



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
รับเลขที่ 3616
วันที่ ๕ มิ.ค. ๒๕๖๔
วันเวลา 8.00 น.

ที่ สธ ๐๓๑๔.๑/ ๑๑

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร

เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ๔๔๔ ม.๑๑ ต.ห้วยใหญ่

อ.บางละมุง จ.ชลบุรี ๒๐๑๕๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 988
วันที่รับ 4 มี.ค. 64
รับเวลา 9.39

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ

จำนวน ๑ ชุด

๒. ใบสมัคร

จำนวน ๑ ชุด

๓. แผ่นพับประชาสัมพันธ์

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ร่วมกับสถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี กำหนดจัดโครงการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพ พยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ ตลอดจน มีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในทุกระยะของการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่ ๗ มิถุนายน ถึง วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๔ รับสมัครผู้สนใจจำนวน ๓๐ คน

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดของท่าน จึงขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์และพิจารณาส่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตร ดังกล่าว โดยไม่มีค่าลงทะเบียน Download ใบสมัคร ได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี : www.sgh.go.th , วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี : www.bnc.ac.th/bnc , สถาบันสิรินธรเพื่อการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ : www.snmri.go.th/snmri , สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ : www.agingthai.dms.moph.go.th ส่งใบสมัครได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ทาง E-mail tamruja_udom@hotmail.com และส่งทางไปรษณีย์ที่ การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๔๔๔ หมู่ ๑๑ ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัด ชลบุรี ๒๐๑๕๐ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวธรรมรญา อุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หมายเลข โทรศัพท์ ๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๒ , ๐๘ ๖๓๑๗ ๗๘๐๕ ในวันและเวลาราชการ เมื่อได้รับอนุมัติรายชื่อจากทางผู้จัด และได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว สามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ ตามระเบียบของทางราชการจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรให้บุคลากรในสังกัดทราบต่อไปด้วย

จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา เห็นควรแจ้ง รพ., กศด. ทุกแห่ง

เพื่อดำเนินการต่อไป และขอแจ้ง รพ./มี.อ.ปท.๓๔ คส.พ.

(นางกัลยรักษ์ พันเดช)

นักทรัพยากรบุคคล

๕ มี.ค. ๖๔

ขอแสดงความนับถือ

(นายทัศนพงศ์ ไพรินทร์)

อ.วิเศษ

อ.วิเศษ

(นางอัมพร วารินทร์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการในฐานะ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

- ๕ มี.ค. ๒๕๖๔

การกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๒ / โทรสาร ๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๑



ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
รุ่นที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

รูปถ่าย
๑ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณารอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....
สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า / แยก ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....
หมู่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
E-mail.....
เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....
โรงพยาบาล/สถาบัน.....
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน
- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....
ที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....

๒. ประวัติการศึกษา

๒.๑ การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๒.๒ การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่นๆ

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๓. ประวัติการปฏิบัติงาน (ย้อนหลัง ๓ ปี)

ตำแหน่ง/ระดับ และระยะเวลา (ปี พ.ศ.)	ลักษณะงาน/หน้าที่รับผิดชอบ	หอผู้ป่วย/หน่วยงาน/ที่อยู่ /โทรศัพท์

๔. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน

() รับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ

() รับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๕. เป้าหมาย / ความคาดหวังของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. การวางแผน / การพัฒนางานภายหลังการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๗. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ _____ ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้น
ทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี
ของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร _____

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

๘. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ _____

ตำแหน่ง _____

ขอรับรองและยืนยันให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ. _____

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรร่วมกันระหว่าง รพ.สมเด็จ
พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา _____

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หนังสือรับรองและความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับอุดมศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

๑. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/น.ส./ยศ) _____ นามสกุล _____

๒. สาขาที่จะศึกษาอบรม _____ วันที่ _____ ถึงวันที่ _____

๓. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรอง _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ สถานที่ทำงาน _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ E-mail _____

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

๓.๑ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร _____

๓.๒ ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น/การตัดสินใจ/การแก้ปัญหา _____

๓.๓ ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง _____

๓.๔ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล _____

๓.๕ ความสามารถพิเศษอื่นๆ _____

๔. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้ _____

ลงนาม _____

(_____)

วันที่ _____

* การรับสมัคร *

การส่งเอกสาร ผู้สมัครจะต้องส่งใบสมัคร และหลักฐานการสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์ โดยส่งไปที่

