

**แบบสอบถามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ**  
**ตามมาตรฐานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**  
**ของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.)**

## แบบสอบถามมาตรฐานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

### คำชี้แจง:

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงสิทธิของคนพิการตามมาตรฐานคุณภาพชีวิตคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาการบริหารจัดการระบบสวัสดิการสังคมด้านคนพิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและสอดคล้องกับความต้องการของคนพิการต่อไป

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง/ที่เลือก

ผู้สัมภาษณ์..... วันที่สัมภาษณ์.....

ผู้ให้สัมภาษณ์.....( ) คนพิการ ( ) ผู้ดูแลคนพิการ เบอร์โทรติดต่อ.....

พื้นที่ตำบล (ระบุเป็นรหัส).....อำเภอ (ระบุเป็นรหัส).....จังหวัด(ระบุเป็นรหัส).....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ( ) ผู้ให้ข้อมูลใหม่ (ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงให้เพิ่มเติมในส่วนที่เปลี่ยนแปลง)

( ) ผู้ให้ข้อมูลเดิม (ให้ข้ามไปส่วนที่ 2)

### 1. ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม (คนพิการ)

1.1 ชื่อ-นามสกุล..... 1.2 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

1.3 วัน-เดือน-ปีเกิด ...../...../..... 1.4 อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันเก็บข้อมูล)

1.5 เชื้อชาติ..... 1.6 สัญชาติ..... 1.7 ศาสนา.....

1.8 สิทธิในการรักษาพยาบาล ( ) สปสช ( ) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) ประกันสังคม

( ) ประกันชีวิต ( ) อื่นๆ ระบุ.....

### 2. ประเภทความพิการ (ตามที่ปรากฏตามบัตรคนพิการ)

2.1 คนพิการ มีบัตรประจำตัวคนพิการหรือไม่

( ) มี ( ) ไม่มี เพราะ.....

#### 2.2 ประเภทความพิการของคนพิการ

2.2.1 ทางการเห็น ( ) ตาบอดสองข้าง ( ) สายตาเลือนราง

( ) อื่นๆ / ลักษณะความพิการที่พบโปรดระบุ .....

2.2.2 ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ( ) หูหนวกสองข้าง ( ) หูตึง

( ) อื่นๆ / ลักษณะความพิการที่พบโปรดระบุ .....

2.2.3 ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ( ) อัมพฤกษ์ อัมพาต ( ) สมองพิการ (ซี.พี.)

( ) อื่นๆ / ลักษณะความพิการที่พบโปรดระบุ .....

2.2.4 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม/ พฤติกรรม ( ) สภาวะทางจิต ( ) พฤติกรรม

( ) อื่นๆ / ลักษณะความพิการที่พบโปรดระบุ .....

2.2.5 ทางสติปัญญา ลักษณะความพิการ/การเรียนรู้/การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันโปรดระบุ  
ลักษณะความพิการที่พบ.....

2.2.6 การพิการทางการเรียนรู้ (LD) ลักษณะความพิการที่พบโปรดระบุ.....  
.....

2.2.7 ทางอหิสติก ลักษณะความพิการที่พบ โปรดระบุ.....  
.....

- 2.3 สาเหตุความพิการ ( ) แต่กำเนิด
- ( ) อุบัติเหตุ โปรดระบุ.....
- ( ) เจ็บป่วย โปรดระบุ.....
- ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

**3.สถานภาพคนพิการ**

3.1 สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรสอยู่ร่วมกัน ( ) สมรสแยกกันอยู่ ( ) หย่า ( ) หม้าย

3.2 บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (ผู้ดูแล) ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี  
ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ถนน-ซอย..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
ความสัมพันธ์กับคนพิการ..... เบอร์โทร.....  
(กรณีไม่มีผู้ดูแล ให้ใส่ชื่อผู้ใหญ่บ้าน หรือ อสม.ที่ดูแล)

3.3 สมาชิกในครอบครัว /จำนวนคนในครอบครัว.....คน

- 1. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....
- 2. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....
- 3. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....
- 4. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....
- 5. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....

3.4 จำนวนผู้ดูแลคนพิการ.....คน (เฉพาะผู้ดูแลตามกฎหมายที่ระบุไว้หลังบัตรฯ) ได้แก่

- 1. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
- 2. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

3.5 สถานะของที่พักอาศัยของ**คนพิการ** ( ) บ้านพ่อ-แม่ ( ) บ้านตนเอง ( ) บ้านญาติ  
( ) บ้านเช่า ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

3.6 สภาพบ้านของ**คนพิการ** ( ) บ้านไม้ติดพื้น ( ) บ้านไม้ยกสูง ( ) บ้านปูนติดพื้น  
( ) บ้านปูนยกสูง ( ) บ้านครึ่งตึกครึ่งไม้ ( ) บ้านปูน 2 ชั้น  
( ) บ้านไม้ 2 ชั้น ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลมาตรฐานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

1. ดัชนีสิทธิและความเท่าเทียม

1.1 วันที่ออกบัตรคนพิการและวันที่หมดอายุของบัตรคนพิการ

วันที่ออกบัตรคนพิการ (วัน/เดือน/ปี).....

