**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุ เหล็กในเด็ก**

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) **อปท.** มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก** ในปีงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**หลักการเหตุผล** ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ ภาวะที่ร่างกายมีการขาดหรือพร่องธาตุเหล็กซึ่งทำให้มีปริมาณธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้เป็นผลให้ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ จะพบว่ามีอาการซีดของเล็บและเปลือกตาด้านในด้วย

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ระหว่างปีพ.ศ.2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS) เด็กไทยกลุ่มปฐมวัยมีความชุกโลหิตจางสูงในเขตชนบทถึงร้อยละ 41.7 และเขตเมืองมีความชุกร้อยละ 26 โลหิตจางในเด็กมีสาเหตุหลักมาจาก 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่พียงพอในขณะที่ร่างกายเด็กกำลังเจริญเติบโตจึงต้องการธาตุเหล็กมากขึ้น และ 2) สาเหตุจากการเสียเลือด อาจเกิดเฉียบพลัน เช่น เลือดออกจากแผลอุบัติเหตุต่างๆ หรือจากเลือดออกเรื้อรัง เช่น พยาธิปากขอ มีแผลในกระเพาะอาหาร และการเสียเลือดจากประจำเดือนในเด็กหญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น ทั้งนี้ การขาด/พร่องธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ก่อ ให้เกิดโลหิตจางในเด็ก และเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของภาวะขาดสารอาหาร ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ธาตุเหล็กมีมากในสมองเป็นส่วนประกอบของไมอีลินชีท นิวโรทรานสมิตเตอร์ และมีส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงส่งผลเสียต่อการทำงานด้านกายภาพ การสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเจ็บป่วย และพัฒนาการของสมองของเด็กก่อนวัยเรียน โดนเฉพาะเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปีอีกทั้งส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร ลดประสิทธิภาพในการเรียนของเด็กวัยเรียน และอาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้แนะนำให้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี และหญิงวัยเจริญพันธุ์ นอกจากนั้นยังแนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง เมื่อเด็กอายุ 6-12 เดือน 3-6 ปี และคัดกรองเพิ่มเติมสำหรับวัยรุ่นหญิงที่เริ่มมีประจำเดือน ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน และหญิงวัยเจริญพันธ์ ดังนั้นการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากธาตุเหล็กในเด็ก (จ่ายเพิ่มเติม) จะช่วยกระตุ้นการเข้าถึงบริการป้องกันโลหิตจางของเด็กปฐมวัยและเด็กโตให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อให้เด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน– 5 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

2 เพื่อให้เด็กไทยช่วงอายุ 6-12 เดือน และ 3-5 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง

**กลุ่มเป้าหมาย** เด็กไทย ช่วงอายุ 6-12 เดือน และ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ที่บ้าน/ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและในโรงเรียนอนุบาล ในเขตเทศบาล/อบต.……….จำนวน……..คน

**2. วิธีดำเนินการ**

1. ผู้บริหารท้องถิ่นตกลงเงื่อนไขและค่าใช้จ่ายบริการยาเสริมธาตุเหล็กและการตรวจคัดกรอง และรักษาภาวการณ์ขาดธาตุเหล็กของเด็ก กับหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการนั้น

2. ประชาสัมพันธ์โครงการให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบและเชิญชวน พ่อแม่ หรือผู้ปกครองของเด็ก เด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน – 5 ปี เข้าร่วมโครงการและลงทะเบียน

3. ท้องถิ่นจัดทำทะเบียนบริการแจกแจงรายชื่อเด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน – 5 ปี ตามที่อยู่ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล เพื่อสะดวกต่อการบริการ (กรณีเด็กยังอยู่ที่บ้าน ให้ จนท.ไปให้บริการที่บ้าน กรณีอยู่ศูนย์เด็กเล็ก หรือโรงเรียนอนุบาลในเขตพื้นที่ จนท.ให้บริการ ณ สถานที่ดังกล่าว) ทั้งนี้ประสานความร่วมมือกับศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลให้เข้าร่วมโครงการ

4. จนท.สาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่ายออกชุมชน เพื่อให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กเป็นรายคนทุกสัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง รวม52 ครั้งต่อปี และหรือตรวจคัดกรองโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน และ 3-5 ปี

5. พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ลงชื่อในทะเบียนบริการเมื่อเด็กได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็กเป็นรายคนทุกสัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง รวม52 ครั้งต่อปี และหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง

6. กรณีตรวจคัดกรอง หากพบว่าเด็กมีภาวะโลหิตจาง จนท.สาธารณสุขจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้การรักษาอย่างน้อย **3 เดือน**หรือแล้วแต่กรณี และบันทึกในทะเบียนบริการ พร้อมให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองลงชื่อ

7. หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมทะเบียนบริการเรียกเก็บเงินจากท้องถิ่น

8. ท้องถิ่นตรวจสอบทะเบียนบริการเทียบกับรายชื่อที่ลงทะเบียน และทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการพร้อมขอหลักฐานใบสำคัญรับเงิน

9. สรุปและติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และสรุปผลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

แผนการดำเนินงาน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรม | ระยะเวลาดำเนินการ | | | | ผู้รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
| ไตรมาส 1 | ไตรมาส 2 | ไตรมาส 3 | ไตรมาส 4 |
| 1. การเจรจาตกลงกับหน่วยบริการ |  |  |  |  |  |  |
| 2. การประชาสัมพันธ์โครงการ |  |  |  |  |  |  |
| 3. การทำทะเบียนเข้าร่วมโครงการและทะเบียนบริการ |  |  |  |  |  |  |
| 4. จนท.ออกชุมชนให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 5. หน่วยบริการส่งผลงานทุกไตรมาส |  |  |  |  |  |  |
| 6. ตรวจสอบทะเบียนบริการและเบิกจ่าย พร้อมลงบัญชี |  |  |  |  |  |  |
| 7. ติดตามและสรุปผลรายไตรมาส และเสนอที่ประชุมฯ |  |  |  |  |  |  |
| 8. ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน – สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือแบบสอบถาม |  |  |  |  |  |  |

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

**4. สถานที่ดำเนินการ** ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล ชุมชนในเขตเทศบาล/อบต.……/หน่วยบริการ**…..**

**5. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ   
จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าวัสดุสำนักงาน จัดทำทะเบียน เป็นเงิน……………………………………บาท
2. ค่าจ้างเหมาทำป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นเงิน……………………………………บาท

3. ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สำหรับซื้อยาเสริมธาตุเหล็กแก่เด็ก อายุ 6 เดือน – 5 ปี คนละ 52 ครั้งต่อปี ครั้งละ (2-5หรือ 5-7) บาท จำนวน.........คน จำนวน............ครั้ง เป็นเงิน............................... บาท

4. ค่าจ้างเหมาบริการตรวจคัดกรองโลหิตจาง คนละ (20-30) บาท จำนวน..........คนเป็นเงิน…………..บาท

5. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ สำหรับการสัมภาษณ์............................................ บาท

(ทุกรายการถัวเฉลี่ยจ่าย)

**การประเมินผล**

**ความสำเร็จของโครงการ พิจารณาจาก**

1. จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบโดยคิดเป็นร้อยละ (เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการได้จากทะเบียนและ เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบได้จากการสำรวจหรือทะเบียนราษฎร์)

2. จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก อายุ 6 เดือน–2 ปี ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากทะเบียนบริการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และทะเบียนเข้าร่วมโครงการ)

3. จำนวนเด็กอายุ 6– 12 เดือน ที่มีระดับ Hct หรือ Hb อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก อายุ 6– 12 เดือน ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ

4. จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เปรียบเทียบกับจำนวนเด็กอายุ 2-5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากทะเบียนบริการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และทะเบียน  
เข้าร่วมโครงการ)

5. จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีระดับ Hct หรือ Hb อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เปรียบเทียบกับจำนวนเด็กอายุ   
2- 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ

6. จากการสำรวจความพึงพอใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล   
โดยคิดเป็นร้อยละ (ดำเนินการสอบถามตามแบบที่กำหนดทางโทรศัพท์)

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

เด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน– 5 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางและยาเสริมธาตุเหล็กได้อย่างทั่วถึง

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

**7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน *อปท.***

☑ 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

**7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

☑ 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

**7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

☑ 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

☑ 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

☑ 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

**ภาคผนวก**

เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับหน่วยบริการ

-หน่วยบริการให้การดูแลตามคู่มือแนวทาง การควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

-หน่วยบริการจัดส่ง จนท.สาธารณสุข ออกชุมชน ให้บริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ลงชื่อในทะเบียนบริการ(ที่ท้องถิ่นจัดเตรียมให้) เมื่อเด็กได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง

-หน่วยบริการให้การรักษากรณีที่นักเรียนมีภาวะโลหิตจางและหรือวินิจฉัยหาสาเหตุ

-หน่วยบริการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในทะเบียนบริการและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากท้องถิ่น

-อื่นๆตามที่เห็นชอบร่วมกัน

แนวทางการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก

|  |  |
| --- | --- |
| กลุ่ม | ปริมาณยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจาง |
| 1. เด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม | 12.5 มิลลิกรัม ทุกวัน เริ่มตั้งแต่อายุ 2 เดือนขึ้นไป |
| 2. เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี | 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง |
| 3. เด็กอายุ 2 – 5 ปี | 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง |
| 4. เด็กอายุ 5 – 12 ปี | 60 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง |
| 5. หญิงวัยเจริญพันธุ์ | 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2,800 ไมโครกรัม สัปดาห์ละครั้ง |

ค่า Hct หรือ Hb ปกติ (ถ้าค่าน้อยกว่าที่กำหนดในตาราง ถือว่าเป็นโลหิตจาง)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| อายุหรือเพศ | ฮีโมโกลบิน (Hb: กรัม/เดซิลิตร) | ฮีมาโตคริต (Hct: %) |
| 1. เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี | 11 | 33 |
| 2. เด็กอายุ 5-11 ปี | 11.5 | 34 |
| 3. เด็กอายุ 12 -14 ปี | 12 | 36 |
| 4. หญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) | 12 | 36 |

ทะเบียนเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี (ทำในรูปแบบไฟล์ excel และขยายช่องมากกว่าที่แสดงได้ เช่น เพิ่มช่องการเรียกเก็บจากหน่วยบริการ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากการดึงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์โดยตรง)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ นามสกุลแม่หรือพ่อ | ชื่อนามสกุลเด็ก | อายุ/เดือน | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ | | | | | | |
| เลขที่ | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ทะเบียนบริการส่งให้หน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย**

ทะเบียนบริการยาฯ เริ่มวันที่................เดือน.......................พ.ศ. ......................

(ให้ทำเป็น 3 แบบแยกกัน- กลุ่มบริการที่บ้าน/กลุ่มบริการที่ศูนย์เด็กเล็ก/กลุ่มบริการที่โรงเรียนอนุบาล- เรียงลำดับอายุ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อนามสกุล เด็ก | อายุ/เดือน | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ | | | | | | | สัปดาห์ที่ /ลงลายมือชื่อพ่อ/แม่/ครูพี่เลี้ยง | | | | | | | |
| เลขที่ | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ทะเบียนตรวจคัดกรองโลหิตจาง เริ่มวันที่................เดือน.......................พ.ศ.......................

(ให้ทำเป็น 3 แบบแยกกัน- กลุ่มบริการที่บ้าน/กลุ่มบริการที่ศูนย์เด็กเล็ก/กลุ่มบริการที่โรงเรียนอนุบาล- เรียงลำดับอายุ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ  นามสกุลเด็ก | อายุ/เดือน | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ | | | | | | | ลายมือชื่อ | ผล(ปกติ/ผิดปกติ) | ลายมือชื่อ |
| เลขที่ | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์ | คัดกรอง | รักษา |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**การสำรวจความพึงพอใจ**

โดยใช้แบบสอบถาม ให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลตอบด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ตัวอย่างข้อความแบบสั้น

ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..................ได้จัดทำโครงการ.................เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ท่าน  
ในการเข้าถึงบริการยาเสริมธาตุเหล็กและตรวจคัดกรองโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี และคุณ ....................... เป็นผู้ปกครองหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลที่เข้าร่วมในโครงการนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาปรับปรุงบริการของโครงการ จึงขอความกรุณาจากท่านได้ให้คะแนนความพึงพอใจ โดยกาเครื่องหมายหน้าหมายเลขหรือบอกเลขที่แสดงระดับความพึงพอใจนั้น

🞏 1 หมายความว่า พึงพอใจน้อยที่สุด

🞏 2 หมายความว่า พึงพอใจน้อย

🞏 3 หมายความว่า พึงพอใจปานกลาง

🞏 4 หมายความว่า พึงพอใจมาก

🞏 5 หมายความว่า พึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง......................................................................