

บทสรุปสำหรับผู้บริหารปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒

ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย : สุขภาพแม่และเด็ก

ระดับเขตสุขภาพที่ ๗

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๓.๑ : สุขภาพแม่และเด็ก

๑. ประเด็น: สุขภาพแม่

๑.๑ เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย : อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

ผลลัพธ์ : ๓๑.๘๔ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๑. ๒ สรุปสถานการณ์

สถานการณ์อัตราการส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ เท่ากับ ๒๑.๓๖ , ๒๖.๑๓, ๑๑.๒๕, ๑๙.๒๙, และ ๑๖.๔๗ ตามลำดับ และ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ช่วง ๙ เดือนแรก มีมารดาเสียชีวิต ๘ ราย คิดเป็นอัตราการส่วนการตายของมารดา เท่ากับ ๓๑.๘๔ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนชีพ จากสาเหตุการเสียชีวิตคือ ๑) จังหวัดกาฬสินธุ์ มีมารดาเสียชีวิต ๒ ราย : Abortion และ Suicide ๒) จังหวัดร้อยเอ็ด มีมารดาเสียชีวิต ๑ ราย : Pulmonary embolism และ ๓) จังหวัดขอนแก่นมีมารดาเสียชีวิต ๕ ราย: ไม่ทราบสาเหตุ ๒ ราย ใช้สารเสพติด ๑ ราย HIV ๑ ราย และ Brain tumor ๑ ราย ผลการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ ๑) กระบวนการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากร ระบบการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแนวทางเฉพาะด้าน เช่น การติดสารเสพติด และการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต (Delay in receiving adequate health care) ๒) ความตระหนักและรอบรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดหรือหลังทำหัตถการของแม่ (Delay in decision to seek care) คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดได้บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม และอายุรกรรม มีการจัดประชุม MMR Conference วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาปัญหาอุปสรรค วางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหารวม ทั้ง ๓ ราย นอกจากนี้ MCH Board ระดับเขตได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติกรรม และอายุรกรรม เพื่อวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงานระดับเขต และถ่ายทอดมาตรการที่เพิ่มขึ้นจากเดิมและมาตรการเดิมให้ทุกโรงพยาบาลทุกพื้นที่ดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องทั้งระบบ มีการจัดประชุม MMR Conference วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาปัญหาอุปสรรค วางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรการคัดกรอง หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๘ ๙.๘๘ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๘๔.๙๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ ๑๓.๐๐ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางช่วงอายุครรภ์ ๓๒-๓๔ ร้อยละ ๑๒.๑๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ ๘ ๖.๖๘ และ ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๗๙.๙๗ จึงมุ่งเน้นคุณภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และหญิงหลังคลอด โดยการทบทวนแนวทางการดูแลภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และการพัฒนาทักษะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

๑.๓ ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๑.๓.๑ การดูแลหญิงวัยเจริญและหญิงตั้งครรภ์กลุ่มโรคทางอายุรกรรมและโรคทางจิตเวชยังไม่ครอบคลุม
- ๑.๓.๒ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดสารเสพติดไม่ครอบคลุม
- ๑.๓.๓ หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ

๑. ๔ ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ๑.๔.๑ การดูแล หญิงวัยเจริญและหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มโรคทางอายุรกรรมและโรคทางจิตเวชต้องพบสูติแพทย์เพื่อคุมกำเนิดที่โรงพยาบาล
- ๑.๔.๒ อสม. และรพ.สต. ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเข้าระบบการดูแล หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อเข้าสู่ระบบ RSA
- ๑.๔.๓ ขับเคลื่อนการใช้ Guideline ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลทุกระดับ
- ๑.๔.๔ ทำ RCA ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี
- ๑.๔.๕ เพิ่มช่องทางคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่นโดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเพิ่ม Stockยาฝังคุมกำเนิดทุกโรงพยาบาล

๑. ๕ ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑.๕.๑ ประเด็น: สร้าง HL การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็น Best Practice กำลังขยายผลให้ครอบคลุม
 - ๑) มีกิจกรรมเชิงรุกฝังยาคุมที่ รพ.สต. และโรงเรียน (จ.ร้อยเอ็ด, จ. มหาสารคาม)
 - ๒) ติดตามแนวทางการดูแลหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีหลังคลอดหรือหลังแท้งเพื่อได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร
- ๑.๕.๒ ประเด็น : คุณภาพบริการวัยรุ่นในสถานบริการที่เชื่อมโยงกับชุมชน
 - ๑) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดและระดับอำเภอ
 - ๒) มีการวิเคราะห์ข้อมูล คืบข้อมูลและให้ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัด
 - ๓) ออกประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และอำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ ฉบับบูรณาการ Re-accreditation
- ๑.๕.๓ ประเด็น : ระบบเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์
 - ๑) จังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนา PNC เพื่อลดการตายมารดา ในขั้นตอนการประเมินตนเอง พัฒนา ทีม ระบบเครือข่ายการส่งต่อ และกำลังพัฒนาในส่วนของชุมชน
 - ๒) การใช้ระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์โดยจังหวัดมหาสารคามใช้ โปรแกรม Save mom, จังหวัดร้อยเอ็ดโดยใช้ โปรแกรม Nemocare และจังหวัดขอนแก่นใช้โปรแกรม ANC High risk การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยพัฒนาโปรแกรม ANC high risk
 - ๓) มีการนำ Early Warning Signs มาใช้ในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

