







วิธีปฏิบัติงาน  
เรื่อง

การพยาบาลระยะก่อนคลอด

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

จัดเตรียมเอกสารโดย	ตรวจสอบเอกสารโดย	อนุมัติใช้เอกสารโดย
 (นางธนันท์ ศรีสารคาม) หัวหน้าหน่วยห้องคลอด <u>๐๕ / ๑๓ / ๖๔</u>	 (นางปาริชาติ ดอนบรรจง) รองหัวหน้างานการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ <u>15 / มีค / ๖๔</u>	 (นางปาลิตา พูลเพิ่ม) หัวหน้างานการพยาบาล 15 มี.ค. 2564 ...../...../.....

เลขที่เอกสาร	แก้ไขครั้งที่ : 00	สำเนาฉบับที่	วันที่เริ่มใช้
SDVH-WI-LR-002	--/--/--		1 เมษายน 2564

	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม		
	วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารเลขที่	หน้า 1 จาก 13
	เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	SDVH-WI-LR-002	วันที่เริ่มใช้
		แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางธนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด		
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม		

### 1.วัตถุประสงค์(Purpose)

- 1.1 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดในระยะรอคลอด ได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมและต่อเนื่อง
- 1.2 เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์มีความปลอดภัย

### 2.ขอบข่าย(Goal/Scope)

ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดทุกคน

### 3.ผู้รับผิดชอบ(Responsible man)


- 3.1 พยาบาลหัวหน้าเวร หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล
- 3.2 พยาบาลสมาชิกทีม หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้เป็นสมาชิกทีมการพยาบาล
- 3.3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หมายถึง ลูกจ้างประจำหรือลูกจ้างชั่วคราวที่ได้รับมอบหมายให้ช่วยเหลือกิจกรรมพยาบาลตามความเหมาะสม

### 4.อุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้(Equipment)

- 4.1 ชุดตรวจภายในเครื่อง Doper tone
- 4.2 เครื่องตรวจสภาพทารกในครรภ์ (Electronic Fetal Monitoring : EFM)
- 4.3 หูฟัง (Stethoscope)
- 4.4 เครื่องวัดความดันโลหิต
- 4.5 พรอท
- 4.6 เครื่อง Infusion Pump

### 5.คำจำกัดความ(Definition)

ระยะก่อนคลอด หมายถึง ระยะที่ 1 ของการคลอด (First stage of labor) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร)

	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม		
	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 2 จาก 13
		แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
	ผู้จัดทำ : นางธนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม		

## 6.รายละเอียดการปฏิบัติงาน(Procedure/Intervention/Nursing)


หลังจากซักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้นในขั้นตอนการรับใหม่แล้ว ต้องมีการตรวจประเมินผู้คลอดเป็นระยะดังนี้

**6.1 การฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (ปกติ 110-160 ครั้ง/นาที) ด้วยเครื่อง Doper tone โดยนับเต็มนาที**

**6.2 การตรวจการหดตัวของมดลูก** การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อมดลูกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด การหดตัวของมดลูกจะเกิดขึ้นที่บริเวณกล้ามเนื้อส่วนบนซึ่งเป็นส่วนของมดลูก (Corpus) และยอดมดลูก (Fundus) กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวได้อย่างต่อเนื่องจากการถูกกระตุ้นโดยฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ซึ่งหลังจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง ระยะเวลาของการหดตัวของมดลูก (Latent phase) การหดตัวของมดลูกเกิดขึ้น (Interval) ทุก 5-10 นาที และหดตัวนาน(Duration) ทุก 20-30 วินาที การหดตัวจะถี่และนานขึ้นในระยะ Active phase เป็น ทุก 2-3 นาที แต่ละครั้งนาน 45-60 วินาที จึงมีผลให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนมีความหนาแน่นมากขึ้นและสั้นลง ส่วนกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างจะถูกยืดขยายและบางลง

### ลักษณะการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก

- 1) ความนานในการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (Duration) เป็นช่วงเวลาตั้งแต่มดลูกเริ่มหดตัวถึงมดลูกเริ่มคลายตัว ในระยะ Latent phase มดลูกจะหดตัวนาน 20-40 วินาที และในระยะ Active phase มดลูกจะหดตัวนาน 45-60 วินาที ถ้ามดลูกหดตัวนานมากกว่า 90 วินาที ถือว่ามดลูกมีการหดตัวที่รุนแรงผิดปกติ
- 2) ระยะห่างในการหดตัวของมดลูก (Interval) เป็นช่วงเวลาตั้งแต่มดลูกเริ่มหดตัวถึงมดลูกหดตัวครั้งต่อไป ในระยะเริ่มเจ็บจริง/ระยะ Latent phase มดลูกจะหดตัวโดยมีระยะห่าง 5-10 นาที เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase มดลูกจะหดตัวถี่มากขึ้นโดยมีระยะห่าง 2-3 นาที
- 3) ความถี่ของการหดตัวของมดลูก (Frequency) จำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูก ในระยะเริ่มเจ็บจริงมดลูกมีการหดตัวถี่ 2-3 ครั้ง/10 นาที เมื่อเข้าสู่ระยะใกล้คลอดมดลูกหดตัวถี่ขึ้นเป็น 4-5 ครั้ง/10 นาที
- 4) ความแรงในการหดตัว (Intensity) เป็นความแรงในขณะที่มดลูกหดตัวเต็มที่ ในระยะแรกมดลูกมีการหดตัวแรงในระดับน้อย (Mild) ถึงปานกลาง (Moderate) เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วความแรงจะเพิ่มมากขึ้นถึงระดับแรงมาก (Strong)

