

รายงานการประชุม  
เรื่อง “เสริมพลังการดูแลปรีกำเนิดในยุคใหม่”  
ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔  
ณ โรงแรมมิตร ปิซ พัทยา จ.ชลบุรี

\*\*\*\*\*

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นางสาวพิชชาพร พันธุ์นัตตี  
อายุ ๒๘ ปี  
การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยคลอด ทำหน้าที่ให้การพยาบาล

ผู้คลอดปกติ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการและผ่าตัด ดูแลทารกแรกเกิด รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้คลอดและญาติที่มาใช้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสุขภาพผู้คลอด

๑.๒ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร เรื่อง “เสริมพลังการดูแลปรีกำเนิดในยุคใหม่”  
เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  
 สัมมนา  ปฏิบัติงานวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทนส่วนตัว  
จำนวนเงิน เป็นเงิน ๙,๐๔๐.- บาท (เก้าพันสี่สิบบาทถ้วน)  
วันเดือนปี ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔  
สถานที่ ณ โรงแรมมิตร ปิซ พัทยา จ.ชลบุรี  
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้าประชุม มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การประเมินการเปลี่ยนแปลงของโรคสำคัญทางสูติศาสตร์

๒. เพื่อให้ผู้เข้าประชุม สามารถวางแผนให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ในระยะคลอด หลังคลอด รวมถึงทารกแรกเกิด

๓. เพื่อให้ผู้เข้าประชุม มีความรู้เกี่ยวกับวิถีใหม่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ในห้องคลอด

## 2.2 เนื้อหาโดยย่อ

**เรื่องที่ 1 ภาวะคลอดติดไหล่** คือ การที่ไหล่ทารกไม่สามารถเคลื่อนผ่านช่องเชิงกรานได้ หลังจากที่มีระยะทารกคลอดแล้วหรือเป็นภาวะที่ใช้ระยะเวลาในการคลอดศีรษะถึงคลอดลำตัวนานกว่า 60 วินาที

การรักษา

1. ร้องเรียกขอความช่วยเหลือจากบุคลากรอื่น ๆ เช่น สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาล
2. ให้สวนปัสสาวะทิ้ง
3. ตัดหรือขยายแผลฝีเย็บให้กว้างขึ้น
4. กดบริเวณท้องน้อยเหนือหัวหน้า (Suprapubic Pressure) มี 2 แบบ คือ Mazzanti ใช้มือกดตรง ๆ บริเวณหัวหน้าและ Rubin กดด้านข้างบริเวณเหนือหัวหน้า แล้วต้องให้ผู้คลอดเบง
5. McRoberts (McRoberts Maneuver) จัดทำให้ผู้คลอดงอเข่าและสะโพกทั้งสองข้าง คล้ายท่า Knee-Chest
6. Squatting การใช้ท่านั่งยอง ๆ คลอด
7. Rotation Maneuver การหมุนไหล่ทารก มี 2 วิธี คือ Wood Screw การที่ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางมือซ้าย ของผู้ทำคลอดดันบริเวณด้านหน้าของไหล่หลังทวนเข็มนาฬิกา แต่วิธีนี้จะทำให้เกิดการกางออกของแขนพื้นที่ช่องทางคลอดแคบขึ้น Rubin Maneuver การที่ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางมือซ้าย ของผู้ทำคลอดดันบริเวณด้านหน้าของไหล่หลังตามเข็มนาฬิกา วิธีนี้จะทำให้เกิดการหุบเข้าของไหล่ เพิ่มช่องทางคลอดให้กว้างขึ้น
8. Posterior Arm Extraction การดึงแขนหลัง หรือการทำคลอดแขนหลังก่อน
  - โดยการใช้มือซ้ายทำหัตถการนี้ สอดมือเข้าไปในช่องคลอดใช้นิ้วไล่ตามกระดูกต้นแขน (Humerus) ไปตาม Antecubital Fossa แล้วกดลงไปบริเวณนี้เพื่อให้ข้อศอกงอแล้วใช้มือจับที่แขนขาดแขนผ่านหน้าอกและใบหน้าของทารก แขนและไหล่หลังคลอดออกจากช่องคลอดจากนั้นทำคลอดไหล่หน้าตามปกติ
  - โดยใช้นิ้วดึงซอกรักแร้ของทารก ดึงไปทางด้านหลัง จนกระทั่งไหล่หลังคลอดออกจากช่องคลอด แต่วิธีนี้อาจทำให้กระดูกต้นแขนหักได้
9. การดันศีรษะทารกกลับคืนเข้าช่องคลอดแล้วนำไปผ่าตัดคลอด
10. การทำให้กระดูกไหลปลาร้าของทารกหักหรือการตัดข้อต่อของกระดูกหัวหน้าผู้คลอด

