



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)

ชื่อโครงการ.....

ผู้ดำเนินการ.....

กลุ่มสาขาวิชา.....

หอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการสุขภาพ.....

วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการสร้างความเชี่ยวชาญของอาจารย์

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

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) ร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ

- () * 1. ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนโดยตรง
- () 2. ปฏิบัติการพยาบาลชี้แนะ/เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำหน่วยบริการนั้นๆ หรือทำงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไปในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน
- () 3. ปฏิบัติการพยาบาลโดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หรือพัฒนาความรู้จากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริงร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป
- () 4. พัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาล คุณภาพบริการพยาบาลเพื่อผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบการวิจัยกับฝ่ายการพยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพ
- () 5. ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับแหล่งบริการ
- () 6. อื่นๆ (โปรดระบุ)

*หมายเหตุ การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) ในปีการศึกษา 2567 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 – พฤษภาคม 2568 ขอให้อาจารย์ทุกท่านเลือกรูปแบบในข้อที่ 1

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ.....(ระบุระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ –วันที่).....รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา.....ชั่วโมง

รายงานผลการดำเนินงานการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)

1. บรรลุผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

() บรรลุ (อธิบายพอสังเขป)

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

() ไม่บรรลุ ระบุเหตุผล เนื่องจาก

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

2. รายละเอียดการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) ดังตารางนี้

วัน/เวลา	จำนวน ชั่วโมง	การดำเนินงานกิจกรรม	ผลลัพธ์ Faculty practice/ สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อการนำไปใช้	รายละเอียด / เอกสารหลักฐาน

สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)

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

ปัญหาและอุปสรรค

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

แนวทางการพัฒนา

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

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ และได้
ส่งหลักฐานผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice) ประกอบแนบมาด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่า.....ได้ปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice) ครบถ้วนตามตารางการ
ปฏิบัติงานและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าหอผู้ป่วย.....

(หรือ/ผอ.หน่วยบริการสุขภาพ.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ภาคผนวก