****

**รายงาน**

**การปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice)**

**ประจำปีการศึกษา...........................**

**อาจารย์.............................................**

**ภาควิชา......................................**

**คำนำ**

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลของ...............................ตำแหน่งอาจารย์ประจำสาขาวิชา............................................มีความประสงค์พัฒนาความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลเกี่ยวกับ...................................โดยการปฏิบัติการพยาบาลที่.....................................ระหว่างวันที่................................................รวม.....................ชั่วโมง

ทั้งนี้เพื่อเป็นการนำความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลไปให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน เพิ่มพูนความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตามเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์สำหรับสถาบันการศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตัวบ่งชี้ที่ 9 ร้อยละของอาจารย์ที่สอนวิชาการพยาบาลและวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่รับผิดชอบ

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

วันที่.....................

**สารบัญ**

**เรื่อง หน้า**

คำนำ

สารบัญ

วัตถุประสงค์การปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์

รายงานผลการดำเนินงาน

บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

รายงานปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

สรุปองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล

ปัญหาอุปสรรค

แนวทางการพัฒนา

ภาคผนวก

หนังสือส่งตัวเข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาล

หนังสือตอบรับเข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติ (ถ้ามี)

เอกสารดำเนินงาน

ภาพกิจกรรม

****

**ผลการพัฒนาด้านการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)**

**ปีการศึกษา .......................**

**ชื่อ-สกุล................................................................ภาควิชา .....................................**

**วัตถุประสงค์การปฏิบัติการพยาบาล**

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

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

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

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

**รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)**

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน 🞎 (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

🞎 1. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรงโดยปฏิบัติเองหรือปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล

หรือทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ

**🞎** 2. ปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่มและ

ชุมชน

🞎 3. ปฏิบัติการให้บริการในหน่วยงาน หรือ PCU โดยการนำ Evidence based practice ไป

ใช้

🞎 4. พัฒนารูปแบบการบริการให้แก่ผู้รับบริการในรูปแบบของการวิจัยร่วมกับฝ่ายบริการและ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ

🞎 5. ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับแหล่งบริการ

**รายงานผลการดำเนินงาน**

**1. บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย**

**🞎 บรรลุ (อธิบายพอสังเขป)**

**🞎 ไม่บรรลุ ระบุเหตุผล เนื่องจาก**

**2. รายงานปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty Practice)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน /เวลา** | **จำนวนชั่วโมง** | **สถานที่** | **การดำเนินกิจกรรม** | **ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ/สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อการนำไปใช้** | **รายละเอียด/**  **เอกสารหลักฐาน** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| รวม ................ชั่วโมง | | | | | |

**3. สรุปองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล**

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

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

**4. ปัญหาอุปสรรค**

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

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

**5. แนวทางการพัฒนา**

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

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

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลฝนหน่วยบริการของข้าเจ้าเป็นจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การทำ faculty Practice ประกอบแนบมาด้วยแล้ว

ลงชื่อ

( )

อาจารย์

วันที่....................................

ขอรับรองว่า ...........................................ได้ปฏิบัติ Faculty Practice ครบถ้วนตามตารางการปฏิบัติงานและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์

ลงชื่อ

( )

ผู้ร่วมกิจกรรมจากหน่วยบริการสุขภาพ

วันที่....................................

ลงชื่อ

( )หัวหน้าภาควิชา.........................................

วันที่....................................

ภาคผนวก