



แบบคัดกรองการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

<p>1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี คือ</p>	<p>Q1 [] Q1.1 []</p>
<p>2. ท่านได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (รถเข็น/รถโยก/ขาเทียม) หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ เนื่องจาก (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.1 ไม่ทราบข่าว <input type="checkbox"/> 1.2 ขาดเอกสารรับรอง <input type="checkbox"/> 1.3 ขาดคนช่วยดำเนินการ <input type="checkbox"/> 1.4 กำลังรออุปกรณ์ <input type="checkbox"/> 1.5 อื่นๆ โปรดระบุ..... <i>(จบแบบคัดกรอง—>เข้าไม่ถึง)</i> <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ (ไปต่อข้อ 3)</p>	<p>Q2 [] Q2.1 []</p>
<p>3. โปรดระบุชนิดและแหล่งที่มาของอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ท่านได้รับ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. รถเข็น จาก (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.1 ซื้อมือ/ประกอบเอง <input type="checkbox"/> 1.2 ภาครัฐ <input type="checkbox"/> 1.3 เอกชน/มูลนิธิ <input type="checkbox"/> 2. ขาเทียม จาก (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 2.1 ซื้อมือ/ประกอบเอง <input type="checkbox"/> 2.2 ภาครัฐ <input type="checkbox"/> 2.3 เอกชน/มูลนิธิ <input type="checkbox"/> 3. รถโยก จาก (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 3.1 ซื้อมือ/ประกอบเอง <input type="checkbox"/> 3.2 ภาครัฐ <input type="checkbox"/> 3.3 เอกชน/มูลนิธิ</p>	<p>Q3 [] Q3.1 [] Q3.2 [] Q3.3 []</p>
<p>4. หากท่านได้รับอุปกรณ์ฯ มากกว่า 1 ชนิด ท่านใช้อุปกรณ์ฯ ชนิดใดมากที่สุด <input type="checkbox"/> 1. รถเข็น จาก..... <input type="checkbox"/> 2. ขาเทียม จาก..... <input type="checkbox"/> 3. รถโยก จาก.....</p>	<p>Q4 [] Q4.1 Q4.2 Q4.3</p>
<p>5. ท่านได้รับอุปกรณ์ฯ ที่ท่านใช้เป็นประจำเป็นระยะเวลา ปี/เดือน</p>	<p>Q5 []</p>
<p>6. หากท่านจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ เคลื่อนที่ไปไหนมาไหน ท่านได้ใช้อุปกรณ์ฯ เหล่านี้้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ เนื่องจาก (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.1 ขนาด <input type="checkbox"/> 1.2 ข้ำรูด <input type="checkbox"/> 1.3 สถานที่ไม่เอื้อต่อการใช้ <input type="checkbox"/> 1.4 ขนส่งสาธารณะ <input type="checkbox"/> 1.5 อื่นๆ โปรดระบุ..... <i>(จบแบบคัดกรอง—>เข้าไม่ถึง)</i> <input type="checkbox"/> 2. ใช่ (ไปต่อข้อ 7)</p>	<p>Q6 [] Q6.1</p>
<p>7. ท่านมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ฯ ที่ได้รับมากน้อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1. น้อยที่สุด เนื่องจาก..... <i>(จบแบบคัดกรอง—>เข้าไม่ถึง)</i> <input type="checkbox"/> 2. น้อย เนื่องจาก..... <i>(จบแบบคัดกรอง—>เข้าไม่ถึง)</i> <input type="checkbox"/> 3. มาก เนื่องจาก..... <i>(จบแบบคัดกรอง—>เข้าถึง)</i> <input type="checkbox"/> 4. มากที่สุด เนื่องจาก..... <i>(จบแบบคัดกรอง—>เข้าถึง)</i></p>	<p>Q7 [] Q7.1</p>

แบบสอบถาม

โครงการวิจัย: การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ส่วนประกอบของแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2: ประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life): WHOQOL

ส่วนที่ 3: ประเมินความสามารถในการดำรงชีวิต (Functioning)

ข้อมูลนี้ไม่มีการระบุชื่อและจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ สำหรับใช้ในงานวิจัยนี้เท่านั้น
เพื่อประโยชน์แก่การพัฒนาบริการสุขภาพในอนาคต

การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

1. วันที่สัมภาษณ์ / 2557 idate [][][][][5][7]

2. กลุ่มคนพิการ type []

1. เข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 2. เข้าไม่ถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

3. สถานที่ place []

- 1. หนองบัวลำภู
- 2. สกลนคร
- 3. ประจวบคีรีขันธ์
- 4. สมุทรสาคร
- 5. ภูเก็ต
- 6. ตรัง
- 7. อุดรดิตต์
- 8. เชียงราย
- 9. พะเยา
- 10. บุรีรัมย์
- 11. สตูล
- 12. เพชรบุรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. วัน เดือน ปี เกิด วันที่ <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> ปี (พ.ศ.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DBIRTH [] [] [] [] [] [] [] []
2. (กรณีไม่ทราบวันเดือนปีเกิด) ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี <input type="text"/> <input type="text"/> ปี	AGE [] []
3. เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง	SEX []
4. ท่านนับถือศาสนาอะไร <input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. อิสลาม <input type="checkbox"/> 3. คริสต์ <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ	RELIGION []
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านคือระดับใด <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 5. ปวช <input type="checkbox"/> 6. อนุปริญญา, ปวส <input type="checkbox"/> 7.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ _____	EDU []
6. สถานภาพสมรสของท่าน คือ <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส/อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	MARITAL []
7. ระยะทางจากบ้านไปยังสถานพยาบาลที่ใช้เป็นประจำ.....กม.	KM [] [] [] []
8. ท่านใช้สิทธิใดในการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> 1. บัตรทอง – เปลี่ยนเป็น ท.74 แล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.1 ใช่ <input type="checkbox"/> 1.2 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1.3 ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3. ชำรชการ <input type="checkbox"/> 4. จ่ายเงินเอง <input type="checkbox"/> 5. ประกันสุขภาพ (เอกชน) <input type="checkbox"/> 6. ไม่ทราบ	INSURE [] CHANGE []
9. ท่านได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ม.) หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	MOSW []
10. ท่านพิการเป็นระยะเวลาานกี่ปี <input type="text"/> <input type="text"/> ปี	YEAR [] []
11. ท่านพิการจากสาเหตุใด <input type="checkbox"/> 1. พิการตั้งแต่กำเนิด (ข้ามไปข้อ 14) <input type="checkbox"/> 2. พิการจากอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> 3. พิการจากความเจ็บป่วย	CAUSE []

<p>12. ท่านประกอบอาชีพอะไรก่อนพิการ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ <input type="checkbox"/> 3. รัฐวิสาหกิจ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 6. เกษตรกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> 7. นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 8. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ</p>	<p>OCC1 []</p>
<p>13. รายได้ก่อนพิการ</p> <p>คนพิการ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บาท/เดือน</p> <p>ครอบครัว <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บาท/เดือน</p> <p>จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <input type="text"/> <input type="text"/> คน</p>	<p>INCOME1 [][][][][][]</p> <p>INCOME2 [][][][][][]</p> <p>MEMBER [][]</p>
<p>14. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ <input type="checkbox"/> 3. รัฐวิสาหกิจ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 6. เกษตรกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> 7. นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 8. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ.....</p>	<p>OCC2 []</p>
<p>15. รายได้ปัจจุบัน</p> <p>คนพิการ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บาท/เดือน</p> <p>ครอบครัว <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บาท/เดือน</p> <p>จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <input type="text"/> <input type="text"/> คน</p>	<p>INCOME3 [][][][][][]</p> <p>INCOME4 [][][][][][]</p> <p>MEMBER [][]</p>
<p>16. ท่านได้รับการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัวอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการดูแล <input type="checkbox"/> 2. ได้รับการดูแลน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ได้รับการดูแลปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. ได้รับการดูแลมาก</p> <p><input type="checkbox"/> 5. ได้รับการดูแลมากที่สุด <input type="checkbox"/> 6. ไม่เกี่ยวข้อง</p>	<p>CARE [][]</p>
<p>17. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านจาก จนท.สาธารณสุข/หน่วยงานอื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ – ท่านรู้สึกว่าการเยี่ยมบ้านมีประโยชน์กับท่านมากน้อยเพียงใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1.1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.2 น้อย <input type="checkbox"/> 1.3 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 1.4 มาก <input type="checkbox"/> 1.5 มากที่สุด</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ</p>	<p>VISIT []</p> <p>VISIT_Q []</p>

