



คู่มือการสมัครเข้าศึกษาอบรม
ประจำปี 2568

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)



สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คู่มือการรับสมัครเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
ประจำปี 2568

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
 รับสมัคร จำนวน 250 คน

*** (กรณีผู้สมัครน้อยกว่า 50 คน ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการอบรม)**

1. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการศึกษอบรม

1. ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่จัดการอบรมโดยสถาบันการศึกษาหรือโรงพยาบาล สังกัดหน่วยงานของรัฐ /คณะแพทยศาสตร์/สภากาชาดไทย และมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นหลักสูตรที่ไม่ผ่านการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล
2. ได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
3. ปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกไตเทียม เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี (นับถึงวันที่รับสมัคร)

2. หลักฐานประกอบการสมัคร

สมัคร Online ได้ทาง www.stin.ac.th/ หารับเข้าศึกษา และแนบหลักฐานเป็นไฟล์ PDF ดังต่อไปนี้

- 2.1 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้น 1 หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 ของสภาการพยาบาลที่ยังไม่หมดอายุ ในกรณีที่อยู่ระหว่างการต่ออายุให้นำสำเนาใบเสร็จมาแสดงด้วย
- 2.2 สำเนาใบประกาศนียบัตรการผ่านอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 2.3 สำเนาใบประกาศนียบัตรการสอบผ่านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 2.4 สำเนาใบประกาศนียบัตรการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง) (ถ้ามี)
- 2.5 สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ACLS ไม่เกิน 2 ปี นับถึงวันที่ 13 กรกฎาคม 2568 หรือ มีแผนการเข้ารับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ACLS ภายในวันที่ 13 สิงหาคม 2568
- 2.6 หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ฉท.02) ตามแบบฟอร์มที่แนบมา หน้า 7
- 2.7 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ่ายเฉพาะด้านหน้าบัตร)
- 2.7 รูปถ่าย 1 นิ้ว สวมชุดสุภาพ ไม่สวมแว่นตาดำ

หมายเหตุ เตรียมเอกสารให้พร้อมก่อนกดสมัคร และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

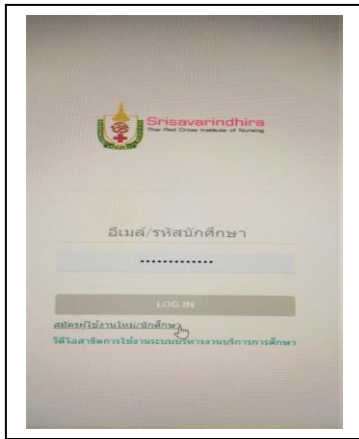
3. วิธีการสมัคร Online

ขั้นตอนการสมัครออนไลน์

ไปที่ www.stin.ac.th เลือกข่าวรับเข้าศึกษาอบรม เลือก สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

กด ดาวโหลดเลือกคู่มือ/เอกสารประกอบการสมัคร เพื่อศึกษาข้อมูลก่อนสมัคร

1. ขั้นตอนลงทะเบียน สำหรับผู้ใช้งานใหม่ /สมัครครั้งแรก



เลือก สมัครผู้ใช้งานใหม่

กรอกข้อมูลผู้สมัคร

อีเมล

ชื่อ-นามสกุล

รหัสผ่าน เลขประจำตัวประชาชน

ยืนยันรหัสผ่าน เลขประจำตัวประชาชน

กด สมัครลงทะเบียน

2. ขั้นตอนการกรอกข้อมูลสมัครเข้าอบรม

เตรียมเอกสารให้พร้อมก่อนสมัคร เมื่อกดยืนยันแล้ว ไม่สามารถเข้าระบบเพื่อมาแก้ไขหรือเพิ่มข้อมูลได้อีก

1. Login ชื่อผู้ใช้ อีเมล
Password รหัสผ่าน เลขประจำตัวประชาชน
2. CLICK เลือกหลักสูตร สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
3. หลักฐานประกอบการสมัคร บันทึกไฟล์เป็น PDF รูปถ่าย 1 นิ้ว เป็นไฟล์ JPG เตรียมเอกสารให้พร้อมก่อนการสมัครออนไลน์
4. กรอกข้อมูลการสมัครให้ครบถ้วน ทุกช่องที่มีเครื่องหมาย * แถบสีส้ม ส่วนข้อมูลอื่นๆ ไม่จำเป็น ผู้สมัครจะกรอกหรือไม่กรอกข้อมูลก็ได้
5. ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง เมื่อกดส่งแล้วจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้อีก
6. กดยืนยัน สมัคร

3. ขั้นตอนการชำระเงินค่าสมัคร

1. เมื่อกดยืนยันการสมัครแล้ว ระบบจะให้พิมพ์ใบสมัคร ใบชำระเงินค่าสมัคร 200 บาท
 2. สามารถชำระเงินผ่านแอปธนาคาร โดยสแกนผ่าน QR code ในแบบฟอร์มชำระเงิน
- พบปัญหาการสมัครออนไลน์ สอบถามข้อมูลได้ที่ e-mail : ccne@stin.ac.th หรือ โทร 02 2564093-8 ต่อ 2137 2138 มือถือ 089 6755089

