  |
|     |                                                                                                                            | nie                             | 0 |  |
|     |                                                                                                                            |                                 |   |  |

Liczba uzyskanych punktów:

Kryterium oceny:

**24 - 13 pkt** – jednostka/zakład spełnia kryteria wymagane do prowadzenia praktyk studenckich

**12 - 7 pkt** - jednostka/zakład warunkowo spełnia kryteria wymagane do prowadzenia praktyk studenckich

**6 – 0 pkt** - jednostka/zakład nie spełnia kryteriów wymaganych do prowadzenia praktyk studenckich

\* wybór kierunku proszę zaznaczyć przez wstawienie znaku X w rubryce

\*\* proszę właściwe podkreślić

Podpis osoby dokonującej ocen

**Kryteria doboru Zakładowego opiekuna praktyk  
z zakresu opieki pielęgniarstwa i położniczej  
na kierunku: Położnictwo/Pielęgniarstwo\*  
na Wydziale Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**

Nazwa jednostki .....

Kierunek studiów\* Pielęgniarstwo ☐ Położnictwo ☐

\*\*Studia stacjonarne/niestacjonarne/ pierwszego/drugiego stopnia

Tytuł naukowy/zawodowy, Nazwisko i imię Zakładowego opiekuna praktyk

.....

Tel. komórkowy: .....

e –mail:.....

Jednostka organizacyjna:.....

| Kryterium oceny                                          |                                                               | Punkty | Liczba<br>otrzymanych<br>punktów |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------|
| Wykształcenie<br>personelu                               | Mgr pielęgniarstwa/położnictwa                                | 3      |                                  |
|                                                          | Licencjat pielęgniarstwa/ położnictwo                         | 2      |                                  |
|                                                          | Inne studia wyższe<br>.....                                   | 2      |                                  |
|                                                          | Średnie zawodowe                                              | 1      |                                  |
| Staż pracy w<br>zakresie<br>nauczanego<br>przedmiotu     | Powyżej 5 lat                                                 | 3      |                                  |
|                                                          | 3-5 lat                                                       | 2      |                                  |
|                                                          | Poniżej 3 lat                                                 | 1      |                                  |
| Uprawnienia<br>pedagogiczne                              | Posiada                                                       | 2      |                                  |
|                                                          | W trakcie kursu                                               | 1      |                                  |
|                                                          | Nie posiada                                                   | 0      |                                  |
| Szkolenie<br>podyplomowe                                 | Specjalizacja (jaka?)<br>.....                                | 3      |                                  |
|                                                          | Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego<br>przedmiotu ..... | 2      |                                  |
|                                                          | Inne szkolenia (jakie?)<br>.....                              | 1      |                                  |
|                                                          | Brak                                                          | 0      |                                  |
| Doświadczenie w<br>prowadzeniu zajęć<br>ze<br>studentami | Powyżej 5 lat                                                 | 3      |                                  |
|                                                          | 3-5 lat                                                       | 2      |                                  |
|                                                          | Poniżej 3 lat                                                 | 1      |                                  |
|                                                          | Brak                                                          | 0      |                                  |

Liczba punktów ogółem:

**Kryteria oceny:**

**14 - 8 pkt.** – opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

**7 - 5 pkt.** – opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenia praktyk

**zawodowych 4 - 0 pkt.** – opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

\* wybór kierunku proszę zaznaczyć przez wstawienie znaku X w rubryce;

\*\* proszę właściwie podkreślić

Podpis osoby dokonującej oceny

Nazwisko i imię

Legnica, dnia .....

Nr albumu .....,

Kierunek .....

Podanie  
o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyki indywidualnie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki w :

.....  
Nazwa placówki i adres

.....  
Nazwa placówki i adres

w terminie: .....

podpis studenta: .....

Opinia Opiekuna praktyk: wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody

W przypadku braku zgody –uzasadnienie:

.....  
.....

Opiekun praktyk: .....  
Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**KARTA ZGŁOSZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**  
**COLLEGIUM WITELONA UCZELNIA PAŃSTWOWA,**  
**UL. SEJMOWA 5A, 59-220 LEGNICA**

Nazwisko i imię studenta: .....

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej

Kierunek: .....

Specjalność: .....

Rok studiów: ....., semestr: .....

studia stacjonarne/niestacjonarne\*      pierwszego/drugiego stopnia \*

nr albumu: .....

ubezpieczenie od NNW oraz OC:    grupowe w Uczelni/prywatne\* – **ksero polisy należy dołączyć do karty zgłoszenia**

Pełna nazwa szpitala/instytucji, w której student będzie odbywał praktykę zawodową:

.....

Adres i telefon zakładu pracy: .....

.....

Nazwa praktyki: .....

Termin odbycia praktyki zawodowej: .....

Liczba godzin praktyki zawodowej: .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyk, stanowisko: .....

e-mail: ..... nr tel.: .....

Podpis upoważnionego pracownika zakładu pracy potwierdzający przyjęcie studenta na praktykę zawodową:

.....

**Akceptacja opiekuna praktyk z Uczelni:** .....  
(data i podpis)

\*proszę podkreślić właściwe