เวลาเริ่มสัมภาษณ์ : น.

tstart [] [] : [] []

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต

คำถามต่อไปนี้จะถามว่าคุณรู้สึกอย่างไรกับคุณภาพชีวิต สุขภาพ หรือด้านอื่นๆ ในชีวิตของคุณ ดิฉัน/กระผม จะอ่านแต่ละคำถาม พร้อมกับคำตอบที่เป็นตัวเลือกให้คุณฟัง โปรดเลือกคำตอบที่คุณพบว่าเหมาะสมที่สุด ถ้าคุณไม่แน่ใจเกี่ยวกับคำตอบในแต่ละคำถาม คำตอบแรกที่คุณคิดจะเป็นคำตอบที่ดีที่สุด

โปรดระลึกถึง มาตรฐาน ความหวัง ความยินดี และความสนใจของคุณเอง เราจะถามถึงความคิดที่คุณมี เกี่ยวกับชีวิตของคุณเองในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา

	ไม่ดี อย่าง มาก	ไม่ดี	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก	สำหรับผู้วิจัย
1. คุณให้คะแนนคุณภาพชีวิตของคุณอย่างไร						QOL1 []

	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจ มาก	สำหรับผู้วิจัย
2. คุณพอใจเกี่ยวกับสุขภาพของคุณอย่างไร						QOL2 []

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณ ในบางสิ่งบางอย่างว่ามีมากน้อยแค่ไหน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
3. คุณมีความรู้สึกเจ็บปวดทางร่างกายจนไม่สามารถที่จะทำในสิ่งที่คุณอยากทำมากน้อยเพียงใด (คุณมีความรู้สึกเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวหรือไม่ ความเจ็บปวดเหล่านี้ทำให้คุณไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้มากน้อยเพียงใด)						QOL3 []
4. คุณต้องการการบำบัดทางการแพทย์มากน้อยแค่ไหนเพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ (คุณจำเป็นต้องรับการรักษายาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำกิจวัตรประจำวัน)						QOL4 []

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
5. คุณมีความสุขในการดำเนินชีวิตมากน้อยแค่ไหน						QOL5 []
6. คุณรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน						QOL6 []
7. คุณสามารถที่จะมีสมาธิได้ดีเพียงใด (คุณสามารถจดจ่อกับสิ่งที่ทำได้ดีเพียงใด)						QOL7 []
8. คุณรู้สึกว่าคุณใช้ชีวิตประจำวันของคุณปลอดภัยมากน้อยแค่ไหน (คุณรู้สึกว่าคุณใช้ชีวิตประจำวันของคุณปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ชีวิตและทรัพย์สินมากน้อยแค่ไหน)						QOL8 []
9. คุณรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพดีอย่างไร (สุขภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของคุณมากน้อยเพียงใด)						QOL9 []

คำถามต่อไปนี้ จะถามเกี่ยวกับสิ่งที่คุณได้รับ ประสบ หรือสามารถจะทำบางสิ่งบางอย่างได้สมบูรณ์ครบถ้วนอย่างไร ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์	สำหรับผู้วิจัย
10. คุณมีพลังงานเพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่ (คุณมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ทั้งเรื่องงานและ/หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ในแต่ละวันหรือไม่)						QOL10 []
11. คุณสามารถที่จะยอมรับรูปร่างหน้าตาของคุณเองหรือไม่ (คุณสามารถที่จะยอมรับรูปลักษณ์ภายนอกของคุณได้หรือไม่)						QOL11 []
12. คุณมีเงินเพียงพอที่จะสนองความต้องการของคุณเองได้หรือไม่ (คุณมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นหรือไม่)						QOL12 []
13. คุณได้รับข้อมูลที่คุณต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร (คุณได้รับข้อมูลที่คุณต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่)						QOL13 []