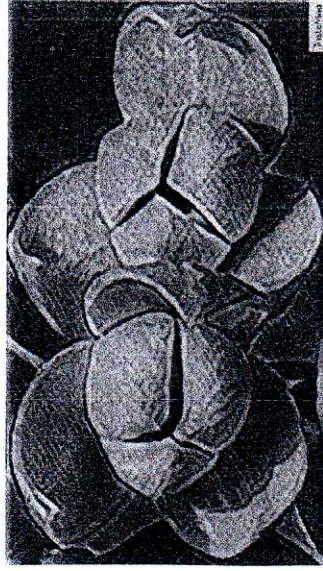
E-mail tamruja_udom@hotmail.com

และส่งทางไปรษณีย์ที่ การกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี

เลขที่ ๔๔๔ ม.๑๑ ต.ห้วยใหญ่

โดยลงวันที่ประทับตราจากไปรษณีย์ต้นทาง
(วันที่ปิดรับสมัครเป็นอย่างช้า) หากพ้นกำหนด
ดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์ในการสมัคร



* หลักฐานการสมัคร *

- ๑) ใบสมัคร
 - ๒) รูปถ่ายชุดข้าราชการ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๓) สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หรือเทียบเท่า
 - ๔) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
 - ๕) สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
 - ๖) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล
 - ๗) ใบอนุญาตให้เข้ารับการอบรมจาก
ผู้บังคับบัญชา
- (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

* สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ *

น.ส.ธรรมรุจา อุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๖ ๓๑๗ ๗๘๐๕

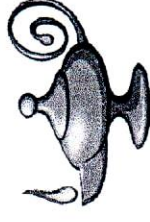


การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม

ปีการศึกษา ๒๕๖๔

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ



มีใบสมัคร
- ๒๕๖๔

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี
ร่วมกับ สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาพุทธมรรณภาพ
ทางการแพทย์แห่งชาติ
และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี

ระยะเวลาการจัดการศึกษาอบรม

วันที่ ๗ มิถุนายน - วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๔

จำนวนที่รับ : ๓๐ คน

คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี ก่อนเข้ารับการศึกษาอบรม
๒. ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ที่ยังไม่หมดอายุ
๓. มีหนังสือรับรอง/ ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล) และมีคำรับรองการอนุมัติให้การศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน
๔. อายุไม่เกิน ๕๕ ปี

ค่าลงทะเบียน : ไม่เสียค่าลงทะเบียน

สถานที่เรียนภาคทฤษฎี : รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี

วัตถุประสงค์หลักสูตร

๑. เพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
๒. การบริหารจัดการเชิงคลินิก เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เชิงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในทุกระยะของการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม

๑. มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วนตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการจากผู้บังคับบัญชา
๔. ขอสงวนสิทธิ์ในการรับเข้าศึกษาอบรม โดยพิจารณาตามความเหมาะสม และการกระจายของหน่วยงานและอื่น ๆ
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการหลักสูตรถือเป็นที่สุด

กำหนดการรับสมัครและการคัดเลือก

*การรับสมัคร (สมัครทางไปรษณีย์)

๑. เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป / ปิดรับสมัคร วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔
๒. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าทดสอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔
๓. สอบสัมภาษณ์ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔
- ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้ารับการอบรม : ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ทางเว็บไซต์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี : www.srgh.go.th

* ความปลอดภัยในสมัครและดูประกาศใบสมัครได้ที่

๑. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
: www.srgh.go.th
๒. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรีชลบุรี
: www.bnc.ac.th/bnc
๓. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและสุขภาพ
: www.srmmr.go.th/srmmr
๔. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
: www.aguthai.dms.moph.go.th

๑. ชื่อหลักสูตร

ชื่อภาษาไทย	หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ
ชื่อภาษาอังกฤษ	Training Program of Nursing Specialty in Gerontological Nursing

๒. ชื่อประกาศนียบัตร

ชื่อภาษาไทย	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
ชื่อภาษาอังกฤษ	Certificate of Nursing Specialty in Gerontological Nursing

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

๔. วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

๑. เพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
๒. การบริหารจัดการเชิงคลินิก เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เชิงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในทุกระยะของการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. โครงสร้างหลักสูตร

ระยะเวลาในการอบรม ๑๖ สัปดาห์

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร		๑๖	หน่วยกิต
ภาคทฤษฎี	๑๐	หน่วยกิต	(๑๕๐ ชั่วโมง)
ภาคปฏิบัติ	๖	หน่วยกิต	(๓๖๐ ชั่วโมง)
วิชาภาคทฤษฎี	๑	หน่วยกิต	= ๑๕ ชั่วโมง
วิชาภาคปฏิบัติ	๑	หน่วยกิต	= ๖๐ ชั่วโมง