	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม		
	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 3 จาก 13
		แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
	ผู้จัดทำ : นางธนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม		

5) ระยะพักหรือระยะมดลูกคลายตัว (Resting period or Relaxation) คือระยะที่มดลูกคลายตัวก่อนที่จะมีการหดตัวครั้งต่อไป

วิธีการตรวจ : ใช้ฝ่ามือวางบริเวณยอดมดลูก ไม่ควรกระตุ้นมดลูกให้หดตัวขณะตรวจ

6.3 ตรวจและประเมินอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การบวมของ Vulva, varicose vein, skin lesion, condyloma accuminata, มูกเลือด(Bloody show), เลือด(Bleeding), valva gaping, vaginal discharge

6.4 ตรวจภายในช่องคลอด เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ส่วนนำและระดับของส่วนนำ และการเข้าสู่ระยะของการคลอด

ข้อบ่งชี้ในการตรวจภายใน ในรายที่ไม่มีข้อห้าม

- 1) เมื่อมารดารู้สึกอึดอัด
- 2) เมื่อถุงน้ำหนุ่แตกทันที
- 3) เมื่อมดลูกมีการหดตัวรุนแรงและถี่มาก
- 4) เมื่อต้องการทราบความก้าวหน้าของการคลอด
- 5) เมื่อต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก
- 6) เมื่อต้องการวางแผนและเตรียมการช่วยเหลือ

ข้อห้ามในการตรวจภายใน

- 1) มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ หรือมีภาวะรกเกาะต่ำ
- 2) มีภาวะครรภ์เป็นพิษ
- 3) มีน้ำเดินมาจากบ้าน (ให้ทำ Speculum Examination)
- 4) ต้องการรักษาถุงน้ำไข

วิธีการตรวจภายใน : ทำการตรวจภายในโดยใช้มือข้างที่มีถนัดแหวก Minora labia ออกให้กว้างที่สุดมืออีกข้างหยิบสำลีสูดน้ำยาเช็ดบริเวณรูเปิดท่อน้ำสภาวะลงมาถึงบริเวณทวารหนัก (Vestibule) แล้วสอดนิ้วชี้และนิ้วกลาง สอดนิ้วกลางเข้าไปในช่องคลอด กดผนังด้านหลังช่องคลอดจนช่องคลอดมีขนาดกว้างพอที่จะสอดนิ้วชี้เข้าไปได้ เมื่อสอดนิ้วเข้าไปแล้วพยายามพุ่งปลายนิ้วไปทางด้านหลังพยายามให้ถูกผนังหน้าของช่องคลอดให้น้อยที่สุดเพื่อป้องกันความรำคาญของผู้คลอด ผนังหน้าของช่องคลอดมีความไวต่อความรู้สึกมากและกำหนัที่เหลือภายนอกเข้าหากันไม่ให้สัมผัสบริเวณทวารหนัก

สิ่งที่ต้องตรวจ

- 1) สภาพช่องคลอด ; Cystocele, Rectocele, ความนุ่ม การยืดขยายของผนังช่องคลอด แผลเป็นจากการทำ Episiotomy



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 4 จาก 13
	แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางรณนันทน์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม	

2) ปากมดลูก ;

2.1) ความนุ่ม/แข็ง ถ้าแข็งจะยืดขยายได้ยาก

2.2) การบวม เกิดจากมารดาเบ่งก่อนเวลาทำให้ปากมดลูกส่วนหน้าถูกกดระหว่างศีรษะเด็กกับช่องเข้าเชิงกราน ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก จึงเกิดการบวมของปากมดลูก ส่งผลให้มีการยืดขยายช้าของปากมดลูก

2.3) ความสั้น/บาง ของปากมดลูก (Effacement) เกิดจากกล้ามเนื้อปากมดลูกถูกดึงรั้งขึ้นไปตามการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่าง ทำให้ปากมดลูกสั้นและบางมากขึ้น

- ปกติปากมดลูกมีความหนาประมาณ 2 cm. = no effacement
- ปากมดลูกมีความหนา 1.5 cm. = effacement 25%
- ปากมดลูกมีความหนา 1 cm. = effacement 50%
- ปากมดลูกมีความหนา 0.5 cm. = effacement 75%
- ปากมดลูกมีความหนา 2-3 mm. = effacement 100%

2.4 การเปิดขยายของปากมดลูก (dilatation) ถ้าปากมดลูกเปิดขยายวัดเส้นผ่านศูนย์กลางได้ประมาณ 10 cm. เรียกว่าปากมดลูกเปิดหมดแล้ว (fully dilatation) แม้ว่าปากมดลูกเปิดไม่ถึง 10 cm. แต่ส่วนนำมีขนาดเล็กสามารถผ่านปากมดลูกได้ก็เรียกว่าปากมดลูกเปิดหมดแล้วเช่นกัน

3) ถุงน้ำทวนหัว

3.1) ถุงน้ำทวนหัวยังอยู่ จะคลำได้เป็นถุงน้ำมีลักษณะหยุ่น และจะโป่งตึงเวลาเจ็บครรภ์ เมื่อมดลูกคลายตัวถุงน้ำทวนหัวจะหย่อนลงพอที่จะคลำส่วนนำของเด็กได้ชัดเจน

3.2) ถุงน้ำทวนหัวแตกแล้ว จะคลำพบเฉพาะส่วนนำของเด็ก และถ้าดันให้ส่วนนำพ้นส่วนล่างของมดลูกจะมีน้ำไหลออกมาจากส่วน hind water

- ถุงน้ำทวนหัวยังอยู่ = Membrane Intact (MI)
- ถุงน้ำทวนหัวแตกแล้ว = Membrane Ruptured (MR)
- ไม่มีถุงน้ำ/ไม่พบ = Membrane Absence (MA)
- การเจาะถุงน้ำทวนหัวโดยแพทย์=Artificial Membrane Ruptured(AMR)
- ถุงน้ำทวนหัวแตกเอง = Spontaneous Membrane Ruptured (SMR)

3.3) ซีเทาปนในน้ำคร่ำ (Meconium-Stained Amniotic Fluid: MSAF) หมายถึง อุจจาระของทารกในครรภ์ปนในน้ำคร่ำ ซึ่งโดยปกติทารกจะสร้างซีเทาเองได้ตั้งแต่อายุใน



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 5 จาก 13
	แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางธนนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม	

ครรภ์มารดามีลักษณะเป็นของเหลวชั้น เหนียว สีเขียว สามารถแบ่งชนิดของ Meconium ได้ดังนี้

- Thin Meconium หมายถึง น้ำคร่ำที่มีสีเขียวจาง ๆ หรือสีเหลืองจาง ๆ
- Thick Meconium หมายถึง น้ำคร่ำที่มีสีเขียวชั้นเหนียว และมีปริมาณขี้เทาจำนวนมาก

4) ตรวจหาส่วนนำ

4.1) ดูว่าส่วนใดของเด็กที่ลงมาในเชิงกราน เช่น Vertex, Brow, Sacrum

4.2) ถ้าส่วนนำเป็นศีรษะให้ค้นหา Sagittal Suture, Small fontanelle และ large fontanelle เพื่อวินิจฉัยการหมุนของศีรษะและท่าของเด็ก

4.3) ระดับของส่วนนำ (station) เป็นการเปรียบเทียบส่วนนำของทารกกับ Ischial spine

- Vertex อยู่ระดับเดียวกับ ischial spine จะเรียกว่า station 0
- Vertex อยู่สูงขึ้นไปกว่า ischial spine จะเรียกว่า station -1, -2 ไปเรื่อย ๆ
- Vertex อยู่ต่ำไปกว่า ischial spine จะเรียกว่า station +1, +2 ไปเรื่อย ๆ

5) ตรวจการมี Molding ; molding คือการเปลี่ยนแปลงของศีรษะเด็กในครรภ์เพื่อให้มีรูปร่างเหมาะสมที่จะสามารถผ่านช่องเชิงกรานได้ง่ายขึ้น

6) การตรวจสภาพช่องเชิงกราน ; เพื่อประเมินดูว่าช่องเชิงกรานกว้างพอที่ศีรษะของเด็กจะผ่านได้หรือไม่ ซึ่งตรวจได้ดังนี้

6.1) การตรวจทางเข้าของช่องเชิงกราน (Pelvic inlet) ตรวจได้เฉพาะความยาวทางหน้าและหลัง (diagonal conjugate diameter) ตรวจโดยสอดปลายนิ้วมือถึง Promontory of sacrum และสันมือติดกับขอบล่างของกระดูก symphysis pubis ปกติมีค่า 13.0 ซม. หากวัดได้ค่าน้อยกว่าปกติ แสดงว่าช่องทางเข้าจะแคบ

