



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ขอเชิญเข้ารับการอบรม

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วันที่ ๑๐-๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖

หลักสูตรนี้ได้รับรองหน่วยคะแนน การศึกษาต่อเนื่องสาขา พยาบาลศาสตร์

(๓๑ หน่วยคะแนน)



#### Important Date

- หมดเขตรับสมัครวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖
- ประกาศรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๖

## ❖ หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection) นับเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล/สถาบันที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย เพราะอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลขององค์กรนั้น ๆ ซึ่งในปัจจุบันก็ถูกกำหนดให้เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญ ในการตรวจรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรคไร้เชื้อ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย บุคลากรของโรงพยาบาล และเชื้อโรคที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อขึ้นในโรงพยาบาลได้ง่าย ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วย ญาติ และต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ผลกระทบบางอย่างเป็นผลกระทบที่ประเมินได้ยากคือ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องขาดงาน และค่าใช้จ่ายของญาติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งประสิทธิภาพของการรักษาที่ต่ำลง อาจเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ส่งผลให้โรงพยาบาลไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ หรือรับผู้ป่วยได้น้อยลง รวมทั้งชื่อเสียงของโรงพยาบาลและบุคลากรที่เสียไป

งานพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อฯ กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสถาบันมะเร็งแห่งชาติตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

## ❖ วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างมีคุณภาพ
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบูรณาการงาน IC เข้าสู่งานประจำ
3. พัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย

## ❖ คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

## ❖ ระยะเวลาการอบรม

วันที่ ๑๐ - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖

## ❖ กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๕๐ คน

## ❖ ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท

## ❖ สถานที่อบรม

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## ❖ หลักฐานประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัครอบรม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

หมดเขตรับสมัครวันที่: ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖

❑ **การรับสมัครและการโอนเงิน**

๑. Download ใบสมัครได้ที่ [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)

๒. โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัครมาที่

๒.๑ ส่ง (Fax) ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘

๒.๒ ส่งมาที่ E-mail : [vonganan\\_nci@hotmail.com](mailto:vonganan_nci@hotmail.com)

๓. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางสาวศิริพร ตาละชีพ และ/หรือ นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์

เลขที่ ๐๒๖-๔-๔๗๐๓๓-๐

❑ **ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม**

ผ่านทาง [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th) หรือ โทรศัพท์สอบถาม ๐-๒๓๕๔-๗๐๒๕ - ๓๕ ต่อ ๒๖๐๒ , ๒๖๐๕

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๖

**สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่**

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ ๐-๒๓๕๔-๗๐๒๘-๓๕ ต่อ ๒๖๐๒ , ๒๖๐๕

โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘

**ผู้ประสานงานโครงการ**

นาง ไกรรวี ประภากร ๐๘๑-๙๐๙-๙๔๑๔

นางสาว พัชรีย์ แสงทอง ๐๘๙-๑๑๘-๑๘๙๗

นางสาว สุภาภรณ์ วงศอนันท์ ๐๘๙-๒๐๑-๒๘๗๙

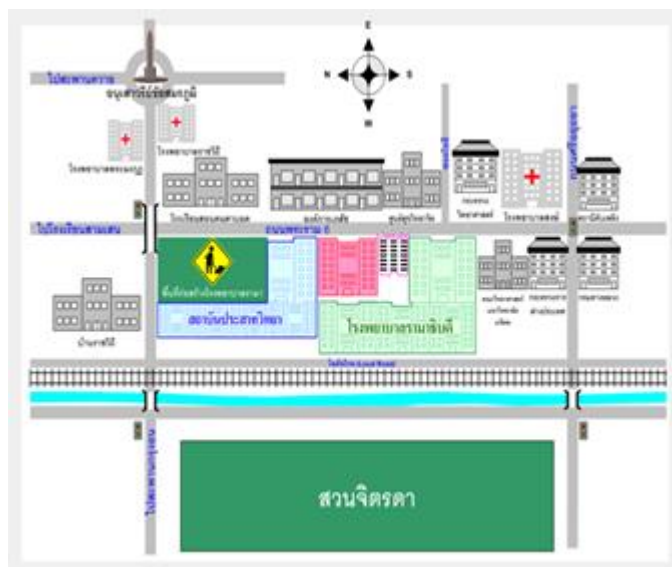
**การเดินทาง**

รถประจำทาง : สาย ๘ ๖๗ ๔๔ สาย ปอ.พ.๘ ปอ.๔๔

ปอ.๖๗ ปอ.๑๓๑ ปอ.๕๐๙ ปอ.๕๓๘

หมายเหตุ : เนื่องจากสถานที่จอดรถไม่เพียงพอ ขอให้เดินทางโดยรถโดยสารสาธารณะ

แผนที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ





สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข  
ใบสมัครอบรมหลักสูตร  
“การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง”  
วันที่ ๑๐-๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตัวบรรจง

๑. นาง นางสาว นาย ยศ..... ชื่อ -นามสกุล.....
๒. ตำแหน่ง  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  พยาบาลวิชาชีพ  
 ตำแหน่งอื่น ๆ.....
๓. มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ..... ปี
๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข ๑๐หลัก) ... ..
๕. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
๖. สถานที่ปฏิบัติงาน: โรงพยาบาล ..... หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....  
เลขที่ .....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ (มือถือ)..... E-mail .....
๗. หลักฐานประกอบการสมัคร  
 ใบสมัครอบรม  
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

หมายเหตุ : กรุณานำใบสมัครตัวจริง พร้อมหลักฐานการโอนเงินตัวจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย  
มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม .....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)  
วันที่.....