กำหนดการรับสมัคร

เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม ถึง วันที่ 4 เมษายน 2568

4. กำหนดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี

4.1 ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี ทางเว็บไซต์ <http://www.stin.ac.th>
วันที่ 18 เมษายน 2568

5. เงื่อนไขในการเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี

5.1 ระยะเวลาในการศึกษาระดับปริญญาตรี 11 สัปดาห์

วันที่ 2 พฤษภาคม – วันที่ 13 กรกฎาคม 2568

5.2 การลงทะเบียน

ลงทะเบียนโดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง เลขที่บัญชี 045-522822-9 ประเภทออมทรัพย์ สาขาสมาชิกชาวไทย ให้ส่งสำเนาการโอนเงิน ระบุชื่อ ผู้ลงทะเบียน ส่งทาง e-mail : ccne@stin.ac.th

5.3 กำหนดเวลาในการลงทะเบียน

วันที่ 18 - 25 เมษายน 2568

ทั้งนี้ถ้าไม่ลงทะเบียนภายในวัน เวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์ กรณีโอนเงินผ่านธนาคารจะถือว่าวันที่ในสำเนาการโอนเงิน (จะต้องระบุ ชื่อ ที่อยู่ ให้ชัดเจน)

6.4 อัตราค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตร 40,000 บาท

สถาบัน ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียน ในทุกกรณี ค่าลงทะเบียนในการอบรม เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ ค่าตอบแทนวิทยากร ค่าสถานที่จัดอบรม และ ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าบริการห้องสมุด และ ค่าบริหารจัดการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการศึกษาหลักสูตรนอกเวลาราชการ (ค่าลงทะเบียนนี้ ไม่รวมค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่าหนังสือ ตำรา ที่ผู้เข้าอบรมจะต้องซื้อเพิ่มเพื่อการศึกษา และการเข้าอบรมคอร์ส ACLS)

7. วัตถุประสงค์ของการศึกษาระดับปริญญาตรี

เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีสมรรถนะดังต่อไปนี้

1. อธิบายระบบสุขภาพ นโยบายสุขภาพ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และระบบการจัดการเฉพาะโรค และระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตได้
2. อธิบายแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การจัดการทางการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตทั้งในภาวะวิกฤติ เสียบบลิ้น และเรื้อรังได้
3. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมได้
4. ประเมิน วินิจฉัย ตัดสินประเด็นปัญหา จัดการแก้ไข และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้
5. ส่งเสริม พัฒนาสมรรถภาพ และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตรงกับปัญหาและความต้องการ
6. จัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

7. วิเคราะห์ คาดการณ์ ป้องกัน และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
8. ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตลอดจนการใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีขั้นสูงที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
9. บริหาร จัดการ ควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการพยาบาลและความปลอดภัยด้านต่างๆในหน่วยไตเทียมได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
10. ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างเหมาะสม
11. สามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
12. ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
13. ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทางด้านสุขภาพและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
14. วิเคราะห์ ตัดสินใจ ในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
15. สามารถแนะนำให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการคัดเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
16. สามารถวิเคราะห์ แยกแยะ และตัดสินในประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตและไตวายเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไต
17. ประสานความร่วมมือในวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

8. เงื่อนไขในการสำเร็จการศึกษา

ผู้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาอบรม 11 สัปดาห์ จะต้องมียังจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 11 หน่วยกิต โดยต้องสอบผ่านภาคทฤษฎี 11 หน่วยกิต

ผู้เข้ารับการฝึกอบรบต้องมีระยะเวลาการฝึกอบรบแต่ละรายวิชา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มีสมรรถนะตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร เกรดเฉลี่ยแต่ละรายวิชา ไม่ต่ำกว่าระดับชั้น 2.00 และ เกรดเฉลี่ย (GPA) ตลอดหลักสูตร ไม่ต่ำกว่า 2.50 และ ได้รับประกาศนียบัตรรับรองการช่วยชีวิตขั้นสูง จึงจะถือว่าสำเร็จการศึกษาอบรมตามหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

หนังสือรับรอง
ประสบการณ์การทำงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....
 สังกัดกอง.....กรม..... กระทรวง.....
 ขอรับรองว่า ผู้สมัครสอบคัดเลือก คือ นาย/นาง/นางสาว.....
 ซึ่งมีความประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
 สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) ของสถาบันการพยาบาล
 ศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 เป็นข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง.....แผนก.....
 กอง.....กรม..... กระทรวง.....
 มีประสบการณ์การทำงานด้าน.....

 โดยปฏิบัติงานในหน้าที่.....
 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน (นับถึงวันรับสมัคร)
 ความจำเป็นหรือความต้องการของหน่วยงาน

ลงนาม.....
 (.....)
 วันที่.....

หมายเหตุ - ผู้ลงนามรับรอง ต้องมีฐานะเป็นผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย
 หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าแผนก เป็นต้น
 -ใช้ในการสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย