



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๐๖๙๒

วันที่.....๒๑ ก.ย. ๒๕๖๓.....
เวลา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๙ กันยายน ๒๕๖๓

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ..... 4054
วันที่..... 21 ก.ย. ๖๓
ณสุขจังหวัด/ ศูนย์อนามัย/
เวลา.....

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด/ ศูนย์/ ทัวไป/ ชุมชน/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ศูนย์อนามัย/ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบประชาสัมพันธ์หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
- ๒. ใบสมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
- ๓. หนังสือรับรอง

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๘ ประจำปี ๒๕๖๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ ในการประเมินพัฒนาการ ส่งเสริมฝึกกระตุ้นพัฒนาการ ปรับพฤติกรรมเด็กที่มีพัฒนาการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูให้มีคุณภาพ

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เห็นว่าการอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพหรืออาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็กไม่น้อยกว่า ๒ ปี เข้ารับการอบรม โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน รับจำนวนจำกัด ๓๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมการอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลาและให้เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว โดยส่งหลักฐานประกอบการสมัครทั้งหมดโดย scan และ ส่งทาง E-mail:development๖๑๔๑๒@gmail.com นางซิม สุกุลนุ้ม / นางสาวชนัญญา คำไชยเทพ งานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โทรศัพท์ ๐๘๙-๒๓๖-๒๒๙๑ / ๐๘๔-๙๙๐-๕๐๒๐ ในวันเวลาราชการ รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๓ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.ศสจ มด
- เนื้อโปรดทราบ
- เห็นความชอบ งานพิเศษ บุคลากร
ประชาสัมพันธ์ ด้านการแพทย์
Tale
(๐๙๑๖๖๓๓ ๑๖๖๑๓)

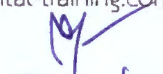
ขอแสดงความนับถือ

(นายอดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

งานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ภารกิจจัดการพยาบาล
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๓, ๖๑๔๑๒
E-mail:development๖๑๔๑๒@gmail.com
www.childrenhospital-training.com

ทราบ
ดำเนินการตามเสนอ


๖๑๑๖

(นายวัฒน์นะ ศรีวัฒนา)
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์เจต ธารนุชจังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนการรับสมัคร

๑. รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
๒. ส่งหลักฐานการสมัครทั้งหมด โดยการ scan และส่งทาง development๖๑๔๑๒@gmail.com หรือ
ส่งโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๕๐๘๖ เท่านั้น
๓. ตรวจสอบการยืนยัน การได้รับเอกสารทาง Email ของท่านที่ส่งมา หากยังไม่ได้รับการยืนยันภายใน ๓ วัน
ให้ติดต่อผู้ประสานงาน : นางซิม สกลนุ้ม / นางสาวชนัญญา คำไชยเทพ/ นางสุกัลยา แสนชั้น
โทร. ๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑ , ๐๙๔-๙๙๐๕๐๒๐
๔. คณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติในใบสมัครที่สมบูรณ์ และประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม
ในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ทาง : www.childrenhospital-training.com
๕. ผู้ได้รับการคัดเลือกต้องยืนยันเข้ารับการอบรมทาง ทาง E-mail : development๖๑๔๑๒@gmail.com
ภายในวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๓
๖. เข้าร่วมอบรมวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

หมายเหตุ : ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิในการเข้ารับการอบรมในปีต่อ ๆ ไป



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม

รุ่นที่ ๘ ประจำปี ๒๕๖๔

หลักสูตรได้รับการรับรองหน่วยคะแนน

การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน

หลักการและเหตุผล

อัตราการเกิดของเด็กไทยปัจจุบันเฉลี่ย ๘๐๐,๐๐๐ คนต่อปีในจำนวนนี้พบเด็กพัฒนาการล่าช้าจากการสำรวจทั่วประเทศพบว่า ร้อยละ ๓๐ หรือคิดเป็นจำนวนเฉลี่ย ๒๔๐,๐๐๐ คนต่อปี ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมในช่วงวัย ๐ - ๕ ปี ซึ่งเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตของสมองส่งผลให้เมื่อเด็กเหล่านี้เติบโตจะทำให้มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเกณฑ์ สาเหตุของพัฒนาการล่าช้าเกิดจากการเลี้ยงดูหรือได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมประมาณร้อยละ ๘๐ ซึ่งเมื่อได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมเบื้องต้นเด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ดังนั้นเด็กอีกร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ที่อยู่ในส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นแล้วยังไม่ดีขึ้นควรได้รับการหาสาเหตุและค้นหาความผิดปกติที่พบรวมทั้งทางกายและพฤติกรรมเพื่อการแก้ไขที่ตรงประเด็นซึ่งนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

๑. อธิบายหลักการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและ การพยาบาลได้
๒. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปกติและที่มีความต้องการพิเศษ
๓. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถประเมินพัฒนาการในระดับคัดกรองและสังเกตพฤติกรรมเด็กที่ควรได้รับการแก้ไข
๔. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการหาสาเหตุของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
๕. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะ สามารถส่งเสริม ฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กและปรับพฤติกรรมเด็กได้
๖. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบข้อบ่งชี้ในการส่งต่อและติดตาม