**เรื่องที่ 2 การรักษาการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)** การเสียเลือดจากการคลอดโดยรวมมากกว่า 1,000 ml หรือการเสียเลือดหลังคลอดโดยมีอาการ และอาการแสดงของภาวะ Hypovolemia

สาเหตุ 4Ts คือ Tone (Uterine Tone) การหดตัวของมดลูก Trauma (Genital Tract Trauma) บาดเจ็บของช่องทางคลอด Tissue (Placental Tissue) เศษรกหรือรกค้าง Thrombin การแข็งตัวของเลือด

## ผิปกติ

### การป้องกัน

- ดูแลในกระเพาะปัสสาวะว่าง
- ดูแลให้ oxytocin หรือ duratocin
- คลึงมดลูก

การใช้ Uterine Tamponade คือ การใช้ผ้าก๊อซที่สะอาดใส่เข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อเป็นการใช้แรงอัดหยุดเลือดที่ออกจากโพรงมดลูก ปัจจุบันมีการคิดค้นวิธีใหม่ คือ

Ballon Tamponade มักใช้วิธีนี้ในกรณีที่ตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine Atony) โดยมีวิธีดังนี้

1. ใส่สาย Foley's Cath เข้าไปใน Condom ซ้อนกัน 2 ชั้น ปล่อยให้ปลาย Condom อยู่เหนือปลาย Foley 1-2 ซม.
2. ผูก Silk ตำแหน่งห่างจากขอบบนของปลาย Condom ประมาณ 7 ซม. ผูก 2 ตำแหน่งห่างกัน 1 ซม.
3. Check Condom ไม่มีรูรั่ว โดยการใส่น้ำเข้าไปประมาณ 50 ml
4. เตรียม NSS 500-600 ml. และ Irrigation Syringe
5. ใช้ Sponge Forceps ค่อย ๆ ใส่ Condom ที่เตรียมไว้เข้าไปในโพรงมดลูก เมื่อแน่ใจว่า อยู่ในโพรงมดลูกแล้ว ให้ค้ำนิ้วไว้ที่ปากมดลูกเพื่อจับประคองให้ Condoomballon ทั้งหมดอยู่ในโพรงมดลูกไม่ให้เคลื่อนที่ออกมาจากช่องคลอด
6. ใส่ NSS ประมาณ 200-300 ml. จนเห็นหรือคลำพบ Condoomballon โป่งตั้งที่ปากมดลูกเล็กน้อย
7. ถอนนิ้วที่อยู่ตรงปากมดลูกพร้อมกับใส่ Tampon เข้าไปในช่องคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้ Condoomballon เลื่อนหลุด
8. ใช้นิ้วดัน Tampon ใส่ NSS อีก 200 = 300 ml. หรือจนเลือดออกน้อยลง รอดูจนแน่ใจว่า เลือดหยุดไหล จึงถอนนิ้วออก

### บทบาทพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด ในระยะแรกรับและระยะคลอด
2. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง ควรให้การดูแลเฝ้าติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ และอาการแสดงของการตกเลือด
  - บันทึกสัญญาณชีพ
  - ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก
  - สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดหรือจากแผลฝีเย็บ
  - ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

- ประเมินและดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

3.การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง

- จัดให้ผู้คลอดหลังคลอดอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล
- ติดตามสัญญาณชีพทุก 5 - 15 นาที
- ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก
- ประเมินและดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง
- ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
- หากพบอาการ Hypovolemic Shock จัดทำให้ออนราบ ให้ออกซิเจน และสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่มเติม
- ค้นหาสาเหตุของการตกเลือด

**เรื่องที่ 3 การทำคลอดท่าก้น** การที่ทารกในครรภ์ใช้ก้นเป็นส่วนนำ

ชนิดของท่าก้น ได้แก่

1. Frank Breech ทารกจะงอข้อสะโพก และเหยียดเข่า เท้าจึงอยู่ใกล้ศีรษะ
2. Complete Breech ทารกจะงอข้อสะโพกทั้งสองข้าง หรืออหิวเข่าหนึ่ง หรือทั้งสองข้างร่วมด้วย
3. Incomplete Breech ทารกจะเหยียดข้อสะโพกหนึ่งหรือสองข้าง ทำให้เท้าหรือเข่าอย่างน้อย

หนึ่งข้างอยู่ต่ำกว่าก้น

การดูแลการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด

1. Spontaneous Breech Delivery คือ ดำเนินการคลอดโดยผู้คลอดเป็นผู้เบ่งคลอดเอง โดยผู้ทำคลอดไม่ได้ช่วยในการคลอด

2. Partial Breech Extraction คือ ดำเนินการคลอดเกิดขึ้น โดยผู้คลอดเป็นผู้เบ่งจนถึงระดับสะดือของทารกโผล่พ้นปากช่องคลอด ผู้ทำคลอดจึงทำการช่วยคลอดโดยไม่อาศัยแรงเบ่งของผู้คลอด โดยมีวิธีดังนี้

2.1 ให้การคลอดเกิดขึ้นตามธรรมชาติ จนเมื่อก้นมาตุงที่ Perineum จึงช่วยตัดแผลฝีเย็บแบบเฉียง แล้วรอให้มารดาเบ่งจนก้นคลอด สะโพกด้านหน้าจะคลอดออกมาก่อน หลังจากนั้นสะโพกด้านหลังจึงคลอดตาม

2.2 รอให้มารดาเบ่งต่อไปจนถึงระดับสะดือของทารก แล้วจึงช่วยทำคลอดขา ใช้นิ้วมือกดบริเวณด้านหลังของหัวเข่า เพื่อให้หัวเข่างอเข้ามาแล้วดันให้ต้นขาห่างออกไปจากตัวทารกเพื่อคลอดขา

2.3 หลังจากคลอดขา หลังของทารกจะหมุนมาด้านหน้า ใช้มือทั้งสองข้างจับบริเวณส่วนกระดูกของอุ้งเชิงกรานทารก โดยนิ้วที่สี่วางบนและนิ้วโป้งวางบนกระดูก Sacrum เพื่อป้องกันผู้ทำคลอดกดหน้าท้องของทารก ให้ผู้คลอดเบ่งร่วมกับผู้ทำคลอดดึงทารกลงมาเบา ๆ อย่างนุ่มนวล พร้อมหมุนให้สะโพก

ทารกอยู่ใน Antero-Posterior Diameter

2.4 เมื่อเห็นขอรักแร้ของทารกจึงเริ่มทำคลอดแขน โดยนิ้วของผู้ทำคลอดอยู่บนต้นแขน ในแนวขนานกับกระดูก Humerus ปิดแขนผ่านหน้าอกเพื่อออกมาจากช่องคลอด แล้วจึงหมุนให้ไหล่ หลังกลับมาเป็นไหล่หน้าเพื่อทำคลอดแขนในวิธีเดียวกัน

