

8/pe



สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา  
เลขที่..... 6816  
วันที่..... ๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๓  
เวลา.....

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว๔๑๐

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

อ. เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤต  
ทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๕

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัย  
พยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ร่วมกับโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาล  
เจ้าพระยายมราช และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาล  
เฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓  
ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (หลักสูตร ๔ เดือน) ค่าลงทะเบียนจำนวน ๔๕,๐๐๐ บาท  
(สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลและได้รับหน่วยคะแนนการศึกษา  
ต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน และผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียน  
ค่าพาหนะ ค่าที่พักและเบี้ยเลี้ยง ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ต้องได้รับอนุมัติจากต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่าน  
ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการอบรมดังกล่าว โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัย  
พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ (เว้นวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร  
ถึงอาจารย์วารุณี เกตุอินทร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่วันที่ ๑๐ มิถุนายน  
ถึงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือสามารถดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้  
จาก website ของวิทยาลัย ฯ [www.pckpb.ac.th](http://www.pckpb.ac.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าว ให้บุคลากรในสังกัดหน่วยงานทราบ  
จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรด

ทราบ

พิจารณาสั่งการ

พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

ศศิธร ๑๒ มิ.ย. ๖๓

(นางอติญาณ์ ศรีเกษตรริน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๓

โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓

๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๓

(นายจรรยา เสด็จตันยกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

๒๕ มิ.ย. ๖๓

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๕

ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวช  
ปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด  
ภาษาอังกฤษ: Program of Nursing Specialty in  
Neonatal Critical Care Nurse Practitioner

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
2. โรงพยาบาลราชบุรี
3. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านสังคมสิ่งแวดล้อม, เศรษฐกิจและพฤติกรรมความเป็นอยู่ของประชาชน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะในเด็ก ทกไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ก็อาจส่งผลให้เด็กมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ด้านนวัตกรรมการดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤต ของประเทศไทย พบว่ายังไม่พร้อมในการดำเนินงานได้เต็มศักยภาพ ทั้งนี้เนื่องจากอัตราขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความเป็นดั่งกล่าว จึงได้พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลให้มี ความชำนาญเฉพาะทางในการดูแลทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้เต็ม

ศักยภาพ สามารถพัฒนางานบริการที่สอดคล้องกับปัญหา และนโยบายของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่มีปัญหาซับซ้อน สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก และความต้องการการดูแลรักษาพยาบาล สามารถเฝ้าระวัง ใช้อุปกรณ์พิเศษ และเทคโนโลยีขั้นสูง สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และนวัตกรรมทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

1. ผู้เข้าอบรมต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
2. มีคุณสมบัติตามในข้อที่ ๑ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี

ระยะเวลาการอบรม

ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรม ๑๘ สัปดาห์  
ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ภาคทฤษฎี อบรมทุกวันจันทร์ - ศุกร์ (หรือเสาร์-อาทิตย์ ตามความสะดวกของวิทยาการ) ใช้เวลาในการอบรม ๘ สัปดาห์

ภาคปฏิบัติและสัมมนา/ศึกษาดูงาน ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ จำนวน ๑๐ สัปดาห์

สถานที่

- ภาคทฤษฎี/ทดลอง (๑ ส.ค.-๒๗ ก.ย.๒๕๖๓)

ณ ห้องประชุมและห้องปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ภาคปฏิบัติ(๒๘ ก.ย.-๒๕ พ.ย.๒๕๖๓)

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ ๕ ที่มีหน่วยผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งช- เต็มหาราชินี

- สัมมนา case และประเมินผล ณ วิทยาลัยฯ วันที่ ๒๓ -๓๐ พ.ย. ๒๕๖๓

กิจกรรมการอบรม

- ภาคทฤษฎี - บรรยาย / อภิปราย / ประชุมกลุ่ม
- สาธิต / ศึกษาดูตนเอง
- สถานการณ์จำลอง (SBL)
- ศึกษาดูงาน

ศึกษาดูงาน

- ภาคปฏิบัติ - ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤต
- สัมมนา / ประชุมกลุ่ม
- รายงานกรณีศึกษา

การวัดและประเมินผล

ผู้ผ่านการอบรมจะต้องผ่านเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ ต่อไปนี้  
๑. มีเวลาเข้าเรียนรายวิชาทุกวิชา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของเวลาเรียนที่กำหนด และระยะเวลาช่วงการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า ๓๖๐ ชั่วโมง  
๒. ผ่านการประเมินผลรายวิชาทุกวิชาตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

(๑) ภาคทฤษฎี ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐  
ภาคปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๗๐

(๒) ได้เกรดเฉลี่ยทุกรายวิชาไม่ต่ำกว่า ๒.๐๐ และเกรดเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า ๒.๕๐

