****

**สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**

**แบบการประเมินรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับแหล่งฝึก (แต่ละแหล่งฝึก)**

หลักสูตร..............................................................................................................................................................................

รหัสรายวิชา……..……................ชื่อวิชา.......................................................................………................................................

ชั้นปีที่..................ภาคการศึกษาที่…....………ปีการศึกษา…………........……...…ฝึกปฏิบัติช่วงวันที่……………………….............

แหล่งฝึกหอผู้ป่วย……………………….............…….………………โรงพยาบาล............................................................................

**คำชี้แจง** โปรดประเมินการปฏิบัติในภาพรวมและทำเครื่องหมาย / ในแต่ละข้อตามช่องระดับคะแนน

ดีมาก = 4 ดี = 3 พอใช้ = 2 ปรับปรุง = 1

| **รายการที่ประเมิน** | **ระดับคะแนน** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- |
| **4** | **3** | **2** | **1** |
| 1. การประสานแหล่งฝึก ชี้แจงเป้าหมายของรายวิชากับแหล่งฝึกไว้ล่วงหน้าอย่าง ชัดเจน |  |  |  |  |  |
| 2. มีคู่มือ/ แผนการฝึกภาคปฏิบัติและอธิบายอย่างชัดเจนแก่แหล่งฝึก |  |  |  |  |
| 3. มีการปฐมนิเทศ แนวทางการปฏิบัติงานก่อนการฝึกปฏิบัติโดยอาจารย์/แหล่งฝึก |  |  |  |  |
| 4. แหล่งฝึกมีส่วนร่วมในการจัดประสบการณ์ทางคลินิกสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ของรายวิชา |  |  |  |  |
| 5. แหล่งฝึกมีส่วนร่วมในการสอนให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน วิชาชีพ |  |  |  |  |
| 6. แหล่งฝึกมีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ นักศึกษา |  |  |  |  |
| 7. แหล่งฝึกมีส่วนร่วมในการทำให้นักศึกษาเข้าใจบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ |  |  |  |  |
| 8. แหล่งฝึกมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล |  |  |  |  |
| 9. แหล่งฝึกมีส่วนร่วมและเป็นต้นแบบในการพยาบาลผู้ป่วยโดยยึดหลักคุณธรรม  จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ |  |  |  |  |
| 10. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาล |  |  |  |  |  |
| **คะแนนรวม** |  |  |  |  |  |

**ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** (จุดเด่น จุดที่ควรพัฒนา) ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

หัวหน้าหอผู้ป่วย…………………………………………………………...วันที่………….เดือน…………………..พ.ศ…………………

อาจารย์ประจำกลุ่ม …………………………………………….......…..วันที่………….เดือน…………………..พ.ศ…………………