

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร  
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

### ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

#### Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit; FS-ICU 24R©

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) ของสมาชิกครอบครัวของท่าน

เนื่องจากสมาชิกครอบครัวของท่านเคยเป็นผู้ป่วยในไอซียูแห่งนี้ และท่านได้ถูกบันทึกชื่อในฐานะญาติที่ใกล้ชิดที่สุดหรือญาติสายตรง คำถามด้านล่างนี้ จะสอบถาม “ท่าน” เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดในไอซียูของสมาชิกครอบครัวของท่าน เราเข้าใจเป็นอย่างดีว่าอาจจะมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ หลายคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสมาชิกครอบครัวของท่าน อีกทั้งยังอาจมีข้อจำกัดในบางกรณี อย่างไรก็ตาม เราสนใจที่จะรับฟัง “การประเมินในภาพรวมของท่าน” ต่อคุณภาพของการดูแลรักษาที่เราได้ให้ไว้ ทั้งนี้ทางเราตระหนักว่าท่านและสมาชิกครอบครัวของท่านอาจจะกำลังเผชิญช่วงเวลาแห่งความยากลำบาก เราจึงใคร่ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง หากท่านจะกรุณาสละเวลากรอกแบบสอบถามฉบับนี้ เพื่อบอกให้เราทราบถึงสิ่งที่เราทำได้ดีแล้วหรือข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงในอนาคต ท่านสามารถมั่นใจได้ว่าข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ แพทย์และพยาบาลที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวท่านจะไม่สามารถระบุที่มาของคำตอบที่ได้จากการทำแบบสอบถามครั้งนี้

#### ส่วนที่ 1: ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละข้อ หากคำถามข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลของสมาชิกในครอบครัวท่าน กรุณาเลือกช่องที่ระบุว่า “ไม่มีความเห็น”

เราให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของท่าน (ในฐานะผู้ป่วย) อย่างไร	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ เล็กน้อย	พอใจ	พอใจ มาก	พอใจ ที่สุด	ไม่มี ความเห็น
1. ความเป็นห่วงเป็นใยและความใส่ใจของทีมผู้ให้การ รักษาในไอซียู: ความสุภาพ ความเคารพ และความเห็น อกเห็นใจที่มีต่อสมาชิกครอบครัวของท่าน (ในฐานะผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
2. การดูแลอาการผู้ป่วย: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูได้ ประเมินและให้การดูแลอาการสมาชิกครอบครัวของท่านได้ ดีเพียงใด	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ เล็กน้อย	พอใจ	พอใจ มาก	พอใจ ที่สุด	ไม่มี ความเห็น
a. ความเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b. หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c. ความกระวนกระวาย / กระสับกระส่าย	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

**เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร**  
**ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เขารับการรักษาในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)**

เราให้การดูแลท่าน (ในฐานะญาติผู้ป่วย) อย่างไร	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ เล็กน้อย	พอใจ	พอใจ มาก	พอใจ ที่สุด	ไม่มี ความเห็น
3. การคำนึงถึงความต้องการของท่าน: ทีมผู้ให้การ รักษาในไอซียูแสดงความสนใจต่อความต้องการของท่านได้ ดีเพียงใด	□1	□2	□3	□4	□5	□
4. การประคับประคองด้านอารมณ์: ทีมผู้ให้การรักษา ในไอซียูให้การประคับประคองด้านอารมณ์แก่ท่านได้ดี เพียงใด	□1	□2	□3	□4	□5	□
5. การประสานงานกันในการดูแลรักษา: ทีมผู้ให้ การรักษาในไอซียูทำงานร่วมกันเพื่อดูแลสมาชิกครอบครัว ของท่านได้ดีเพียงใด	□1	□2	□3	□4	□5	□
6. ความเป็นห่วงเป็นใยและความใส่ใจของทีมผู้ให้การ รักษาในไอซียู: ความสุภาพ ความเคารพ และความเห็น อกเห็นใจที่มีต่อท่าน	□1	□2	□3	□4	□5	□
<b>ทีมผู้รักษา:</b> ท่านมีความพึงพอใจทีมผู้รักษามากน้อย เพียงใด	□1	□2	□3	□4	□5	□
7. ทักษะและความชำนาญของทีมพยาบาลไอซียู: ทีมพยาบาลไอซียูให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของท่านได้ดี เพียงใด	□1	□2	□3	□4	□5	□
8. ความถี่ของการสื่อสารกับทีมพยาบาลไอซียู: ทีมพยาบาลไอซียูได้สนทนากับท่านเกี่ยวกับอาการของ สมาชิกครอบครัวของท่านบ่อยเพียงใด	□1	□2	□3	□4	□5	□
9. ทักษะและความชำนาญของทีมแพทย์ไอซียู: ทีมแพทย์ไอซียูให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของท่านได้ดี เพียงใด	□1	□2	□3	□4	□5	□
<b>ที่พักรับรองญาติ</b>	□1	□2	□3	□4	□5	□
10. บรรยากาศของที่พักรับรองญาติของไอซียูเป็น อย่างไร	□1	□2	□3	□4	□5	□

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร  
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

ห้องไอซียู	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ เล็กน้อย	พอใจ	พอใจ มาก	พอใจ ที่สุด	ไม่มี ความเห็น
11. บรรยากาศของไอซียูเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
12. ความพึงพอใจต่อการที่ท่านได้มีส่วนร่วมกับทีมผู้ดูแลรักษาในแต่ละวัน	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
13. ความพึงพอใจต่อการที่ท่านได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสมาชิกครอบครัวของท่านที่กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
14. ผู้ป่วยบางท่านต้องการการรักษาทุกสิ่งทุกอย่าง ในขณะที่บางท่านไม่ต้องการการรักษาอะไรมากมาย ท่านมีความพึงพอใจเพียงใดต่อระดับหรือความมากน้อยของการรักษาพยาบาลที่สมาชิกครอบครัวของท่านได้รับจากทีมงานไอซียู	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

**เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร**  
**ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)**

**ส่วนที่ 2: ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต**

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยระยะวิกฤต

แบบสอบถามในส่วนนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสมาชิกครอบครัวของท่าน ซึ่งอาจจะได้รับการดูแลจากผู้ให้การรักษาหลายๆ ฝ่ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) ในขณะที่ท่านตอบคำถามในส่วนนี้ เราใคร่ขอให้ท่านระลึกถึงภาพรวมของการดูแลรักษาที่สมาชิกครอบครัวของท่านได้รับ

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลรักษา	ไม่พอใจ มาก <input type="checkbox"/> 1	ไม่พอใจ เล็กน้อย <input type="checkbox"/> 2	พอใจ <input type="checkbox"/> 3	พอใจ มาก <input type="checkbox"/> 4	พอใจ ที่สุด <input type="checkbox"/> 5	ไม่มี ความเห็น <input type="checkbox"/>
<b>15. ความถี่ของการสื่อสารกับทีมแพทย์ไอซียู:</b> ทีมแพทย์ไอซียูได้สนทนากับท่านเกี่ยวกับอาการของสมาชิกครอบครัวของท่านบ่อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<b>16. ความสะดวกในการได้รับข้อมูล:</b> ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูมีความเต็มใจในการตอบคำถามของท่านมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<b>17. ความเข้าใจในการให้ข้อมูล:</b> ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูสามารถให้คำอธิบายที่ช่วยให้ท่านเข้าใจได้มากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<b>18. ความซื่อสัตย์ของข้อมูล:</b> ทีมผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลกับท่านเกี่ยวกับอาการของสมาชิกครอบครัวของท่านอย่างซื่อสัตย์มากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<b>19. ความสมบูรณ์ของข้อมูล:</b> ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูแจ้งให้ท่านทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และเหตุผลที่ต้องทำสิ่งต่าง ๆ แก่สมาชิกครอบครัวของท่านได้ดีเพียงใด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<b>20. ความสอดคล้องของข้อมูล:</b> แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในไอซียูให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของสมาชิกครอบครัวของท่านได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

**เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร**  
**ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)**

**กระบวนการของการตัดสินใจ**

ในระหว่างที่สมาชิกครอบครัวของท่านเข้ารับการรักษาในไอซียู มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่สำคัญหลายครั้ง คำถามด้านล่างนี้ ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ

**21. ท่านรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือไม่**

- 1 ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณก็กดดันจากกระบวนการตัดสินใจอย่างมาก
- 2 ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณก็กดดันจากกระบวนการตัดสินใจบ้าง
- 3 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่า ทั้งได้เข้าร่วม หรือถูกกดดันจากกระบวนการตัดสินใจ
- 4 ข้าพเจ้ารู้สึกได้เข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจบ้าง
- 5 ข้าพเจ้ารู้สึกได้เข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างมาก

**22. ท่านรู้สึกว่า ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจในระหว่างกระบวนการตัดสินใจหรือไม่**

- 1 ข้าพเจ้ารู้สึกถูกละเลยโดยตลอด ในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ
- 2 ข้าพเจ้ารู้สึกถูกละเลยบ้าง ในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ
- 3 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่า ทั้งถูกละเลย หรือได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจระหว่างกระบวนการตัดสินใจ
- 4 ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจระหว่างการตัดสินใจ
- 5 ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจอย่างมากในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ

**23. ท่านรู้สึกว่า ท่านมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาสมาชิกครอบครัวของท่านหรือไม่**

- 1 ข้าพเจ้ารู้สึกว่า ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเลย โดยที่โรงพยาบาลและทีมผู้ให้การรักษาเป็นผู้ตัดสินใจแทน
- 2 ข้าพเจ้ารู้สึกว่า ไม่ค่อยมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยที่โรงพยาบาลและทีมผู้ให้การรักษาเป็นผู้ตัดสินใจแทน
- 3 ข้าพเจ้าไม่ได้รู้สึกว่า มีอำนาจ หรือไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ
- 4 ข้าพเจ้ารู้สึกว่า มีอำนาจในการตัดสินใจบ้าง
- 5 ข้าพเจ้ารู้สึกว่า มีอำนาจในการตัดสินใจเป็นอย่างดี