การเตรียมค่าใช้จ่ายและค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียน คนละ ๔๕,๐๐๐ บาท

- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการอบรม ค่าเดินทางค่าพาหนะ ค่าที่พักและเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรมเบิกจากงบประมาณหน่วยงานต้นสังกัดตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือตามข้อตกลงกับหน่วยงาน

#### ที่พักในระหว่างการอบรม

- ภาคทฤษฎี  
ผู้เข้ารับการอบรมรับผิดชอบจัดหาที่พักเอง ตลอดระยะเวลาการอบรมหรือสามารถติดต่อห้องพักของวิทยาลัยได้ โดยต้องจองล่วงหน้าอย่างน้อย ๑ สัปดาห์

- ภาคปฏิบัติ  
รับผิดชอบจัดหาที่พักเอง หรือ สามารถติดต่อขอที่พักจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีความพร้อม

#### เอกสารประกอบการสมัคร

- สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

- สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

#### การรับสมัคร

๑. ระหว่างวันที่ ๑๐ มิถุนายน - ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๒. คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติใน ใบสมัคร

๓. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม  
วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๔. ผู้ผ่านการคัดเลือก ต้องมีผล Chest X-ray ไม่เกิน ๓ เดือนนับถึงวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ และต้องมีผลการตรวจและได้รับภูมิคุ้มกัน ไข้สวกใส ตับอีกเสบปีหัต ที่ดเเยอร์มัน คางทุม และมีหลักฐานการรับวัคซีนใช้หัวใจใหญ่มาแล้วภายใน ๑ ปีนับถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

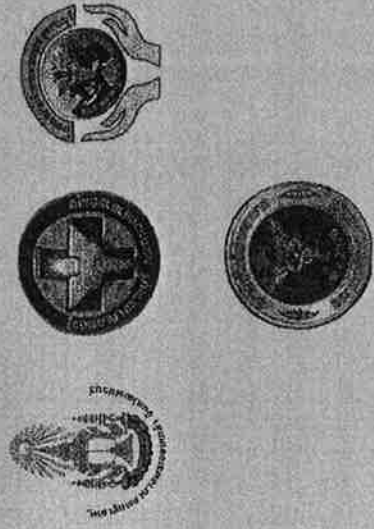
#### สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

๑. อาจารย์วารุณี เกตุอินทร์ ๐๙๒-๒๔๙๓๗๙๙๓
๒. อาจารย์ ดร.อัจฉราวาทิ ศรีระศักดิ์ ๐๘๑-๗๐๘๘๘๘๒๘
๒. อาจารย์โรจรัตน์ ฉิ่งเล็ก ๐๘๑-๗๘๐๑๓๖๐
๓. อาจารย์สุวรรณี แสงอาทิตย์ ๐๘๙-๙๑๒๐๙๑๙
๔. คุณฉนวนย ตือพงษ์ ๐๙๑-๒๗๖๓๖๔๒

#### ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์หรือสมัครด้วยตนเองที่

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
๒๐๓ ม.๒ ต. ถังชัย อ.เมืองเพชรบุรี จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐  
โทร ๐๓๒-๔๒๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒  
โทรสาร ๐๓๒ - ๔๐๕๓๓๓

หมายเหตุ กรณีผู้เข้าสมัครน้อยกว่า ๒๘ คน ขอสงวนสิทธิ์ในการงดหรือเลื่อนระยะเวลาการอบรมตามความเหมาะสม



#### วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

ร่วมกับ

โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลเจ้าพระยามหิธรและ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

จังหวัดบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๕

ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓



รูปถ่าย 1 นิ้ว

(เตรียมไว้ 2 รูป)

ใบสมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดรุ่นที่ 5 ประจำปี 2563  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ชื่อ (ภาษาไทย) (นางสาว/นาง/นาย) .....นามสกุล .....  
(ภาษาอังกฤษ) (Ms./Mr.) .....นามสกุล .....
- วัน เดือน ปี เกิด .....
- ที่อยู่ติดต่อได้ .....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... E-mail address.....
- สถานที่ปฏิบัติงาน .....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....
- ประสบการณ์การทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระยะเวลา ..... ปี .....เดือน(นับถึงวันสมัคร)
- ปัจจุบันปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย  
 NICU ระยะเวลา .....ปี       SNB ระยะเวลา .....ปี  
 PICU ระยะเวลา .....ปี       หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กรวม (NICUและPICU) ระยะเวลา .....ปี  
 อื่น ๆ (ระบุ) ..... ระยะเวลา .....ปี
- โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ .....

ติดต่อผู้ประสานงาน : นางสาววารุณี เกตุอินทร์

โทรศัพท์ 092-249-3793

หมายเหตุ 1. ผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมส่งหลักฐานการมีภูมิต้านทานก่อนเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาล  
เฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต