

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

เขตสุขภาพที่ 6 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

1. ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

- 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต
- 2) ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจากปี 2560
- 3) ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจาก ปี 2560
- 4) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
- 5) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
- 6) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ
- 7) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 16
- 8) ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
- 9) ร้อยละ 70 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
- 10) ร้อยละจังหวัดที่ใช้โปรแกรม Rapid Pro

2. สถานการณ์

สถานการณ์อัตราการตายมารดา 4 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2557-2560) อัตราส่วนการตายมารดาไทย มีแนวโน้มลดลงจากปี 2557-2559 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เท่ากับ 14.50, 8.30 และ 7.20 ตามลำดับ แต่กลับสูงขึ้นในปีงบประมาณ 2560 โดยพบสูงถึง 22.07 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2557 มีมารดาตาย 7 ราย สาเหตุจากสูติกรรม 5 ราย และไม่ใช่สูติกรรม 2 ราย ปีงบประมาณ 2558-2559 มีมารดาตายปีละ 4 ราย เกิดจากสาเหตุทางสูติกรรมเท่ากับไม่ใช่ทางสูติกรรม คือ อย่างละ 2 รายเท่ากัน แต่ปีงบประมาณ 2560 มีมารดาตายจำนวน 15 คน แบ่งเป็นสาเหตุทางสูติกรรม 10 ราย และไม่ใช่ทางสูติกรรม 5 ราย โดยจังหวัดที่มีการตายมารดามากที่สุด ได้แก่ ชลบุรี (8 ราย) ระยอง (3 ราย) และสมุทรปราการ (3 ราย) สำหรับปีงบประมาณ 2561 ในระยะเวลา 10 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ **13.81** ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน มีมารดาตาย 8 ราย ได้แก่ ชลบุรี 1 ราย, ระยอง 1 ราย, จันทบุรี 1 ราย, สมุทรปราการ 1 ราย, สระแก้ว 2 ราย, และปราจีนบุรี 2 ราย เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ ภาวะ PPH และ PIH อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ HIV Sepsis เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมุ่งเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์ และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรม มีการจัดการรายบุคคลและทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

มีการประชุมทบทวนสาเหตุการตายทุกรายทั้งในระดับโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ ระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อหาสาเหตุการตายและวางระบบป้องกัน ลดปัญหาการตายมารดาที่ป้องกันได้โดยเฉพาะ ซึ่งศูนย์อนามัยเป็น

แกนหลักในการจัดประชุม เชิญอาจารย์แพทย์ทั้งสูติแพทย์ อายุรแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์มาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อวางระบบแนวทางป้องกันมารดาตายในพื้นที่ร่วมกัน โดยปีงบประมาณ 2560 มารดาตายจากสาเหตุทางสูติกรรมจำนวน 10 ราย แบ่งเป็น PPH จำนวน 6 ราย(ร้อยละ 40) , PIH จำนวน 1 ราย(ร้อยละ 6.7) และ AFE จำนวน 3 ราย และมารดาตายที่ไม่ใช่สูติกรรมจำนวน 5 ราย แบ่งเป็น Sepsis จำนวน 2 ราย Heart จำนวน 2 ราย รอดผลจำนวน 1 ราย และในจำนวนนี้มีการตายมารดาไม่ฝากครรภ์จำนวน 2 ราย เป็น Ectopic pregnancy และ Thalasemia b/e PIH Pulmonary edema และปีงบประมาณ 2561 ในรอบ 10 เดือนแรก และได้ทำการสืบสวนการตาย (Dead case conference) ระดับเขต จำนวน 5 ราย เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561 โดยมีจังหวัดและสาเหตุการตายดังนี้ 1) จังหวัดปราจีนบุรี สาเหตุ Respiratory failure with HIV (วันที่ 13 ตุลาคม 2560) 2) จังหวัดระยอง สาเหตุจาก Epilepsy (วันที่ 14 ตุลาคม 2560) 3) จังหวัดชลบุรี สาเหตุ Ruptured aortic Aneurysm(วันที่ 29 ตุลาคม 2560) 4) จังหวัดจันทบุรี สาเหตุจาก Ectopic pregnancy (วันที่ 7 พฤศจิกายน 2560) 5) จังหวัดสระแก้ว จาก Septic shock (วันที่ 14 มกราคม 2561) cละอีก 2 รายที่ยังไม่ได้ทำการสืบสวนการตาย (Dead case conference) ระดับเขต ได้แก่ 1) จังหวัดสมุทรปราการ เป็น Sudden Cardiac arrest : Severe pulmonary Hypertension (วันที่ 14 มกราคม 2561) 2) จังหวัดปราจีนบุรี สาเหตุจาก VSD (unknown) , CHF, RS failure (วันที่ 6 มีนาคม 2561) และ 3) จังหวัดสระแก้ว สาเหตุจาก Acute Metritis (วันที่ 3 กรกฎาคม 2561) ซึ่งจะมีการประชุมสืบสวนการตายระดับในปลายเดือนสิงหาคม 2561

