



## ขั้นตอนการรับสมัคร

๑. รับสมัครตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
๒. ส่งหลักฐานการสมัครทั้งหมด โดยการ scan และส่งทาง development61412@gmail.com หรือ ส่งโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๕๐๘๖ เท่านั้น
๓. ตรวจสอบการยืนยัน การได้รับเอกสารทาง Email ของท่านที่ส่งมา หากยังไม่ได้รับการยืนยันภายใน ๓ วัน ให้ติดต่อผู้ประสานงาน : นางฉิม สุกุลนุ้ม / นางสาวชนัญญา คำไชยเทพ/ นางสุกัลยา แสนขัน โทร. ๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑ , ๐๙๔-๙๙๐๕๐๒๐
๔. คณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติในใบสมัครที่สมบูรณ์ และประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม ในวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕ ทาง : [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)
๕. ผู้ได้รับการคัดเลือกต้องยืนยันเข้ารับการอบรมทาง ทาง E-mail : development61412@gmail.com ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕
๖. เข้าร่วมอบรมวันที่ ๑ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิในการเข้ารับการอบรมในปีต่อ ๆ ไป



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม  
รุ่นที่ ๙ ประจำปี ๒๕๖๕

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 TEDA4I Denver II Bayley ASQ PEDS เป็นต้น
๓. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าจากโรคทางกาย เช่น โรคสมอง โรคทางพันธุกรรม โรคต่อมไร้ท่อ โรคหู โรคตา รวมทั้งการดูแลสุขภาพเด็กในคลินิกเด็กดี การดูแลสุขภาพฟัน การส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการทุกด้าน การดูแลเด็กที่มีปัญหาการกิน การนอน การเลี้ยงดู การเล่นและผลของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อพัฒนาการ
๔. การพยาบาลและติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง ทารกคลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีปัญหา Birth asphyxia เด็กตัวเล็กเลี้ยงไม่โต โรคอ้วน เด็กที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ด้านการเรียน สมาธิสั้น ออทิสติก เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ช่มเหลงผู้อื่น
๕. การฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก (Early Intervention Program) การฝึกพูด (Speech Therapy) ภาวะสุขภาพบำบัดเบื้องต้น ทักษะการสื่อสารกับครอบครัว การให้คำปรึกษารายบุคคล การปรับพฤติกรรม (Behavioral Modifications) ยาบำบัด (Pharmacotherapeutics management) เป็นต้น
๖. ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม ในหน่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก งานกิจกรรมบำบัด งานฝึกพูด งานตรวจการได้ยิน งานกายภาพบำบัด ดิถิทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อย คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์การเรียนเด็กป่วยในโรงพยาบาล

\*เนื้อหาตามรายละเอียดของหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด

วิธีการ : บรรยายและฝึกปฏิบัติ

จำนวนหน่วยกิตการเรียน ๑๕ หน่วยกิต แบ่งเป็น

ภาคทฤษฎี ๑๐ หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

หมายเหตุ การฝึกภาคปฏิบัติให้สวมเสื้อสีฟ้าถุงยางอนามัย (ชุดออกอนามัย) และเตรียมกางเกงขาวาสีขาว

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
- สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรหรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่มีอายุไม่น้อยกว่า ๑ ปี

## หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง
- สมัครตั้งแต่วันนี้ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕  
ทาง: [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)
- ผู้มีสิทธิยืนยันเข้ารับการอบรมทาง e-mail address ตามแบบฟอร์มที่ให้มา  
ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕
- ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิในการเข้ารับการอบรมในปีต่อไป

## ค่าลงทะเบียน / ศึกษาดูงาน

๑. ไม่เสียค่าลงทะเบียน (เฉพาะหน่วยราชการเท่านั้น)
๒. ค่าใช้จ่ายในการศึกษาดูงานเบิกจากต้นสังกัด/จ่ายเอง

**เปิดเรียน** วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

**ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่**

**ผู้ประสานงาน:** นางขิม สกุลน่วม / นางสาวชนัญญา คำไชยเทพ/นางสุกัลยา แสนชั้น  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี  
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

**โทรศัพท์ :** ๐๔๐๕ ต่อ ๖๑๔๑๑ , ๖๑๔๑๒ , ๖๑๔๑๓ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๔-๙๙๐-๕๐๒๐  
๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑

**Website :** [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

**E-mail :** [development61412@gmail.com](mailto:development61412@gmail.com)

**Fax :** ๐๒-๓๕๔-๕๐๘๖

## ใบสมัคร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก  
รุ่นที่ ๙ ประจำปี ๒๕๖๕ ( ๑ พฤษภาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ )  
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 สกุลน่วม / คุณชนัญญา คำไชยเทพ / คุณสุกัลยา แสนขัน  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี  
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์ : ๐๔๐๕ ต่อ ๖๑๔๑๒ , ๖๑๔๑๓ , ๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑

ดูรายละเอียดได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

## หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง
- เปิดเรียน วันที่ ๑ พฤษภาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕
- ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
- ผู้ประสานงาน: นางฉิม สกุลน่วม / นางสาวชนัญญา คำไชยเทพ/นางสุกัลยา แสนขัน  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี  
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
- โทรศัพท์ : ๐๔๐๕ 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