**24. ในขณะที่ทำการตัดสินใจ ท่านมีเวลาเพียงพอที่จะชี้แจงข้อกังวล และได้รับคำตอบจากคำถามที่สงสัยหรือไม่**

- 1 ข้าพเจ้าได้รับเวลาไม่เพียงพอเป็นอย่างมาก
- 2 ข้าพเจ้าได้รับเวลาไม่ค่อยเพียงพอ
- 3 ข้าพเจ้าได้รับเวลาอย่างเพียงพอ
- 4 ข้าพเจ้าได้รับเวลาค่อนข้างเกินพอ
- 5 ข้าพเจ้าได้รับเวลาเกินพอไปมาก

**เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร**  
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

หากสมาชิกครอบครัวของท่านเสียชีวิตในระหว่างเข้ารับการรักษาในไอซียู กรุณาตอบคำถาม ข้อ 25-27 (หากสมาชิกครอบครัวของท่านไม่ได้เสียชีวิต กรุณาข้ามไปตอบข้อ 28)

**25. ตัวเลือกใดต่อไปนี้จะแสดงถึงความคิดเห็นของท่านได้ดีที่สุด**

- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับการย้ระยะเวลาการเสียชีวิตอย่างไม่สมควร
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับการย้ระยะเวลาการเสียชีวิตอย่างไม่สมควรเล็กน้อย
- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับการย้ระยะเวลาการเสียชีวิต หรือเสียชีวิตเร็วเกินไปอย่างไม่สมควร
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวเสียชีวิตเร็วเกินไปอย่างไม่สมควรเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวเสียชีวิตเร็วเกินไปอย่างไม่สมควร

**26. ในช่วงไม่กี่ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตของสมาชิกครอบครัวของท่าน ตัวเลือกใดต่อไปนี้จะแสดงถึงความคิดเห็นของท่านได้ดีที่สุด**

- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความไม่สุขสงบเป็นอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความไม่สุขสงบเพียงเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวค่อนข้างสุขสงบ
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความสุขสงบเป็นอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความสุขสงบอย่างที่สุด

**27. ระหว่าง 2-3 ชั่วโมงสุดท้ายก่อนที่สมาชิกครอบครัวของท่านจะเสียชีวิต ตัวเลือกใดต่อไปนี้จะแสดงถึงความคิดเห็นของท่านได้ดีที่สุด**

- ข้าพเจ้ารู้สึกถูกทอดทิ้งโดยทีมผู้ให้การรักษาอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกถูกทอดทิ้งโดยทีมผู้ให้การรักษาบ้าง
- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกทั้งถูกทอดทิ้ง หรือได้รับการประคับประคองโดยทีมผู้ให้การรักษา
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการประคับประคองโดยทีมผู้ให้การรักษาบ้าง
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการประคับประคองโดยทีมผู้ให้การรักษาอย่างมาก

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร  
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

28. ท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในไอซียูให้ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

29. ท่านมีความคิดเห็นว่ามีผู้ให้การรักษาทำอะไรดีแล้วบ้าง

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

30. กรุณาให้ความเห็นหรือคำแนะนำเพิ่มเติม ที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์ต่อทีมผู้ให้การรักษาในหอผู้ป่วย  
วิกฤตแห่งนี้

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร  
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

ข้อมูลทั่วไป:

กรุณากรอกคำตอบด้านล่างนี้เพื่อช่วยให้เราเข้าใจเกี่ยวกับตัวท่านและความสัมพันธ์ของท่านต่อผู้ป่วยพอสังเขป

1. ข้าพเจ้าเป็น:  ผู้ชาย  ผู้หญิง  อื่นๆ
2. ข้าพเจ้าอายุ: \_\_\_\_\_ ปี
3. ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ:  
 ภรรยา สามี  คู่รัก  
 มารดา  บิดา  พี่สาว / น้องสาว  พี่ชาย / น้องชาย  
 บุตรสาว  บุตรชาย  อื่น ๆ (โปรดระบุ) : \_\_\_\_\_
4. ก่อนหน้าเหตุการณ์ครั้งล่าสุดนี้ เคยมีสมาชิกครอบครัวของท่านเป็นผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) หรือไม่  
 เคย  ไม่เคย
5. ท่านพักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  
หากไม่ใช่ ท่านได้พบเจอกับผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน โดยเฉลี่ย  
 มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์  สัปดาห์ละครั้ง  เดือนละครั้ง  ปีละครั้ง  น้อยกว่าปีละครั้ง
6. ท่านพักอาศัยอยู่ที่ใด  
 ในตัวเมืองที่โรงพยาบาลตั้งอยู่  นอกตัวเมือง
7. ท่านจบการศึกษาในระดับใด  
 ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษา  
 ระดับมัธยมศึกษา  
 ระดับวิทยาลัย ปวช. ปวส. หรือเทียบเท่า  
 ระดับปริญญาตรี  
 ระดับสูงกว่าปริญญาตรี