2.5 การทำคลอดศีรษะทารก ให้ศีรษะทารกอยู่ในแนว Antero-Posterior Diameter ค่อย ๆ ปลดทารกให้ลำตัวห้อยลงมาประมาณ 30 วินาที เพื่อให้น้ำหนักช่วยถ่วงให้ศีรษะทารกเคลื่อนเข้าสู่อุ้งเชิงกราน จากนั้นทำคลอดโดยวิธี Mauriceau Maneuver โดยวางนิ้วชี้และนิ้วกลางมือซ้าย ไว้บริเวณโหนกแก้มของทารก เพื่อช่วยก้มศีรษะ วางตัวทารกบนแขนซ้าย อีกมือใช้สามนิ้วเกี่ยวบริเวณข้างคอและหัวไหล่

2.6 ค่อย ๆ ดึงศีรษะทารกลงให้ Subocciput ยันกับกระดูก Pubic Symphysis จากนั้นยกทารกจนเห็นหน้าผากของทารก คลอดศีรษะออกวางไว้บนหน้าท้องของผู้คลอด

3. Total Breech Extraction คือ ผู้ทำคลอดทำคลอดทารกตั้งแต่เริ่มต้น

**เรื่องที่ 4 การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด (Intrapartum Fetal Monitoring)** วิธีการตรวจที่ได้รับความนิยมคือ การฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ การใช้เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นหัวใจ และการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง

Variability คือ อัตราการเต้นของหัวใจทารกที่มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

1. Absent ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
2. Minimal มีการเปลี่ยนแปลง 0-5 Beat/min
3. Moderate มีการเปลี่ยนแปลง 6-25 Beat/min
4. Mark มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 25 Beat/min

Baseline คือ ค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจทารกค่าปกติ 110-160 bpm

1. Bradycardia อัตราการเต้นของหัวใจทารก น้อยกว่า 110 bpm
2. Tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจทารก มากกว่า 160 bpm

Acceleration คือ การเพิ่มขึ้นของ FHR แบบทันที

Deceleration คือ การลดลงของ FHR

1. Early Deceleration อัตราการเต้นของหัวใจค่อย ๆ ลดลง และกลับสู่ Baseline สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกโดยช่วงต่ำสุดเกิดขึ้นพร้อมกับการหดตัวของมดลูกที่สูงที่สุด สาเหตุเกิดจากศีรษะทารกถูกกด

2. Late Deceleration อัตราการเต้นของหัวใจค่อย ๆ ลดลง และกลับสู่ Baseline สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก โดยช่วงต่ำสุดเกิดตามหลังกับการหดตัวของมดลูกที่สูงที่สุด สาเหตุความบกพร่องของ

การไหลเวียนของเลือดที่มดลูกและรก

3. Variable Deceleration เป็นการลดลงของ FHR และกลับสู่ Baseline อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะลดลงต้องมากกว่า 15 bpm นานอย่างน้อย 15 วินาที และไม่เกิน 2 นาที ไม่สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกสาเหตุเกิดจากสายสะดือของทารกถูกกด

4. Prolong Deceleration เป็นการลดลงของ FHR ซึ่งจะลดลงต้องมากกว่า 15 bpm และเป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที แต่ไม่ถึง 10 นาที

5. Sinusoidal เป็นลักษณะคล้ายคลื่นโดยมีลักษณะจำเพาะ

การแปลผล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

Category I คือ FHR Baseline 110-160 bpm, Moderate FHR Variability, ไม่พบลักษณะของ Variable และ Late Deceleration Early Deceleration อาจมีหรือไม่มี

Category III คือ

- Absent หรือ Minimal Variability with Deceleration หรือ Bradycardia
- Recurrent Late Deceleration
- Recurrent Variable Deceleration
- Bradycardia
- Sinusoidal

Category II คือ ลักษณะที่ไม่เข้าเกณฑ์ 2 กลุ่มแรก

**เรื่องที่ 5 วิธีใหม่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ในห้องคลอด** พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีความเสี่ยงโรคจะรุนแรงกว่า และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา เช่น การคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะครรภ์เป็นพิษ