6.2) การตรวจช่องเชิงกราน (Mid Pelvic) ได้แก่การตรวจ

- Ischial spine ตรวจดูว่าค้ำได้ชัดเจนหรือเป็นปุ่มแหลม หากค้ำได้ชัดเป็นปุ่มแหลมถือว่า Ischial spine นั้น prominent อาจเป็นเชิงกรานแบบเพศชายซึ่งแคบกว่าปกติ

- Sacrum ตรวจดูว่ามีความโค้งเพียงพอหรือไม่ ปกติในการตรวจจะค้ำได้เพียงกระดูก Sacrum อันที่ 2-3 ถ้าหากค้ำได้กระดูก Sacrum ลากตรงแสดงว่าช่องเชิงกรานแคบ



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 6 จาก 13
	แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางธนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม	

6.3) ส่วนหลังของช่องเชิงกราน ตรวจสอบความยาวของ sacrospinous ligament ที่ยึดจากปลาย Ischial spine ไปยังส่วนของกระดูก Sacrum ถ้าระยะนี้สั้น แสดงว่าส่วนหลังของช่องเชิงกรานแคบ ซึ่งปกติยาวประมาณ 5 ซม.

6.4) ความลาดเอียงและความกว้างของรอยต่อกระดูก symphysis pubis ตรวจสอบโดยวัดความเอียงลาดซึ่งปกติประมาณ 40 องศา ส่วนความกว้างประมาณ 5 ซม. หากรอยต่อกระดูกหัวเหน่ามีความกว้างและความลาดเอียงมากจะทำให้ช่องทางเข้าแคบ

6.5) การตรวจทางออกช่องเชิงกราน (Pelvic outlet) ได้แก่การตรวจกระดูก Coccyx และการเคลื่อนไหว ถ้าตรวจพบกระดูก coccyx จุ่มเข้าจะทำให้ช่องทางออกแคบปกติ Coccyx จะมีการเคลื่อนไหวไปด้านหลังได้ ทำให้เพิ่มความยาวหน้า-หลังได้ประมาณ 2 ซม. คือจาก 9 เป็น 11 ซม.

6.6) Subpubic arch ปกติเชิงกรานแบบผู้หญิงจะมีลักษณะโค้งมีมุมมากกว่า 85 องศาขึ้นไป

#### 6.5 การเตรียมความพร้อมผู้คลอดเพื่อการคลอด

- 1) การเตรียมทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ในรายที่เจ็บครรภ์ไม่มากและมีเวลาเพียงพอให้มารดาอาบน้ำชำระร่างกาย รายที่เจ็บครรภ์ให้เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของโรงพยาบาล ตัดเล็บให้สั้น ล้างส้นเท้าเพื่อสังเกตอาการ Cyanosis
- 2) การเตรียมความพร้อมอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ประกอบด้วยการชำระพอกด้วยสบู่ และล้างให้สะอาด
- 3) โกนขนบริเวณหัวเหน่า เพื่อให้สะดวกในการทำความสะอาดทั้งขณะก่อนคลอดและหลังคลอด
- 4) สอนอุจจาระก่อนคลอดยกเว้นในรายที่มีน้ำเดิน มีประวัติรกเกาะต่ำหรือเลือดออกผิดปกติหรือข้อบ่งชี้อื่น ๆ (ตามแผนการรักษาของแพทย์)

#### 6.6 การประเมินทางด้านจิตใจ-สังคม

การประเมินทางด้านจิตใจ-สังคมของหญิงตั้งครรภ์ จะประเมินในในขณะที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ในภาวะที่ปลอดภัยด้านร่างกาย ไม่อยู่ระหว่างที่การคลอดกำลังจะเกิดขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะช็อก มี Bleeding per vagina ประเมินด้านต่าง ๆ ดังนี้



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 7 จาก 13
	แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางธนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม	

- 1) สถานภาพสมรส มารดาแต่งงานถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ อยู่ด้วยกันฉันสามีหรือแยกกัน หย่ากัน ในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่
- 2) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ ตำแหน่งทางสังคม ตำแหน่งหน้าที่การงาน
- 3) อายุ มากหรือน้อยเพื่อประเมินคุณภาพ
- 4) ประสบการณ์การคลอด เคยคลอดที่ไหน มีทัศนคติอย่างไรต่อการคลอด ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เคยได้รับการสอน หรือศึกษาเองหรือไม่
- 5) การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการวางแผนตามความต้องการหรือไม่หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ
- 6) ศาสนา พื้นฐานวัฒนธรรม ภูมิสำเนาในเมืองหรือชนบทมีความเชื่อที่ขัดต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือไม่ เช่น การบริโภค
- 7) ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการช่วยเหลือค้ำจุน ของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือหรือไม่มีความคาดหวังในการช่วยเหลือเพียงใด
- 8) ความคาดหวังในการคลอดครั้งนี้ ความคาดหวังในเพศของบุตรตามที่ต้องการหรือไม่ ระหว่างการคลอดรู้สึกอย่างไร และจะปฏิบัติตัวอย่างไร
- 9) ภาวะความวิตกกังวล ประเมินได้จากสื่อความหมาย โดยไม่ใช่คำพูด เช่น เหงื่อออก บิดตัวไปมา หยิก ดิ่ง เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ กระสับกระส่าย ร้องไห้ ร้องครวญคราง และจากคำพูดที่แสดงความวิตกกังวล ความกลัว