14. คุณมีโอกาที่จะทำกิจกรรมยามว่างมาก น้อยแค่ไหน							QOL14 []
---	--	--	--	--	--	--	-----------

	ไม่ดี อย่าง มาก	ไม่พอใจ	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก	สำหรับผู้วิจัย	
15. คุณสามารถที่จะไปไหนมาไหนได้ดี เพียงใด (คุณสามารถที่จะไปไหนมาไหนได้ด้วย ตนเองได้ดีเพียงใด)							QOL15 []

	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจ มาก	สำหรับผู้วิจัย	
16. คุณพอใจกับการนอนหลับของคุณ อย่างไร (คุณพอใจกับการนอนหลับของคุณหรือไม่)							QOL16 []
17. คุณพอใจกับความสามารถของคุณใน การดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อย่างไร (คุณพอใจกับความสามารถของคุณในการ ดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือไม่)							QOL17 []
18. คุณพอใจกับความสามารถในการทำงาน ของคุณอย่างไร (คุณพอใจกับความสามารถในการทำงาน ของคุณหรือไม่)							QOL18 []
19. คุณพอใจกับตัวของคุณอย่างไร (คุณรู้สึกพอใจในตนเองหรือไม่)							QOL19 []
20. คุณพอใจกับความสัมพันธ์ส่วนตัวของ คุณอย่างไร (คุณพอใจในความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง หรือไม่)							QOL20 []
21. คุณพอใจกับชีวิตเพศของคุณอย่างไร (คุณพอใจกับชีวิตเพศของคุณหรือไม่)							QOL21 []
22. คุณพอใจเกี่ยวกับการสนับสนุนที่คุณ ได้รับจากเพื่อนๆ อย่างไร (คุณพอใจเกี่ยวกับการสนับสนุนที่ได้รับจาก เพื่อนๆ หรือไม่)							QOL22 []

23. คุณพอใจเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยของคุณอย่างไร (คุณพอใจเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยของคุณหรือไม่)							QOL23 []
--	--	--	--	--	--	--	-----------

	ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก	สำหรับผู้วิจัย
24. คุณพอใจเกี่ยวกับการที่คุณสามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพอย่างไร (คุณพอใจกับการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพหรือไม่)						QOL24 []
25. คุณพอใจเกี่ยวกับการเดินทางของคุณอย่างไร (คุณพอใจกับการเดินทางไปไหนมาของคุณหรือไม่)						QOL25 []

คำถามต่อไปนี้จะกล่าวถึงความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่คุณได้รับเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา

	ไม่เคยเลย	น้อยครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยมาก	ตลอดเวลา	สำหรับผู้วิจัย
26. คุณมีความรู้สึกในด้านลบ เช่น ความรู้สึกเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวล หดหู่ ในบ่อยครั้งแค่ไหน						QOL26 []

เวลาสัมภาษณ์เสร็จ : น.

tfinish [] [] : [] []

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการดำรงชีวิต

คำชี้แจง ต่อไปนี้จะถามถึงความยากลำบากในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดโดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- 0 ไม่มีความยากลำบาก
- 1 มีความยากลำบากเล็กน้อย
- 2 มีความยากลำบากปานกลาง

- 3 มีความยากลำบากรุนแรง
- 4 มีความยากลำบากมากที่สุด/ทำไม่ได้

โดยทั่วไประดับความยากลำบากของท่านเป็นอย่างไร	ระดับความยากลำบาก					ไม่เกี่ยวข้อง	สำหรับผู้วิจัย
	0 ไม่มี	1 เล็กน้อย	2 ปานกลาง	3 รุนแรง	4 ทำไม่ได้		
1. การเคลื่อนที่โดยใช้อุปกรณ์							d465 []
2. การเคลื่อนที่ไปยังที่ต่างๆ เช่น ในบ้าน ในอาคาร ถนน							d460 []
3. การให้กำลังใจตัวเองในการดำรงชีวิต							b130 []
4. การศึกษา							d839 []
5. การทำงานทำ และรักษางานที่ทำอยู่							d845 []
6. การพึ่งพาตัวเองทางเศรษฐกิจสำหรับความต้องการในปัจจุบันและอนาคต							d870 []

ผู้สัมภาษณ์ _____

interview [] []