ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. อาจารย์อัมมันดา ไชยกาญจน์	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์และ สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยปทุมธานี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
2. อาจารย์ประภา วัฒนชีพ	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนระดับชำนาญการ พิเศษ(8ว.) หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
3. อาจารย์สยาม เพิ่มเพ็ชร์	วิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด) มหาวิทยาลัยรังสิต วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ นักกายภาพบำบัดระดับชำนาญการ(7วช.) หัวหน้าศูนย์ประสานบริการคนพิการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก

ชุดที่ 1

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการศึกษาวิจัยสำหรับคนพิการ

เรื่อง กลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง *"กลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครปฐม"* ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของคนพิการ

ส่วนที่ 2 ศึกษาการเข้าถึง/การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

ส่วนที่ 3 ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

ส่วนที่ 4 ศึกษาความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานแก่คนพิการในชุมชน ดังนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านได้แสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจและตรงไปตรงมาอย่างเปิดเผย เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ของผลการศึกษา คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย หรือใช้ไปในทางที่จะนำมาซึ่งความเสียหายแก่ท่านเป็นอันขาด โดยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(นายปรีดา สังข์สว่าง)

เมษายน 2554

แบบสอบถามสำหรับคนพิการ

เรื่องกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครปฐม

ส่วนที่ 1 ศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของคนพิการ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่

( ) 3.หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

( ) 5. ปวส./อนุปริญญา ( ) 6. ปริญญาตรี

( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. รับจ้างทั่วไป

( ) 3. ค้าขาย ( ) 4. เกษตรกรรม

( ) 5. ธุรกิจส่วนตัว ( ) 6. พนักงานบริษัท

( ) 7. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 8. อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ย/เดือนของท่าน

( ) 1. ไม่มีรายได้ ( ) 2. มีรายได้.....บาท

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่าน/เดือน(รวมคนพิการ)

( ) 1. ไม่ทราบ ( ) 2. มีรายได้.....บาท

8. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน/เดือน

(รวมค่าใช้จ่ายทุกอย่าง เช่น ค่ารถ ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์)

( ) 1. ไม่มีค่าใช้จ่าย ( ) 2. มีค่าใช้จ่าย.....บาท

9. สาเหตุของความพิการ

( ) 1. พิการแต่กำเนิด

( ) 2. พิการภายหลัง สาเหตุเพราะ ( ) อุบัติเหตุจาก.....

( ) เจ็บป่วยด้วยโรค.....

( ) อื่นๆ ระบุ.....

10. ระยะเวลาที่มีความพิการ.....ปี (ตั้งแต่เกิดความพิการจนถึงปัจจุบัน นับจำนวนเต็มเป็นปี)

11. ลักษณะความพิการ

( ) 1. อัมพาตครึ่งซีก ( ) 2. อัมพาตครึ่งท่อนล่าง

( ) 3. แขน / ขาขาด 1 ข้าง ( ) 4. แขน / ขาขาด 2 ข้าง

( ) 5. กล้ามเนื้อแขน ขาเกร็งกระตุกควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้

( ) 6. อัมพาตทั้งตัว ( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ศึกษาการเข้าถึง/การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดระบุการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากสถานีอนามัย โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	**ไม่ได้รับ**	**ได้รับ**				
		น้อยที่สุด	**น้อย**	**ปานกลาง**	**มาก**	**มากที่สุด**
12. ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์						
13. ท่านได้รับบริการทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล หรือแก้ไขความพิการ						
14. ท่านได้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำทุกปี						
15. ท่านได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย						
16. ท่านได้รับคำแนะนำการบริการทางการแพทย์ เช่น การดูแลตนเองที่บ้าน						

การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ไม่ได้รับ	ได้รับ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
17. ท่านได้รับการทำกายภาพบำบัดภายหลังความพิการ						
18. ท่านได้รับอุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยคนพิการ เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง เป็นต้น						
19. ท่านได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล ที่ตรงกับสภาพความพิการของท่าน						
20. ท่านได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย						

ส่วนที่ 3 ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดระบุปัญหาอุปสรรคในการไปใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานีอนามัย โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ปัญหาอุปสรรค	ไม่มี	ระดับปัญหา				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<u>ปัญหาของคนพิการ</u> 21. สภาพความพิการของท่านเป็นอุปสรรคต่อการไปใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น เดินไม่ได้ต้องใช้รถเข็น ใช้คนช่วยพยุงเดิน						
22. ท่านประสบกับปัญหาการเดินทางเนื่องจากสถานบริการอยู่ไกลจากที่พักอาศัย						
23. ท่านประสบกับปัญหาในการเดินทางไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง						