### 6.7 การพยาบาลผู้คลอดในระยะระลอกคลอด

- 1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม. ผู้คลอดอาจมีอุณหภูมิสูงขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตควรวัดขณะที่ไม่มีการหดรัดตัวของมดลูก สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลียมาก ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ
- 2) ประเมินและบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที
  - Duration จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง 46-5-60 วินาที แต่ไม่ควรเกิน 90 วินาที
  - Interval จะถี่ขึ้นเป็น 2-3 นาที
  - Intensity จะแรงขึ้นจนถึงระดับ strong
- 3) ท่านอน
  - ปากมดลูกยังเปิดไม่มาก/ถุงน้ำยังไม่แตก ให้นั่ง ยืน หรือเดินได้ เพราะการยืนหรือเดินจะช่วยให้ A-P diameter ของ Pelvic outlet ขยายกว้างขึ้น





โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 8 จาก 13
	แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางชนนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม	

- ปากมดลูกยังเปิดมาก/เจ็บครรภ์มาก ให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้มากขึ้น ลดการกดทับ Inferior Vena Cava ทำให้เกิด Supine hypotensive syndrome
  - ให้น้ำแตก ส่วนน้ำอยู่ระดับ -1, -2 ให้ absolute bed rest เพื่อป้องกันสายสะดือพลัดต่ำ
  - ให้น้ำแตก ส่วนน้ำอยู่ระดับ 0, +1, +2 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ
  - ได้รับ Analgesic drug เช่น Pethidine เพื่อลดความเจ็บปวด ดูแลให้นอนพักบนเตียงเนื่องจากอาการข้างเคียงของยาทำให้ง่วงซึมได้
- 4) อาหาร
- ระยะ latent phase ให้รับประทานอาหารได้ตามความเหมาะสมและอาการคนไข้
  - ระยะ Active phase ควร NPO และดูแลให้ IV fluid อย่างเพียงพอ
- 5) ความสุขสบายทั่วไป
- ดูแลความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน
  - ดูแลเรื่องการขับถ่าย ให้กระเพาะปัสสาวะว่าง หากปัสสาวะเองไม่ได้ให้สวนปัสสาวะ เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการลงในช่องเข้าเชิงกรานของศีรษะเด็ก ทำให้การเคลื่อนตัวของส่วนนำล่าช้า
  - ดูแลเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

### 6.8 การดูแลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด

WHO Partograph ใช้เป็นเครื่องมือบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดและช่วยดูแลการคลอดใน ระยะที่ 1 ของการคลอดที่สัมพันธ์กับเวลาในรูปแบบบันทึก (labour Record) และกราฟ (labour curve) เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ลดภาวะการคลอดยาวนาน (Prolonged Labour) และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ช่วยให้การคลอดดำเนินต่อไปโดยการเร่งคลอดเพื่อให้การเจ็บครรภ์คลอด สิ้นสุดลง

WHO Partograph จะใช้กับอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป และเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด หรือบันทึกในรายที่มีถุงน้ำแตกแล้ว หรือในรายที่ต้องการชักนำให้เกิดการคลอดโดยต้องมีการเจ็บครรภ์จริง และสม่ำเสมอ



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 9 จาก 13
	แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางธนนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม	

ส่วนประกอบที่สำคัญของการบันทึก WHO Partograph มี 4 ส่วนดังนี้ สภาพของทารก (Fetal conditions) ความก้าวหน้าของการคลอด (Progression of labour) การให้ยาและการรักษา (Drug and treatment) สภาพของมารดา (Maternal conditions)

1. สภาพของทารก (Fetal conditions) ประกอบด้วย

1) อัตราการเต้นของหัวใจทารกต่อนาที (Fetal heart rate , Beat per minute) บันทึกเครื่องหมายจุดสีดำให้สัมพันธ์กับเวลาใน WHO Partograph จากนั้นลากเส้นตรงเชื่อมระหว่างจุด