ตารางที่ 1 จำนวนและสาเหตุการตายมารดาไทย

ปี งบประมาณ	จังหวัด								
	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	เขตสุขภาพที่ 6
2557	2=D	1=D 2=I	1=D	0	1=D	0	0	0	7
2558	2=I	2=D	0	0	0	0	0	0	4
2559	1=D	1=D	0	0	0	1=I	1=I	0	4
2560	D=5 I=3	D=1 I=2	0	0	D=3	1=D	0	0	15
2561	I=1	I=1	D=1	0	I=1	0	I=2	I=2	8

D = Direct obstetric ได้แก่ PPH, AFE, PIH, Ectopic pregnancy

I = Indirect obstetric ได้แก่ Sepsis, respiratory failure, HIV , Thalasemia Severe pulmonary Hypertension

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องปีงบประมาณ 2561 (10 เดือนแรก) พบว่าส่วนใหญ่ยังคงดำเนินการไม่ได้ตามเกณฑ์ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60.43 จังหวัดที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์มากที่สุดคือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ 69.28) การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 49.26 จังหวัดที่มีการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์มากที่สุด คือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ 61.05) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง พบร้อยละ 18.07 จังหวัดที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางมากที่สุดคือ จ.ตราด (ร้อยละ 22.52) การได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ 71.09 ภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.78 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 47.48 จังหวัดที่หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์มากที่สุด คือ จ.ตราด (ร้อยละ 64.71) โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กผ่านการประเมินตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 66 แห่ง (ร้อยละ 90.41) และทุกจังหวัดมีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ครบ 3 ครั้งตามเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล 1. HDC วันที่ 17 กรกฎาคม 2561

2. Service Plan Obstetric เขตสุขภาพที่ 6 ข้อมูลไตรมาสที่ 3 วันที่ 17 กรกฎาคม 2561 ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดา ภาวะตกเลือดหลังคลอด
3. คัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ใช้ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงาน พื้นที่ 8 จังหวัดในภาพตะวันออก เป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ (SEZ) และพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจ (EEC) ส่งผลให้มีการย้ายถิ่น เกิดความเป็นเขตเมือง มีประชากรแฝงมากขึ้น โดยมาทำงานในสถานประกอบการต่างๆ ทั้งโรงงาน สถานบริการ และการท่องเที่ยว ส่งผลต่อภาระงานที่มากขึ้น การฝากครรภ์คุณภาพและการคลอดที่ปลอดภัย โดยปีงบประมาณ 2561 รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2560 – มิถุนายน 2561) มีมารดาไทยตาย 3 ราย ที่ฝากครรภ์ในจังหวัดหนึ่งและไปคลอดแล้วตายอีกจังหวัดหนึ่ง

2. การตายของมารดาไทยที่ไม่ใช่สาเหตุทางสูติกรรมมากขึ้น (Indirect cause) ปีงบประมาณ 2561 รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2560 – มิถุนายน 2561) มีมารดาไทยตาย 8 ราย ไม่ใช่สูติกรรม 7 ราย สาเหตุจากโรคหัวใจ 2 ราย, HIV 1 ราย, ลมชัก 1 ราย เป็นต้น ซึ่งถ้ามีระบบการค้นหาความเสี่ยงและดูแลเข้มข้นตั้งแต่ต้น ก็จะสามารถลดปัญหานี้ได้ โดยเฉพาะการต่อในแผนกต่างๆ และระหว่างโรงพยาบาล

3. การดำเนินงานตามแนวทางอย่างจริงจัง ถึงแม้จะมีความเข้มแข็งของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อกำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญในการเฝ้าระวัง ดูแลและแก้ไข ภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ในทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง เช่น การจัด Zoning การจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง การมี Standing order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการใช้ถุงตรวจเลือดอย่างจริงจัง ที่มีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง แล้วมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน โดยใช้ระบบของ PDCA

4. ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด 3 D ได้แก่ ต้องมีการวินิจฉัยปัญหาของผู้มารับบริการให้เร็ว (ลด Delay Detection) การตัดสินใจทั้งการรักษาต่างๆให้เร็วและทันท่วงที (ลด Delay Decision) และถ้ามีการส่งต่อระหว่างแผนกหรือระหว่างโรงพยาบาล ควรดำเนินการให้เร็ว (Delay Refer) รวมทั้งการสื่อสารนโยบายสำคัญให้ถึงผู้บริหารและผู้ปฏิบัติหน้างานในทุกระดับ โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ สุนัขแพทย์ที่เป็นผู้นำในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติของพื้นที่ในการดูแลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ได้ตามมาตรฐาน มีการติดตาม กำกับและประเมินผลงานของพื้นที่ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอและจังหวัด

5. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานโดยเฉพาะท้องถิ่นและชุมชน เน้นการดำเนินงานเชิงรุกเนื่องด้วยหญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมสำคัญมากและจะช่วยให้งานสำเร็จทั้งฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบ การคัดกรองภาวะเสี่ยง ระบบส่งต่อที่รวดเร็ว การสื่อสารนโยบาย การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	ควรดำเนินการถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนงานสู่ผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงเป็นระยะๆ และติดตามประเมินผลว่านโยบายที่ถ่ายทอดไปนั้นถึงผู้ปฏิบัติหรือไม่และผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจดีและสามารถปฏิบัติได้	-
การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันแก้ปัญหาเรื่องระบบการรายงานข้อมูลอย่างจริงจัง และสรุปผลเสนอผู้บริหารทุกครั้ง เพื่อการดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง	-
การพัฒนากระบวนการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ความเข้มข้นของการค้นหาความเสี่ยงทั้งการมาฝากครรภ์ครั้งแรกและระหว่างการตั้งครรภ์ จะต้องมีการประเมิน ติดตามและดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งมีระบบของการส่งต่อด้วยทั้งระหว่างแผนก และระหว่างโรงพยาบาลด้วย - ถ้าเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีโรคเรื้อรังต่างๆมาก และเป็น High Risk ขอความร่วมมือแพทย์อายุรกรรมแนะนำและให้คำปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ และการทำหมัน เพราะเมื่อตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงสูงมากทั้งมารดาและทารกจนอาจถึงเสียชีวิตได้ - การดำเนินการให้บริการตามมาตรฐาน มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรองจากทีมระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอตามลำดับ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างเครือข่ายและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการของเครือข่าย - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้บริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมินมาตรฐานและผู้ปฏิบัติ ANC&LR - การวางระบบดูแลเพื่อป้องกันมารดาตาย โดยเฉพาะการดูแลในช่วงเวรดึก และวันหยุดที่มีอัตรากำลั้งน้อย และการฝึกอบรมแพทย์หมุนเวียนที่ไม่มีประสบการณ์งานสูติกรรม - การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ 	-
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้เรื่องภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษาก่อนมีบุตร - การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยเจริญพันธ์ตั้งแต่วัยรุ่น วัยรุ่น และการให้ความรู้กับครอบครัว ชุมชน เครือข่าย 	-
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมใน	- การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ทั้งจังหวัด	-

<p>การดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ ของครอบครัว ชุมชน</p>	<p>(Provincial Network Classification :PNC) ในทุกจังหวัด -ส่งเสริมการดำเนินงานแบบการบูรณาและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี ทุกภาคส่วนในพื้นที่ ตั้งแต่ ครอบครัว โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ อปท วัดและชุมชน</p>	
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

๖. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

1. ระยอง :

1.1 “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ตำบลพลองตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง โดยใช้มาตรการทางสังคมเพื่อส่งเสริม Early and Complete ANC / นมแม่ / ใฝ่ระวังแม่ตาย / พัฒนาการ

1.2 อำเภอแม่ อำเภอวังจันทร์

1.3 นามบัตร อสม. CUP บ้านฉาง

2. จันทบุรี :

2.1 การใช้วงล้อประเมินน้ำหนักแม่ตั้งครรภ์เพื่อลด LBW ที่ อ.มะขาม จ.จันทบุรี

2.2 ตำบลต้นแบบพัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ ขับเคลื่อนโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตำบลพัฒนาการดี เริ่มที่นมแม่ ที่ตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

3. สระแก้ว :

3.1- LR SK Strong การอบรมพยาบาลห้องคลอดทุกแห่ง และมีระบบติดตามและให้คำปรึกษา

3.2 การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น และโรงพยาบาลคลองหาด ด้วยการให้วิตามิน ซี ร่วมกับยา Triferdine

4. สมุทรปราการ

4.1 MCH B เข้มแข็งมากและเชื่อมโยงการทำงานทั้งในระดับ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ในการแก้ปัญหาการตาย

4.2 สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดและใช้ CPG ของการใช้ยา Progesterone ในรพ.ทุกระดับ

4.3 จังหวัดนำร่องระดับประเทศ ในการรับรองมาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งจังหวัด (Provincial Network Certification :PNC) ของ สรพ.

5. ฉะเชิงเทรา

5.1 “Patient Safety in Obstetrics” ของโรงพยาบาลแปลงยาว เป็นการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันการตกเลือดและดูแลมารดาตกเลือดให้ปลอดภัย ผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบบริการในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดพบว่าอัตราการตกเลือดยังคงมีอยู่ แต่ไม่มีอัตราการตายของมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด

5.2 “การพัฒนาคุณภาพเพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอด” ของโรงพยาบาลพุทธโสธร

ผู้รายงาน นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน 7 สิงหาคม 2561
เบอร์โทร 089 0227470 E-mail : pensri0701@gmail.com