ปัญหาอุปสรรค	ไม่มี	ระดับปัญหา				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
24. ท่านขาดความรู้ความเข้าใจ ในการเข้าถึงแหล่งบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ						
25. ท่านขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องสวัสดิการที่จะได้รับจากภาครัฐ เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี						
<u>ปัญหาของครอบครัวคนพิการ</u> 26. คนในครอบครัวของท่านมีปัญหาทางเศรษฐกิจ						
27. คนในครอบครัวไม่มียานพาหนะ ในการไปใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานีอนามัย เช่น รถในการพาไปใช้บริการ						
28. คนในครอบครัวไม่มีเวลาพาไปใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานีอนามัย เช่น ต้องทำงานเลี้ยงดูครอบครัว						
29. คนในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจ ในการไปรับบริการจากสถานีอนามัย						
30. คนในครอบครัวไม่เห็นความสำคัญของการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ						

ส่วนที่ 4 ศึกษาความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดระบุถึงความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ท่านต้องการให้สถานีอนามัยช่วยเหลือท่าน โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับกับความเป็นจริงมากที่สุด

ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ไม่ต้องการ	ระดับความต้องการ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<u>ด้านการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก</u> 31. ต้องการความสะดวกรวดเร็ว ในการให้บริการตรวจรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น มีช่องทางด่วนให้บริการคนพิการ						
32. ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ในสถานีอนามัยที่ติดต่อใช้บริการ เช่น ทางลาด ห้องน้ำ รถเข็น						
33. ต้องการให้สถานีอนามัยมีเครื่องมือ/อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ราวจับฝึกเดิน อุปกรณ์ออกกำลังกายต่างๆ						
<u>ด้านบริการ</u> 34. ต้องการบริการตรวจวินิจฉัยรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย						
35. ต้องการให้มีบริการด้านกายภาพบำบัดที่สถานีอนามัย						
36. ต้องการได้รับอุปกรณ์/เครื่องช่วยความพิการ เช่น ไม้เท้า รถเข็น ไม้ค้ำยันรักแร้						
37. ต้องการให้สถานีอนามัยออกเอกสารรับรองความพิการ เพื่อทำสมุดคนพิการ						
38. ต้องการได้รับบริการส่งต่อไปรักษา/ฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด						

ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ไม่ต้องการ	ระดับความต้องการ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
39. ต้องการให้มีการออกเยี่ยมบ้านคนพิการเพื่อรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง						
<u>ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ</u> 40. ต้องการความมีอัธยาศัยไมตรี สุภาพ มีน้ำใจของเจ้าหน้าที่ แพทย์ และพยาบาล						
41. ต้องการให้มีแพทย์มาตรวจรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย						
42. ต้องการให้มีบุคลากรด้านฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประจำที่สถานีอนามัย เช่น นักกายภาพบำบัด						
<u>ด้านข้อมูลข่าวสาร</u> 43. ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น สิทธิของคนพิการ						
44. ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การปฏิบัติตัว การใช้ยา						
<u>ความต้องการอื่นๆ</u> 45. …….. ……..						

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

……

……

……

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ชุดที่ 2

เลขที่แบบสัมภาษณ์เจาะลึก.....

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เจาะลึกหัวหน้าสถานีอนามัย

เรื่อง กลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง

แนวทางสัมภาษณ์เกี่ยวกับกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงกลยุทธ์ในการดำเนินการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครปฐม

ส่วนที่ 1 ศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของหัวหน้าสถานีอนามัย

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่

( ) 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

( ) 1. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 2. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

( ) 3. ปวส./อนุปริญญา ( ) 4. ปริญญาตรี

( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....