- ระยะ latent phase ควรฟังทุก 30-60 นาที
- ระยะ Active phase ควรฟังทุก 30 นาที

2) ถุงน้ำคร่ำ (Membranes) และน้ำคร่ำ บันทึกโดยเขียนเป็นอักษรย่อดังนี้

- MI หมายถึง ถุงน้ำยังไม่แตก (Membranes Intact)
- SMR หมายถึง ถุงน้ำคร่ำแตกเอง (Spontaneous Membranes Ruptured)
- ARM หมายถึง เจาะถุงน้ำคร่ำ (Artificial Ruptured Membranes)
- C หมายถึง น้ำคร่ำใส (Clear)
- MR หมายถึง ถุงน้ำยังแตกแล้ว (Membranes Ruptured)
- M หมายถึง น้ำคร่ำมีขี้เทา (Meconium stained)
- A หมายถึง ไม่มีน้ำคร่ำ (Absent)
- B หมายถึง น้ำคร่ำปนเลือด (Bloody)

3) การเกยกันของกะโหลกศีรษะ (Molding) เป็นการบอกว่าเชิงกรานกว้างพอสำหรับการคลอดศีรษะทารกหรือไม่ การมี Molding มาก อาจมีภาวะไม่ได้สัดส่วนระหว่างศีรษะและช่องทางคลอดเกิดขึ้น (CPD)

- 0 หมายถึง กระดูกศีรษะทารกแยกกัน คลำรอยต่อแสกกลาง (Sagittal Suture) ได้ชัดเจน ไม่มี Molding
- +1 หมายถึง กระดูกศีรษะทารกชนกัน คลำรอยต่อแสกกลาง (Sagittal Suture) ได้ไม่ชัดเจน คลำได้เป็นเส้นตรง
- +2 หมายถึง มีการเกยกันของกระดูกศีรษะทารก แต่ใช้นิ้วมือแยกออกจากกันได้ มี (Overlapping)
- +3 หมายถึง มีการเกยกันของกระดูกศีรษะทารก ไม่สามารถใช้นิ้วมือแยกออกจากกันได้ มี (severe overlapping) มากกว่า 0.5 ซม.



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	เอกสารเลขที่ SDVH-WI-LR-002	หน้า 10 จาก 13
	แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	วันที่เริ่มใช้ 1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางธนนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด	
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม	

2. ความก้าวหน้าของการคลอด (Progression of labour) เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ประกอบไปด้วย 3 ส่วน

1) การเปิดขยายของปากมดลูก (Cervical dilatation) แบ่งเป็น 2 ระยะ

- ระยะเฉื่อย latent phase เริ่มตั้งแต่การเจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิด 3 ซม. ปกติระยะนี้ไม่ควรนานเกิน 8 ชม. โดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที

- ระยะเร่ง Active phase ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 ซม. ขึ้นไป และปากมดลูกต้องเปิดขยายไม่น้อยกว่า 1 ซม./ชม. ครรภ์แรกปากมดลูกเปิดเฉลี่ย 1.2 ซม./ชม. ส่วนในครรภ์หลัง 1.5 ซม./ชม.

- เส้นเตือนตัว Alert line คือ เส้นทึบที่ลากทแยงจากตำแหน่งที่ปากมดลูกเปิดที่ 3-10 ซม. เส้นนี้จะวัดอัตราเร็วของการเปิดปากมดลูกที่ 1 ซม./ ชม. ดังนั้นกราฟการคลอดปกติจะต้องอยู่ทางด้านซ้ายของเส้นเตือนตัวเสมอ ถ้ากราฟตัดเส้นดังกล่าวแสดงว่าการคลอดเริ่มช้าลงหรือมี Protracted disorder แต่ถ้าปากมดลูกหยุดเปิดขยายไปเลยแสดงว่ามีการหยุดขงกของการคลอด (arrest disorder)

- เส้นปฏิบัติการ Action line คือเส้นทึบที่ลากขนานกับเส้นเตือนตัวไปทางขวา โดยห่างกันเป็นระยะเวลา 4 ชม. ถ้าเส้นกราฟตัดเส้นดังกล่าวจะต้องหาสาเหตุและแก้ไขทันที

- การบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก ให้ทำเครื่องหมาย "X" ให้สัมพันธ์กับเวลา  
ระยะ latent phase ให้บันทึกในช่องเวลาแรกสุด ( 0 ) พร้อมทั้งเขียนเวลากำกับหลังจากนั้นตรวจภายในและบันทึก ทุก 4 ชม.