เนื้อหาวิชา

- ๑ นโยบาย และการปฏิรูปการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม
- ๒ การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก การตรวจและคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM/DAIM TED4I Denver II Bayley ASQ PEDS เป็นต้น
- ๓ การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าจากโรคทางกาย เช่น โรคสมอง โรคทางพันธุกรรม โรคต่อมไร้ท่อ โรคหู โรคตา รวมทั้งการดูแลสุขภาพเด็กในคลินิกเด็กดี การดูแลสุขภาพฟัน การส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการทุกด้าน การดูแลเด็กที่มีปัญหาการกิน การนอน การเลี้ยงดู การเล่นและผลของการใช้สื่อ อิเล็กทรอนิกส์ต่อพัฒนาการ
- ๔ การพยาบาลและติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง ทารกคลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีปัญหา Birth asphyxia เด็กตัวเล็กเลี้ยงไม่โต โรคอ้วน เด็กที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ด้านการเรียน สมาธิสั้น ออทิสติก เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ข่มเหงผู้อื่น
- ๕ การฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก (Early Intervention Program) การฝึกพูด (Speech Therapy) กายภาพบำบัดเบื้องต้น ทักษะการสื่อสารกับครอบครัว การให้คำปรึกษารายบุคคล การปรับพฤติกรรม (Behavioral Modifications) เภสัชบำบัด (Pharmacotherapeutics management) เป็นต้น
- ๖ ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม ในหน่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก งานกิจกรรมบำบัด งานฝึกพูด งานตรวจการได้ยิน งานกายภาพบำบัด ตึกทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์การเรียนรู้เด็กป่วยในโรงพยาบาล

*เนื้อหาตามรายละเอียดของหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด

วิธีการ : บรรยายและฝึกปฏิบัติ

จำนวนหน่วยกิตการเรียน ๑๕ หน่วยกิต แบ่งเป็น

ภาคทฤษฎี ๑๐ หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

หมายเหตุ การฝึกภาคปฏิบัติให้สวมเสื้อสีฟ้านุ่งกางเกงสีดำ (ชุดออกอนามัย) และเตรียมกางเกงขายาวสุขภาพ

จำนวนผู้เข้ารับการอบรม : จำนวน ๓๐ คน

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม :

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็กไม่น้อยกว่า ๒ ปี

เงื่อนไข

๑. ต้องไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ตลอดหลักสูตรการศึกษา
๒. ไม่อนุญาตให้เดินทางไปต่างประเทศตลอดระยะเวลาการศึกษา ยกเว้นไปศึกษาดูงานกับหลักสูตรเท่านั้น

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ใบสมัคร
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ใส่ชุดเครื่องแบบพยาบาลพื้นหลังสีขาว
- สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตร์หรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่มีอายุไม่น้อยกว่า ๑ ปี

หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง
- สมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๓ ถึง ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
- ประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
ทาง: www.childrenhospital-training.com
- ผู้มีสิทธิยืนยันเข้ารับการอบรมทาง e-mail address ตามแบบฟอร์มที่ให้มา
ภายในวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๓
- ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิในการเข้ารับการอบรมในปีต่อไป

ค่าลงทะเบียน / ศึกษาดูงาน

๑. ไม่เสียค่าลงทะเบียน (เฉพาะหน่วยราชการเท่านั้น)
๒. ค่าใช้จ่ายในการศึกษาดูงานเบิกจากต้นสังกัด/จ่ายเอง

เปิดเรียน วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ผู้ประสานงาน: นางฉิม สกุลนุ่ม / นางสาวชนัญญา คำไชยเทพ/นางสุกัลยา แสนชั้น
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
งานกระตุนพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ : ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๑ , ๖๑๔๑๒ , ๖๑๔๑๓ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๔-๙๙๐-๕๐๒๐
๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑

Website : www.childrenhospital-training.com

E-mail : development๖๑๔๑๒@gmail.com

Fax : ๐๒-๓๕๔-๕๐๘๖

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก

รุ่นที่ ๘ ประจำปี ๒๕๖๔ (๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....นามสกุล.....
 (ภาษาอังกฤษ) (Ms./Mr.)นามสกุล.....
 ตำแหน่ง.....วันเดือนปีเกิด.....
 เลขใบประกอบวิชาชีพ.....
๒. ที่อยู่ติดต่อได้.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ (บ้าน)มือถือ.....
 E-mail address
๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันโรงพยาบาล.....หน่วยงาน.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....
๔. ประสบการณ์การทำงาน
 ๔.๑ ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)
 ๔.๒ อาจารย์พยาบาล ระยะเวลา..... ปี (พ.ศ. ถึง

๕. หลักฐานประกอบการสมัครทาง E-mail : development61412@gmail.com

ติดต่อผู้ประสานงาน : คุณฉิม สกลน่วม / คุณชนัญญา คำไชยเทพ / คุณสุกัลยา แสนชั้น

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ : ๐๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๒ , ๖๑๔๑๓ , ๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑

ดูรายละเอียดได้ที่ www.childrenhospital-training.com**หมายเหตุ**

- กรุณาเขียนตัวบรรจง
 - เปิดเรียน วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔
 - ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
 - ผู้ประสานงาน: นางฉิม สกลน่วม / นางสาวชนัญญา คำไชยเทพ/นางสุกัลยา แสนชั้น
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 - งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
 - โทรศัพท์ : ๐๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๑-๑๓ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๔-๙๙๐-๕๐๒๐ , ๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑
- Fax : ๐๒-๓๕๔-๕๐๘๖

หนังสือรับรอง (Recommendation)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น.....

ขอรับรองผู้สมัครในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑. พฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้สมัครเป็นอย่างไร

.....
.....

๒. ผู้สมัครเข้ารับการอบรมมีความพร้อมที่จะเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๓. ทางหน่วยงานได้ทำแผนส่งเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมไว้แล้วหรือไม่

.....

๔. กรณีผ่านการคัดเลือกทางหน่วยงานมีความพร้อมส่งผู้สมัครเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๕. ความจำเป็นพิเศษที่สนับสนุนให้เข้ารับการอบรม

.....
.....

(ลงนาม)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ/หัวหน้าพยาบาล/คณบดี

(.....)

วันที่

- หมายเหตุ
- ผู้รับรอง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าพยาบาลหรือคณบดี
 - กรุณากรอกรายละเอียดทุกข้อ