การวินิจฉัยและการดูแล อาจจำเป็นต้องใช้การตรวจ ATK เพื่อการวินิจฉัยเบื้องต้นและตรวจยืนยันด้วย RT-PCR

การรักษา

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อที่ไม่มีปอดอักเสบ ให้รักษาตามอาการ

2. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อที่มีปอดอักเสบ พิจารณาให้ Remdesivir เนื่องจากมีความปลอดภัย การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ในห้องคลอด

1. จัดให้เข้าห้อง Isolation Room
2. บุคลากรใส่ชุด PPE ป้องกัน
3. ดูแลการคลอดตามมาตรฐาน
4. ไม่มีข้อห้ามในการคลอดทางช่องคลอด
5. Delayed Cord Clamping สามารถทำได้

### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

#### ๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ร่วมวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในห้องคลอดเพื่อนำมาปรับใช้ในหน่วยงานตนเองและในการดูแลให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ อีกทั้งได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ด้านการดูแลและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ในระยะและระยะหลังคลอดเมื่อเกิดวิกฤติในห้องคลอด

- ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ในประเทศ

#### ๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- สามารถนำความรู้มาถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงาน และเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ในระยะและระยะหลังคลอด เมื่อเกิดวิกฤติในห้องคลอด เพื่อให้ทีมสามารถมาปรับใช้กับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อโควิด-19 มาเผยแพร่ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย แก่ตนเองและผู้คลอดสามารถนำความรู้มาถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงาน และเผยแพร่ความรู้ เรื่อง การดูแลและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ในระยะ และระยะหลังคลอด เมื่อเกิดวิกฤติในห้องคลอด เพื่อให้ทีมสามารถมาปรับใช้กับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง เนื้อหาในการประชุม มีหลากหลายทั้งในส่วนของ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ การดูแลผู้คลอด และการดูแลทารกแรกเกิด จึงมีบางหัวข้อที่ไม่อยู่ในความสนใจ และเกินขอบเขตบทบาทหน้าที่และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมประชุมฯ ซึ่งปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด

๓.๒ การพัฒนา เนื่องจากหัวข้อการประชุมฯ มีเนื้อหาที่ต่อเนื่องตั้งแต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด ตลอดจนการดูแลทารก จึงต้องใช้ความพยายามทำความเข้าใจ ตั้งใจฟังการบรรยายและ ทบทวนเอกสารการประชุมฯ เพื่อให้สามารถนำความรู้มาถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงานให้ได้มากที่สุด

**ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

การประชุมวิชาการฯ มีความจำเป็นในการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ให้สามารถนำมาปรับใช้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ และการดูแลทารก และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มากยิ่งขึ้น ควรส่งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมประชุมฯ จากหน่วยงานในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ และกุมารเวชกรรม เพื่อพัฒนาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีม

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน  
(นางสาวพิชชาพร พันธน์ดี)  
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา**

ขอให้นำความรู้ที่ได้ มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....  
(นายขจร อินทรบุรินทร์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

**แบบรายงานผลการประชุมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่.....กท. ๐๔๐๑/๘๗๒.....ลงวันที่.....๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๔.....  
ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล).....นางสาวพิชชาพร.....นามสกุล.....พันธน์ดี.....  
ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน.....การพยาบาล.....  
กอง.....โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....  
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/สัมมนา/ศึกษาดูงาน) ในประเทศ.....ประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๔  
เรื่อง.....“เสริมพลังการดูแลปริกำเนิดในยุคใหม่ Strengthen Perinatal Care in the New Era”.....



ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ โรงแรมมิตร บีช พัทยา จ.ชลบุรี  
โดยเบิกค่าลงทะเบียนเป็นเงิน ๙,๐๔๐.- บาท (เก้าพันสี่สิบบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการประชุมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการประชุมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/

การจัดหลักสูตร เป็นต้น

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวพิชชาพร พันธน์นัตถิ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