ระยะ Active phase ให้เริ่มบันทึกบนเส้นเตือนตัว Active line กำกับเวลาไว้ ควรตรวจภายในและบันทึกทุก 4 ชม. อาจถี่ขึ้นเป็นทุก 1-2 ชม.ตามความจำเป็น


ในกรณีระยะ latent phase สั้นกว่า 8 ชม. ให้เคลื่อนย้ายเครื่องหมายกากบาท "x" ไปยังตำแหน่งบนเส้น alert line ด้วยเส้นประรูปโค้ง (transfer line, TR)

2) การเคลื่อนต่ำของศีรษะ (Descent of fetal head) บันทึกในแนวตั้งทางซ้ายมือ กำหนดระดับตำแหน่ง +3 ถึง -2 ใช้เครื่องหมาย " 0 " แทนศีรษะทารก และลากเส้นตรงเชื่อมระหว่าง " 0 "

3) การหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) โดยบันทึก (1)ความถี่ เป็นจำนวนครั้งใน 10 นาที (2) ระยะเวลาหดตัว Duration (3) ความแรง Intensity

ความผิดปกติของ WHO Partograph

1) ระยะ latent phase ยาวนานผิดปกติ Prolonged latent phase โดยถือเอาระยะเฉื่อยที่ยาวนานมากกว่า 8 ชม. ตั้งแต่เริ่มบันทึก ทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง

	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม		
	วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารเลขที่	หน้า 11 จาก 13
	เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	SDVH-WI-LR-002	วันที่เริ่มใช้
		แก้ไขครั้งที่ : 00 --/--/--	1 เมษายน 2564
ผู้จัดทำ : นางชนันท์ ศรีสารคาม	หน่วยงาน : ห้องคลอด		
ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง	ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม		

2) ในกรณีเส้นกราฟตัดผ่านเส้นเตือนตัว Alert line ไปทางขวาและอยู่ระหว่างเส้นเตือนตัว Alert line และเส้นปฏิบัติการ Action line เรียกว่า referral zone แสดงว่าการคลอดเริ่มล่าช้าแต่ถ้าหากเส้นกราฟหยุดไปเลยแสดงว่ามีการหยุดซงักของการคลอด arrest disorder ควรรีบติดตามความก้าวหน้าการเปิดขยายปากมดลูกอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งประเมินทางคลินิกเพื่อหาสาเหตุซึ่งอาจเกิดจากความแรงของการหดตัวของมดลูกไม่ดี ขนาดของทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน (CPD) ท่าของส่วนนำผิดปกติ ผนังน้ำหนัวยังไม่แตกหรือการใช้ยาแก้ปวดมากเกินไป จากนั้นให้รักษาตามสาเหตุ และประเมินซ้ำ หากพบว่าไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้หรือมีภาวะ Fetal distress ต้องพิจารณาคลอดด้วยการผ่าตัด


3) เมื่อเส้นกราฟลากถึงหรือเลยเส้นปฏิบัติการ Action line ต้องรับหาสาเหตุของความล่าช้าในการเปิดขยายของปากมดลูก และให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

#### 6.9 อาการแสดงของการสิ้นสุดของการคลอดระยะที่หนึ่ง

- 1) Positive signs : การตรวจทางช่องคลอดจะคลำไม่พบปากมดลูก
- 2) Probable signs : เป็นการแสดงที่อาจบอกให้ทราบว่าผู้คลอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดได้ แต่ถือเป็นหลักที่แน่นอนไม่ได้ ได้แก่
  - ผู้คลอดมีความรู้สึกอยากเบ่งขณะที่มดลูกมีการหดตัว
  - มีเลือดสีแดงไหลออกทางช่องคลอด (Bloody show)
  - มีการแตกของถุงน้ำ
  - ทวารหนักตุงและถ่างขยายในขณะที่ผู้คลอดเบ่ง แต่จะผลุบเข้าไปเมื่อหยุดเบ่ง
  - ปากช่องคลอดเปิดออกเล็กน้อย
  - มองเห็นส่วนนำของทารกทางช่องคลอด
  - ฝีเย็บตึง ผิวหนังเป็นมันใส

#### 7.ขั้นตอนการให้บริการ

- 1) ดูแลให้ผู้คลอดพักบนเตียงรอคลอด
- 2) วางแผนการดูแลให้คลอดทางช่องคลอด
- 3) ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด และการดูแลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดโดยการประเมินอาการเป็นระยะ ๆ ดังนี้

	<b>โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</b>		
	<b>วิธีปฏิบัติงาน</b> เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด	<b>เอกสารเลขที่</b> SDVH-WI-LR-002	หน้า 12 จาก 13
		<b>แก้ไขครั้งที่ : 00</b> --/--/--	<b>วันที่เริ่มใช้</b> 1 เมษายน 2564
	<b>ผู้จัดทำ :</b> นางธนนันท์ ศรีสารคาม	<b>หน่วยงาน :</b> ห้องคลอด	
<b>ผู้ตรวจสอบ :</b> นางปาริชาติ ดอนบรรจง	<b>ผู้อนุมัติ :</b> นางปาลิตา พูลเพิ่ม		

- ด้านร่างกาย ได้แก่ สัญญาณชีพผู้คลอด การฟังเสียงอัตรการเต้นของหัวใจทารก การตรวจการหดตัวของมดลูก ประเมินอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจภายในช่องคลอด การดูแลความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไปของผู้คลอดตามความเหมาะสม

