



กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 เลขที่รับ: **พ.ร. 606**
 วันที่: **11 พ.ย. 2564**
 เวลา: **สองร้อย**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
 เลขที่รับ: **11307**
 วันที่: **11 พ.ย. 2564**
 เวลา:

ที่ สธ ๐๒๓๖/ว ๒๕๓๑

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑
 ถนนการุณราชกูร์ อำเภอเมืองฯ
 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตร “การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด”
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
 ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นประชาสัมพันธ์ จำนวน ๒ ฉบับ
 ๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีส
 จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้จัดโครงการอบรม หลักสูตร “การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหัวใจและ
 หลอดเลือด” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ กำหนดจัดอบรม จำนวน ๒ รอบ ดังนี้

- รอบที่ ๑ (รุ่นที่ ๒๐) ภาคทฤษฎี วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕
 ภาคปฏิบัติ วันที่ ๑ เมษายน - ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕
- รอบที่ ๒ (รุ่นที่ ๒๑) ภาคทฤษฎี วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕
 ภาคปฏิบัติ วันที่ ๑ มิถุนายน - ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพจำนวน ๒ โควตา ทั้งนี้จะต้องเข้ารับ
 การอบรมในรอบที่ ๒ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ และประกาศผลการคัดเลือก
 ภายในวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ มีค่าลงทะเบียน คนละ ๕๐,๐๐๐ บาท

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ จึงขอประชาสัมพันธ์บุคลากรในสังกัดของท่าน
 หากมีผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตรดังกล่าว ให้ส่งใบสมัครกลับมายังสำนักงานเขตสุขภาพ
 ที่ ๑๑ ภายในวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ เพื่อรวบรวมรายชื่อและดำเนินการพิจารณาคัดเลือกนำส่งสถาบัน
 โรคทรวงอกต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์บุคลากรในสังกัดของท่านต่อไป

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อโปรดทราบ

เห็นควรประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

๑๒ พ.ย. ๒๕๖๔

(นายจิรชาติ เรืองวัชรินทร์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 โทร. ๐ ๗๗๒๗ ๒๗๘๔ ต่อ ๓๐๑
 โทรสาร ๐ ๗๗๒๘ ๘๐๓๒
 ผู้ประสานงาน นายเกียรติศักดิ์ แก้วรัก

ทราบ/ดำเนินการ

(นายวสิน เทียนกิ่งแก้ว)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านทันตสาธารณสุข)
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

Handwritten mark



หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

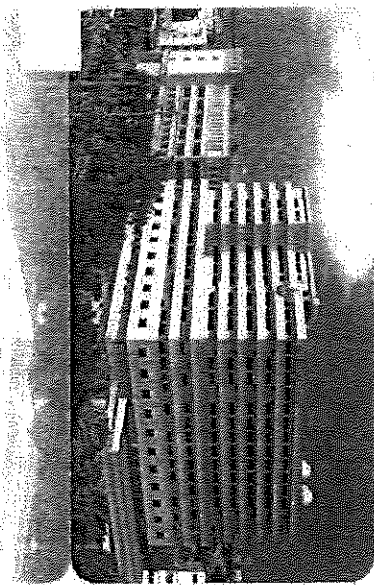
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

Program of Nursing Specialty

in Cardiovascular Nursing (CVN)

โดยความร่วมมือระหว่าง

สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ร่วมกับ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนครพนธ์บุรี



(ได้รับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง
50 หน่วยคะแนนจากสภาการพยาบาล)

หลักการและเหตุผล

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่ซึ่งพบประมาณเป็นการดูแลรักษาที่สูง และส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ และปัญหาด้านเศรษฐกิจสาธารณสุขที่สาหัสสุข ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ มีการศึกษาในกาให้รับบริการดูแลรักษาพัฒนาองค์ความรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดเฉพาะผู้ใหญ่ ในระดับตติยภูมิ มีผู้มารับบริการและระบบส่งต่อตามรูปแบบ “เครือข่ายบริการ” (Service plan) ทำให้สถาบันโรคทรวงอก ต้องมีการพัฒนาทั้งทางด้านการและวิชาการอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากที่กลุ่กติดและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพพยาบาล ให้มีความรู้เฉพาะทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เป็นเลิศด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านวิชาการเทคโนโลยี เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ

โครงสร้างของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิต รวมตลอดหลักสูตร	17 หน่วยกิต
ภาคทฤษฎี	11 หน่วยกิต (15 ชม./หน่วยกิต)
ภาคปฏิบัติ	6 หน่วยกิต (60 ชม./หน่วยกิต)

รายวิชาที่กำหนด

- 1. วิชาแกน จำนวน 2 หน่วยกิต (1 รายวิชา)
 - 1.1 วิชานโยบายสุขภาพและระบบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด (Health Policy and Cardiovascular Nursing)
- 2. วิชาบังคับของสาขาทางคลินิก จำนวน 2 หน่วยกิต (1 รายวิชา)
 - 2.1 วิชาประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก (Advanced Health Assessment and Clinical Judgment)
- 3. วิชาความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา จำนวน 13 หน่วยกิต (6 รายวิชา)
 - 3.1 วิชาหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Nursing Principle and Concepts of Cardiovascular Nursing)
 - 3.2 วิชาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือดในระยะฉุกเฉินและระยะวิกฤต (Nursing care for Patient with Specific Critical Illness)
 - 3.3 วิชาการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเฉียบพลันและเรื้อรัง (Nursing care for adult patients with acute and chronic heart diseases)
 - 3.4 วิชาปฏิบัติการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือดในระยะฉุกเฉินและระยะวิกฤต (Nursing Practicum for Patients with Specific Critical Illness)
 - 3.5 วิชาปฏิบัติการพยาบาลหัวใจเฉียบพลันและเรื้อรัง (Nursing care for adult patients with acute and chronic heart diseases)
 - 3.6 วิชาการจัดการข้อมูล (Practicum of Health Information Management System and Evidence Based Application)

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรวิชาชีพให้มีสมรรถนะของ
การพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวมสามารถประเมิน
ภาวะสุขภาพขั้นสูง ใช้ใจความซับซ้อนทางพยาธิสรีรวิทยา
วิเคราะห์สถานการณ์และโรคร่วม ตลอดจนใช้เทคโนโลยีขั้นสูง
ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อยู่
ในระยะเวลาวิกฤตฉุกเฉิน ทันตัวและเรื้อรัง บนพื้นฐานหลักฐาน
เชิงประจักษ์ในการจัดการพยาบาล ตลอดจนแนวทางการดูแล
ต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพ

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล
2. มีหนังสือรับรองจากผู้นับตั้งบัญชีและหนังสืออนุมัติ
ให้ลาศึกษาเต็มเวลาจากหน่วยงานต้นสังกัด
3. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี
นับถึงวันสมัคร
4. ไม่ตั้งครรภ์ก่อนและขณะเข้ารับการอบรม
5. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการ
ดำเนินการคัดเลือก

ระยะเวลาฝึกอบรมตลอดหลักสูตร 4 เดือน (16 สัปดาห์)

สถานที่เรียน ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี
(ภาคทฤษฎี อบรมผ่านระบบออนไลน์)

วิธีการอบรม

1. การบรรยาย อภิปรายกลุ่ม สัมมนา ศึกษาค้นคว้า
ด้วยตนเอง
2. ฝึกปฏิบัติและดูงานภายในสถาบันโรคทรวงอก
3. ศึกษาดูงานภายนอก สถาบันโรคทรวงอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้เข้ารับการอบรมต้องมีระยะเวลาอบรม ทั้งหมดทฤษฎี
และภาคปฏิบัติในแต่ละรายวิชา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
2. เกณฑ์เฉลี่ยแต่ละรายวิชา ไม่ต่ำกว่า 2.00 หรือไม่ถึง
กว่าร้อยละ 65 และเกณฑ์เฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.50
หรือร้อยละ 70
3. ได้รับประกาศนียบัตรรับรอง การช่วยชีวิตขั้นสูงจาก
สถาบันที่ผ่านการรับรองของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ
ในประเทศไทยขงผู้นับตั้ง

ระยะเวลาในการรับสมัคร

ตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2564

ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

วันที่ 24 ธันวาคม 2564

อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนท่านละ 50,000.- บาท

รอบที่ 1 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2565 (ภาคทฤษฎี)

วันที่ 1 เมษายน - 27 พฤษภาคม 2565 (ภาคปฏิบัติ)

รอบที่ 2 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2565 (ภาคทฤษฎี)

วันที่ 1 มิถุนายน - 29 กรกฎาคม 2565 (ภาคปฏิบัติ)

การส่งใบสมัคร พิมพ์ใบสมัครและส่งทาง

E-mail: trainingcourse.ccit@gmail.com เท่านั้น

ผู้ประสานงานหลักสูตรฯ

น.ส. ปัทมพร สัมพันธ์การพานิช /

น.ส. นุชจรี สุขสุนทร / นางพรรณ นัลลิ่งก์

กรรณกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก

ตำบลบางกกระสอ อำเภอนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2547-0999 ต่อ 30176

หรือทาง E-mail: trainingcourse.ccit@gmail.com

หมายเหตุ :

** ผู้สมัครเลือกอบรมที่ต้องการอบรม

** ระยะเวลาในการชำระค่าลงทะเบียนจะประกาศให้ทราบภายหลังจาก

ได้รับคัดเลือก โดยผู้ผ่านการคัดเลือกจะได้รับแจ้งให้ทราบเป็นรายบุคคล

ทางโทรศัพท์ และประกาศทางเว็บไซต์ www.ccit.go.th

(ผู้ที่ชำระค่าลงทะเบียนแล้วหากสงสัยสิทธิ์ ขอสงวนสิทธิ์ในการ

คืนเงินค่าลงทะเบียน)

ชำระค่าลงทะเบียน

ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของ

สถาบันโรคทรวงอก

เลขที่บัญชี 108-0-26527-9 ประเภทบัญชี ออมทรัพย์



ใบสมัครเข้ารับการอบรม “หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด” ปีงบประมาณ 2565 รุ่นที่ 20 – 21
สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

- รอบที่ 1 (ผู้สมัคร)**
ภาคทฤษฎี วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2565
ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 เมษายน – 27 พฤษภาคม 2565
- รอบที่ 2 (โควตาเขตบริการสุขภาพ)**
ภาคทฤษฎี วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2565
ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 มิถุนายน – 22 กรกฎาคม 2565

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

1. ข้อมูลผู้สมัคร

- 1.1 นาง/น.ส./นายนามสกุล.....
1.2 NAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....SURNAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....
1.3 วัน เดือน ปี เกิด.....
1.4 อายุปี
1.5 เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....
1.6 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
1.7 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

2. วุฒิการศึกษา

- ปริญญาตรี สาขา.....
 ปริญญาโท / เอก สาขา.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

- ชื่อโรงพยาบาล.....เขตพื้นที่บริการที่.....
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา).....ปี.....เดือน
ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี
ตำแหน่ง.....ระดับ.....
ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน).....
โทรศัพท์มือถือ..... ID LINE.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
โทรสาร.....
E-mail.....

ออกใบเสร็จในนาม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดในการเข้าอบรมครั้งนี้

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล/รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....