**แบบบันทึกการทำ Faculty Practice**

**ชื่อโครงการ............................................................................................................................................**

**ผู้ดำเนินการ...........................................................................................................................................**

**ผู้ร่วมดำเนินการ....................................................................................................................................**

**กลุ่มสาขาวิชา........................................................................................................................................**

**หอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการสุขภาพ.........................................................................................................**

**วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการสร้างความเชี่ยวชาญของอาจารย์..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**รูปแบบการทำ Faculty Practice**

( ) 1. ทำงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป มี case load ในคลินิกการพยาบาล

( ) 2. ทำงานร่วมกับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบบริหารพยาบาล คุณภาพบริการพยาบาลเพื่อผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย หรือการพัฒนาบุคลากร/กำลังคน

( ) 3. ทำงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป ทำวิจัย ใช้ผลงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หรือพัฒนาความรู้จากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง

( ) 4. สร้างความรู้จากการปฏิบัติและการวิจัย ตีพิมพ์ผลงานวิชาการร่วมกับฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น

( ) 5. Individual Development Plan (IDP) ของอาจารย์แต่ละท่านที่สามารถออกแบบการเพิ่มพูนประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

( ) 6. อื่นๆ (โปรดระบุ) ................................................................................................................................................

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

| **วันเดือนปี** | **เวลา** | **รายชื่อพยาบาล APN หรือผู้ชำนาญการที่ร่วมงาน** | **รายละเอียดผลการทำ faculty practice** | **แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติ** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| … | ….. | ……. | -นำแนวปฏิบัติการพยาบาล เรื่อง………. ที่ได้พัฒนาขึ้น  และมีผลการศึกษาจากการทำวิจัยไปสู่การปฏิบัติใช้จริงในหอผู้ป่วย…..  -เขียนบทความวิจัยเพื่อเผยแพร่ในวารสารระดับชาติกลุ่ม 1 (แสดงหลักฐานประกอบผลลัพธ์การ  ทำงาน)  ………………… |  |

**ผลที่ได้รับจากการทำ Faculty Practice**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การทำ Faculty Practice ประกอบแนบมาด้วย

ลงชื่อ.......................................................

(.................................................)

อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ม.วลัยลักษณ์

ขอรับรองว่า..............................................ได้ปฏิบัติ Faculty practice ครบถ้วนตามตารางการปฏิบัติงานและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................

ลงชื่อ.......................................................

(.................................................)

หัวหน้าหอผู้ป่วย/ผอ.หน่วยบริการสุขภาพนั้นๆ

ลงชื่อ.......................................................

(.................................................)

คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ม.วลัยลักษณ์

**หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้ อาจารย์สามารถปรับแก้ได้ ตามความเหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติ Faculty practice ของท่าน (กรุณาลบข้อความนี้ออก ก่อนนำแบบฟอร์มไปใช้จริง)**