- ประเมินทางด้านจิตใจ-สังคม (ประเมินในช่วงแรก) ของการคลอด

4) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตาม WHO Partograph และค้นหาความผิดปกติรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของการคลอดทางช่องคลอด

5) หากพบความผิดปกติหรือความล่าช้าของการคลอดเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด รายงานหัวหน้าเวรและรายงานแพทย์เพื่อหาสาเหตุและแพทย์พิจารณาการคลอดที่เหมาะสมต่อไป

## 8.เอกสารอ้างอิง(Reference Document)

ศิริวรรณ แสงอินทร์.(2557). การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด.

พิมพ์ครั้งที่1. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. หน้า 47-56

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2557). การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม3. นนทบุรี : โครงการ

สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

สุกัญญา ปรีสัญญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). การพยาบาลสตรีในระยะคลอด.

พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : บริษัท นันทพันธ์พรินต์ติ้งจำกัด.

สุภาพ ไทยแท้. (2555). การพยาบาลสูติศาสตร์ : ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## 9.ภาคผนวก(Appendix)

- ภาคผนวก 1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอด

- ภาคผนวก 2 แบบบันทึกความก้าวหน้าการคลอด Partograph



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีปฏิบัติงาน  
เรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด

เอกสารเลขที่  
SDVH-WI-LR-002

หน้า 13 จาก 13

แก้ไขครั้งที่ : 00  
--/--/--

วันที่เริ่มใช้  
1 เมษายน 2564

ผู้จัดทำ : นางชนนันท ศรีสารคาม

หน่วยงาน : ห้องคลอด

ผู้ตรวจสอบ : นางปาริชาติ ดอนบรรจง

ผู้อนุมัติ : นางปาลิตา พูลเพิ่ม

คณะผู้จัดทำ

คณะอาจารย์

ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ ดร.สุปิยา

วิริไฟ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน)  
กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม กระทรวงสาธารณสุข

อาจารย์อรุณี

ศรีสุยิ๊ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน)  
กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม กระทรวงสาธารณสุข

นางชนนันท

ศรีสารคาม

พยาบาลวิชาชีพ

นางสาวผกาวรรณ

ฝนดี

พยาบาลวิชาชีพ

นางชุตินา

สีบสุนทร

พยาบาลวิชาชีพ

## คำร้องขอขึ้นทะเบียน ปรับปรุงแก้ไข ยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผู้เสนอขอ

เลขที่

วันที่เสนอ ๒๕/๑๓/๒๕

ทีม/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลสุทธาเวช

เรื่อง  ขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ  ขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ  ขอยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ  คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)  เอกสารสนับสนุน (Support Document)

ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)  แบบฟอร์ม (Form)

วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

เอกสารคุณภาพเรื่อง : การพยาบาลระยะก่อนคลอด

รหัสเอกสารคุณภาพ : SDVH- WI-LR-002 แก้ไขครั้งที่ 00 วันที่บังคับใช้ 1 เม.ย. 2564

เหตุผลในการจัดทำ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลระยะก่อนคลอด

- กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย
- กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่มาด้วย

- ประสงค์ให้เผยแพร่เอกสารคุณภาพ
- ไม่ประสงค์ให้เผยแพร่เอกสารคุณภาพ

ลงชื่อ ณัฐพร ผู้เสนอขอ

( นางธนันท์ ศรีสารคาม )

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยห้องคลอด

ส่วนที่ 2 ผู้ทบทวน	ส่วนที่ 3 ผู้อนุมัติ
<input checked="" type="checkbox"/> เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ เหตุผลและข้อเสนอแนะ _____ เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป ลงชื่อ <u>[Signature]</u> ผู้ตรวจสอบ ( นางปาริชาติ ดอนบรรจง ) ตำแหน่ง รองหัวหน้างานการพยาบาลฝ่ายวิชาการ วันที่ 15 มี.ค. 2564	<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เหตุผลและข้อเสนอแนะ _____ เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป ลงชื่อ <u>[Signature]</u> ผู้อนุมัติ ( นางปาลิตา พูลเพิ่ม ) ตำแหน่ง หัวหน้างานการพยาบาล วันที่ 15 มี.ค. 2564

ส่วนที่ 4 ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบ

ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อ
1 <u>[Signature]</u>	13	25	37	49
2 <u>[Signature]</u>	14	26	38	50
3 <u>[Signature]</u>	15	27	39	51
4 <u>[Signature]</u>	16	28	40	52
5 <u>[Signature]</u>	17	29	41	53
6	18	30	42	54
7	19	31	43	55
8	20	32	44	56
9	21	33	45	57
10	22	34	46	58
11	23	35	47	59
12	24	36	48	60