5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)

6. ท่านมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ.....บาท

7. ตำแหน่งในปัจจุบันของท่าน

( ) 1. นักวิชาการสาธารณสุข ( ) 2. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

( ) 3. พยาบาลวิชาชีพ ( ) 4. พยาบาลเทคนิค

( ) 5. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านเคยเข้าร่วมอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือไม่

( ) 1. เคย ( ) 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ศึกษาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย มีแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เจาะลึก ดังนี้

1. การจัดการทรัพยากรบริการ (หมายรวมถึงด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากรและทรัพยากรและด้านงบประมาณ)

1.1 ด้านโครงสร้างและบุคลากร

- สถานีอนามัยมีบุคลากรตำแหน่งอะไรบ้าง
- บุคลากรของสถานีอนามัย ได้รับการจัดสรรมาจากไหน
- ใคร (ตำแหน่งไหน) มีบทบาทในการดูแลคนพิการ และมีบทบาทอย่างไรต่อคนพิการ
- สถานีอนามัยมีบุคลากรหรือทีมงานจากที่อื่นมาร่วมทำงานด้วยหรือไม่ เป็นใคร
- ท่านมีความรู้ ความสามารถในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือไม่อย่างไร
- สถานีอนามัยมีอสม.ช่วยงานด้านคนพิการหรือไม่ (ถ้ามี) ช่วยทำอะไร

1.2 ด้านข้อมูล

- มีทะเบียนรายชื่อ / ประวัติครอบครัวคนพิการ / ปัญหาสุขภาพรายบุคคลหรือไม่ (ถ้ามี) มีไว้ทำอะไร
- ท่านได้รับข้อมูลของคนพิการมาจากที่ไหน แล้วนำข้อมูลนั้นไปทำอะไร

1.3 ด้านงบประมาณ

- สถานีอนามัยได้รับงบประมาณมาจากที่ไหน มีงบประมาณโดยตรงสำหรับคนพิการหรือไม่ (ถ้ามี) เป็นงบประมาณอะไร ได้มาจากที่ไหน และใช้งบประมาณนี้ไปทำอะไรกับคนพิการ
- ค่าใช้จ่ายที่สถานีอนามัยใช้ในการดูแลคนพิการ มีอะไรบ้าง

1.4 ด้านอุปกรณ์

- สถานีอนามัยมีอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการหรือไม่ (ถ้ามี) มีอะไรบ้าง ได้รับการจัดสรรมาจากที่ไหน และถ้าไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการหรือไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณลงมาในส่วนนี้ ท่านทำอย่างไร

1.5 ด้านเทคโนโลยี

- มีการผลิตอุปกรณ์ช่วยเหลือ / ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือไม่ อะไร
- ถ้าท่านไม่มีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีต่างๆที่ใช้กับคนพิการ จะทำอย่างไร

1.6 ด้านสถานที่ให้บริการ

- อาคารสถานีอนามัยมี่กี่ชั้น ห้องตรวจรักษาพยาบาลอยู่ชั้นไหน มีทางลาด ห้องน้ำสำหรับคนพิการหรือไม่
- ถ้าห้องตรวจโรคและรักษาพยาบาลอยู่ชั้นบน จะตรวจรักษาคนพิการอย่างไร

2. การจัดการด้านบริการ

2.1 การวางแผนการดูแลบริการ

- ท่านมีแผนงาน / โครงการที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการคนพิการหรือไม่ อะไร
- ท่านมีแผนเฉพาะหน้าที่เกี่ยวข้องกับคนพิการหรือไม่ อะไร

2.2 เป้าหมาย / ตัวชี้วัดที่ใช้ในการบริการ การควบคุมกำกับการทำงานด้านคนพิการ

2.3 มาตรฐาน / แนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ท่านมีการกำหนดรายละเอียดของกิจกรรม ขั้นตอนการให้บริการ และการประสานงาน / ส่งต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือไม่ อย่างไร

3. การให้บริการสำหรับคนพิการ

3.1 ประเภทของคนพิการ ท่านรู้จักคนพิการแต่ละประเภทหรือไม่ สามารถแบ่งคนพิการแต่ละประเภทได้หรือไม่ และถ้าท่านพบคนพิการในครั้งแรก ต้องทำอย่างไร

3.2 กิจกรรมการให้บริการคนพิการของสถานีอนามัย มีอะไรบ้าง

- มีการตรวจสุขภาพคนพิการประจำปีหรือไม่ (ถ้ามี) ตรวจอะไรบ้าง
- บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น บริการส่งเสริมสุขภาพ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอะไรบ้าง
- สถานีอนามัยมีบริการยื่นหลักฐานทำบัตรท.74 หรือไม่ อย่างไร
- การเยี่ยมบ้านมีความต่อเนื่องหรือไม่ และมีการติดตามผลหรือไม่ อย่างไร
- ท่านมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการบริการคนพิการ และข้อเสนอแนะอื่นๆ