๔) สร้างกระแสเชิญชวนเข้าร่วม “โปรแกรมอย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้ แก่หญิงตั้งครรภ์ผ่าน face book สื่อโทรทัศน์ และวิทยุ

๕) มีระบบกำกับติดตาม โดย MCH Board CIPO ทุกเดือน

๑.๕.๔ ประเด็น : พัฒนาระบบบริการและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ

๑) ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสตรีกรรมและกุมารเวชกรรม มีจัดประชุมทุก ๒-๓ เดือน จัดทำแผนปฏิบัติการโครงการสร้างเสริมสุขภาพมารดา ทารก และพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็ก มีการจัดประชุมทุกเดือน

๒) จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดา /งานอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด ปัญหาอุปสรรค และแนวทาง ป้องกันและ แก้ไขปัญหาทั้งระดับพื้นที่ ระดับจังหวัดและระดับเขต นำมาสู่แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายมารดาและทารก

๓) มีการประเมินตนเองเพื่อเตรียมรับรองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กทุกโรงพยาบาล

๔) ใช้เกณฑ์การดูแลกลุ่มเสี่ยงตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง

๕) มีขั้นตอนปฏิบัติ (Guide line) และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

๑. ๖ นวัตกรรม/Best practice

๑.๖.๑ การใช้ระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์โดยจังหวัดมหาสารคามใช้โปรแกรม

Save mom, จังหวัดร้อยเอ็ดโดยใช้ โปรแกรม Nemocare และจังหวัดขอนแก่นใช้โปรแกรม ANC High risk การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยพัฒนาโปรแกรม ANC high risk

๑.๖.๒ การใช้และพัฒนา Early warning signs .ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทุกจังหวัด

๑.๖.๓ จังหวัดกาฬสินธุ์ พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด

๑.๖.๔ จังหวัดมหาสารคาม บริหารจัดการให้มี Stock ยาฝังคุมกำเนิดทุกโรงพยาบาล และจัดบริการเชิงรุก ฝังยาคุมทุก รพ.สต. ใน อ.เมือง

๑.๖.๕ จังหวัดร้อยเอ็ด มีรูปแบบการขับเคลื่อน พรบ.ป้องกันการตั้งครรภ์ ๖ ๕ กระทรวง (ระดับประเทศ)

๒. ประเด็น : สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๒, ๓ : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี พัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้และสูงดีสมส่วน

๒. ๑ เป้าหมาย และผลงาน

๒.๑.๑ ร้อยละ ๙๐ ของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ผลงาน ร้อยละ ๙๖.๙๕

๒.๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ผลงาน ร้อยละ ๓๙.๐๗

๒.๑.๓ ร้อยละ ๙๐ ของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ผลงาน ร้อยละ ๙๓.๖๘

๒.๑.๔ ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ ผลงาน ร้อยละ ๗๓.๗๐

๒.๑.๕ ร้อยละ ๖๐ ของเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ผลงาน ร้อยละ ๗๓.๕๐

๒. ๒ สรุปสถานการณ์

สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัยจากรายงานข้อมูลในระบบ HDC รอบ ๙ เดือน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ (ต.ค. ๒๕๖๒-ก.ค. ๒๕๖๓ ณ ๓๑ ก.ค. ๒๕๖๓) พบว่า เขตสุขภาพที่ ๗ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้และสูงตีสมส่วนผ่านค่าเป้าหมายทั้ง ๕ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๑) เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ ๙๖.๙๕ ๒) เด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๓๙.๐๗ ๓) เด็ก ๐ - ๕ ปี ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๓.๖๘ ๔) เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ร้อยละ ๗๓.๗๐ โดยพบประเด็นที่เป็นข้อสังเกตจากการตรวจราชการ คือ จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าเป้าหมายมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และแม้ว่าทุกจังหวัดจะสามารถติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าได้เพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงกระตุ้นครบเกณฑ์ได้ค่อนข้างน้อย (น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) โดยสาเหตุของปัญหาจะได้ดำเนินการค้นหาสาเหตุเชิงลึกและวางแผนแก้ไขปัญหาเชิงระบบต่อไป ๕) เด็ก ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน ร้อยละ ๗๓.๕๐ และพบประเด็นที่เป็นข้อสังเกตจากการตรวจราชการ คือ เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มของภาวะอ้วน (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ร้อยละ ๙.๙, ๑๔.๑ และ ๗.๗) ภาวะอ้วน (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ร้อยละ ๙.๐, ๑๐.๒ และ ๖.๕) และภาวะผอม (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ร้อยละ ๕.๔, ๖.๐ และ ๔.๑) ลดลง นอกจากนี้ผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต พบว่า มีการดำเนินงาน ร้อยละ ๖๓.๖ (๕๖๔ แห่ง) ไม่มีการละเมิดพบ.ควบคุม การส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ในพื้นที่