รายละเอียดวิชา

ประมวลรายวิชา

๑. พยฐ๑๐๑ (BS ๑๐๑) วิชานโยบายและระบบสุขภาพ ๒(๒-๐-๔) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

ระบบสุขภาพนโยบาย แผนกฎหมายยุทธศาสตร์ชาติ และนานาชาติด้านผู้สูงอายุ ระบบการพยาบาล กำลังคนด้านสุขภาพ การจัดการข้อมูลทางคลินิกและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เศรษฐศาสตร์สุขภาพและระบบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

๒. พยผส๑๐๒ (GNS ๑๐๒) วิชาประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก

๒ (๑ - ๒ - ๓) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดหลักการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ การฝึกทักษะ การประยุกต์ใช้เครื่องมือ และ/หรือเทคโนโลยีที่จำเป็นและเหมาะสมในการคัดกรองและประเมินภาวะเสี่ยง กลุ่มอาการปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัย การนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อการตัดสินใจทางการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล

๓. พยผส๑๐๓ (GNS ๑๐๓) วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเสี่ยง

๓ (๓-๐-๔) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเสี่ยงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจ การจัดการกับภาวะเสี่ยง ปัจจัยกำหนดสุขภาพรวมถึงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

๔. พยผส๑๐๔ (GNS ๑๐๔) วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและที่อยู่ในระยะ

ท้ายของชีวิต

๓(๓-๐-๔) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน เรื้อรัง และที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชน การจัดการปัญหาสุขภาพ และอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในระยะต่างๆของการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การชะลอความเสื่อมถอย การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

๕. พยผส ๑๐๕ (GNS ๑๐๕) วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเสี่ยง

๓(๐-๑๒-๖) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเสี่ยงโดยการบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจ จัดการกับภาวะเสี่ยงและปัจจัยกำหนดสุขภาพรวมถึงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชนและ/หรือในสถานบริการ

๖. พยผส๑๐๖ (GNS ๑๐๖) วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ๓(๐-๑๒-๖) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน เรื้อรัง และที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต การจัดการปัญหาสุขภาพ และอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การชะลอความเสื่อมถอย การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ทั้งในสถานบริการและในชุมชน

๖. คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

- ๖.๑ ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี ก่อนเข้ารับการฝึกอบรม
- ๖.๒ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ที่ยังไม่หมดอายุ
- ๖.๓ มีหนังสือรับรอง/ ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล) และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน
- ๖.๔ อายุไม่เกิน ๕๕ ปี
- ๖.๕ ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์พิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก

๗. หลักฐานการสมัคร

- ๗.๑ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ ชัดสุภาพ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๗.๒ สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า
 - ๗.๓ สำเนาการศึกษาต่อยอด (เฉพาะทาง/ป.โท/ป.เอก ถ้ามี)
 - ๗.๔ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
 - ๗.๕ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
 - ๗.๖ สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
 - ๗.๗ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี) (ส่งหลักฐานพร้อมใบสมัคร)
 - ๗.๘ หนังสืออนุมัติให้เข้ารับการอบรมจากผู้บังคับบัญชา
- หมายเหตุ (ให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

๘. ค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร

- ๘.๑ ไม่เสียค่าลงทะเบียนการอบรม
- ๘.๒ ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้เข้ารับการอบรม และเบี้ยเลี้ยง เบิกจ่ายกับต้นสังกัด

๙. ระยะเวลาการจัดการเรียนการสอน

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ – ๒๓ กันยายน ๒๕๖๔ (๔ เดือน)

๑๐. สถานที่เรียนภาคทฤษฎี โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

๑๑. การรับสมัคร (สมัครส่งทางไปรษณีย์) รับผู้เข้ารับการอบรมจำนวน ๓๐ คน

- ๑๐.๑ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป / ปิดรับสมัคร ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔
- ๑๐.๒ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิในการสอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔
- ๑๐.๓ สอบสัมภาษณ์ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

๑๒. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้ารับการอบรม

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

๑๓. ดาวนโหลดใบสมัครและดูประกาศใบสมัครได้ที่

๑๓.๑ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

www.sgh.go.th

๑๓.๒ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

www.bnc.ac.th

๑๓.๓ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

www.snmri.go.th

๑๓.๔ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

www.agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/

๑๔. ส่งใบสมัครได้ที่

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

๔๔๔ ม.๑๑ ต.ห้วยใหญ่ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี ๒๐๑๕๐

หมายเลขโทรศัพท์

๑๕. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล การกิจด้านการพยาบาล

นางสาวธรรมรจา อุดม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๓๔๓๕๗๒, ๐๘ ๖๓๑๗ ๗๘๐๕

Fax. ๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๑