๒.๓ ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๒.๓.๑ ขาดความครอบคลุมของการดำเนินงาน “มหัศจรรย์ ๑๐๐๐วัน” และ “เล่นเปลี่ยนโลก” ในระดับตำบล

๒.๓.๒ ขาดความครอบคลุมของการประเมินตนเองของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทุกสังกัดตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๒.๓.๓ ผู้ปกครองและชุมชนในบางพื้นที่ยังขาดความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัย

๒.๓.๔ การให้น้ำเสริมธาตุเหล็กในบางจังหวัด (กาฬสินธุ์) ไม่ครอบคลุม

๒.๓.๕ เครื่องวัดส่วนสูง/ความยาว เครื่องชั่งน้ำหนัก และตุ้มน้ำหนักมาตรฐานในชุมชนยังไม่ครอบคลุม

๒.๓.๖ ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.สต., รพช. และโรงพยาบาลระดับจังหวัด ยังไม่ชัดเจน

๒.๓.๗ การย้ายหรือเปลี่ยนงานของผู้รับผิดชอบหลัก ส่งผลให้การดำเนินงานในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการทำได้ไม่ต่อเนื่อง

๒. ๔ ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๒.๔.๑ สำหรับพื้นที่

๑) ขับเคลื่อน&ดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกๆ ต่อเนื่องและขยายให้ครอบคลุม
๒) สร้างเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ&โภชนาการเด็กปฐมวัยแก่ผู้ปกครอง แกนนำครู ผู้ดูแลเด็ก ครูอนุบาล ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/โรงเรียน และ อสม. ให้ครอบคลุม

๓) ผลักดันร่วมพัฒนาและติดตามการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสังกัดตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๔) สนับสนุนการสร้างลานเล่นทุกชุมชน

๕) ประสานภาคีเครือข่ายจัดหาเครื่องวัดส่วนสูง/ความยาว เครื่องชั่งน้ำหนัก และตุ้มน้ำหนัก
มาตรฐานให้ครอบคลุมทุกชุมชน

๖) กำหนดแนวปฏิบัติและสร้าง ระบบ coaching & monitoring ข้อมูลที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกัน
ตั้งแต่ระดับ รพ.สต. จนถึงระดับจังหวัด

๒.๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) สนับสนุนคู่มือ DSPM อย่างเพียงพอและครอบคลุมเป้าหมายเด็กปฐมวัยใน รพ.เอกชน

๒) พัฒนาสื่อ/นวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้การส่งเสริมพัฒนาการ&โภชนาการเด็กปฐมวัย

๓) เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลประเมินตนเองของ สพด.ทุกสังกัดตามมาตร ฯ ชาติ เพื่อนำมาใช้
วางแผนสนับสนุนการพัฒนาตามมาตรฐานที่กำหนดต่อไป

๒. ๕ ปัจจัยความสำเร็จ

๒.๑ ๕.๑ การผลักดันตัวชี้วัดดำเนินงานด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เป็นวาระจังหวัด โดยผู้บริหารทุกระดับ
ให้การสนับสนุนและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

๒.๕.๒ การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ เพื่อการ
ระดมทรัพยากรและสนับสนุนการดำเนินงาน

๒.๕.๓ การมีต้นแบบที่ดีและประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและภาวะ
โภชนาการเด็กปฐมวัยทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลที่สามารถขยายผลต่อไปในพื้นที่ได้

๒.๕.๔ มี PG เด็กและวัยรุ่น ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการในพื้นที่เป็นรูปธรรมได้มาก
ยิ่งขึ้น

ผู้รับผิดชอบ/ ผู้เขียนรายงานผล

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	Email
๑.	พญ.สุจิรา ขวาแค้น	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๘๕๖๐๓๘๖๐	Sujira_jiw@hotmail.com
๒.	นางทัศนีย์ รอดชมภู	นวก.สาธารณสุขเชี่ยวชาญ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๗๑๑๒๐๗๕	tassanee.r@anamai.mail.go.th
๓	นพ.ชนัดถ์ มาลัยกนก	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๐๔๐๐๑๙๑๘	Bamboo2345@hotmail.com
๔	นางธัญลักษณ์ วัฒนศิริธรรม	นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๙๙๔๕๙๒๕๙๒	Tanyarak55@gmail.com
๕.	ดร. ธิโสภิญ ทองไทย	นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๐๓๕๙๘๑๘	thisophin@gmail.com
๖	นส.จันทิยา เนติวิทย์ธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๗๑๒๓๔๕๔	Janthiya183@hotmail.com
๗.	นส.ยุวนา ไชวพันธ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗	๐๘๖๗๖๗๓๕๗	Oiloo427@gmail.com