วันที่หมดอายุของบัตรคนพิการ (วัน/เดือน/ปี).....

1.2 คนพิการ ได้รับเบี้ยความพิการหรือไม่

เบี้ยความพิการที่คนพิการ ได้รับ

( ) ได้รับ.....บาท/เดือน ( ) ไม่ได้รับ เพราะ.....

เงินสงเคราะห์ครอบครัวที่คนพิการ ได้รับ

( ) ได้รับ.....บาท/เดือน ( ) ไม่ได้รับ เพราะ.....

1.3 คนพิการและ/หรือผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมายใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	สิทธิคนพิการตามกฎหมาย	คนพิการ		ผู้ดูแล	
		ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้
1	พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550				
	- มาตรา 20 ในประเด็น การแพทย์ การศึกษา อาชีพ การยอมรับและการมีส่วนร่วม ล่ามภาษา				
	- มาตรา 33 การรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการอย่างน้อย 1:100				
2	พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ว่าด้วยเรื่องสิทธิประโยชน์ของคนพิการ 26 รายการ				
3	พ.ร.บ.การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการในประเด็นการศึกษา				
	- การศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตลอดชีพและมีสื่อสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการอื่นใดสำหรับคนพิการ				
	- สามารถเลือกบริการการศึกษา สถานศึกษา รูปแบบใดก็ได้ตามความเหมาะสม				
	- ได้รับการศึกษาที่เป็นมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา				

1.4 คนพิการ เคยถูกละเมิดสิทธิหรือไม่

( ) เคย ( ) ไม่เคย (ไม่ต้องตอบข้อ 1.6 และ 1.7 ข้ามไปตอบข้อ 1.8)

1.5 หากคนพิการ ถูกละเมิดสิทธิ คนพิการ คิดว่าจะสามารถร้องเรียนกับหน่วยงานราชการหรือเอกชน ได้หรือไม่

( ) ได้ จะร้องเรียนกับหน่วยงาน.....

( ) ไม่ได้ เพราะ.....

1.6 ที่ผ่านมาคนพิการ ได้ขอรับบริการจากหน่วยงานราชการหรือเอกชน ในเรื่องใดบ้าง

( ) ความรู้เรื่องสิทธิคนพิการ

( ) รับเรื่องราวการละเมิดสิทธิคนพิการ

( ) ร้องเรียนและฟ้องร้องตามระบบของกฎหมายเพื่อให้คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ

1.7 เรื่องที่คนพิการ ร้องเรียนได้รับการพิจารณาหรือไม่

( ) ได้รับการพิจารณา เรื่อง.....

( ) ไม่ได้รับการพิจารณา เพราะ.....

1.8 คนพิการและ/หรือผู้ดูแล สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามมาตรา 20 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ได้บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	สิทธิตามมาตรา 20 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550	คนพิการ		ผู้ดูแล	
		เข้าถึง	ไม่สามารถเข้าถึง	เข้าถึง	ไม่สามารถเข้าถึง
1	การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์				
2	การศึกษา				
3	การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภาพ				
4	การยอมรับและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม				
5	ล่ามภาษามือ				
6	เบี่ยงความพิการ				
7	การปรับที่อยู่อาศัยในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน				
8	ได้รับการสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ				
9	การได้รับการจ้างงานจากหน่วยงานราชการหรือเอกชน				
10	อื่นๆ โปรดระบุ.....				

1.9 คนพิการและ/หรือผู้ดูแล สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการจากสื่อในรูปแบบใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ช่องทางที่รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ	คนพิการ		ผู้ดูแล	
		เข้าถึง	ไม่สามารถเข้าถึง	เข้าถึง	ไม่สามารถเข้าถึง
1	วิทยุ				
2	โทรทัศน์				
3	แผ่นพับ/ใบปลิว				
4	หนังสือพิมพ์				
5	นิตยสาร/วารสาร				
6	อินเทอร์เน็ต				
7	สื่อบุคคลของหน่วยงาน โปรดระบุ.....				
8	อื่นๆ โปรดระบุ .....				

1.10 คนพิการและ/หรือผู้ดูแล สามารถใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการและ/หรือผู้ดูแลได้ในระดับใด

หัวข้อในการประเมิน	ไม่ทราบ	ไม่สามารถใช้ข้อมูลได้	ความสามารถใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์					ข้อเสนอแนะ ในประเด็น ที่ควรแก้ไข
			น้อยที่สุด → มากที่สุด					
			0	1	2	3	4	
คนพิการ สามารถใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ								
ผู้ดูแลคนพิการ ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ดูแลคนพิการ								

6

**2. ดัชนีสุขภาพของคนพิการ**

2.1 คนพิการและ/หรือผู้ดูแล ได้รับการบริการตามระบบสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยเรื่องสิทธิประโยชน์ของคนพิการ 26 รายการ หรือไม่

- ( ) ได้รับตามต้องการ
- ( ) ได้รับแต่ยังขาดบางเรื่อง ได้แก่ โปรดระบุ .....
- ( ) ไม่ได้รับเพราะ.....

2.2 คนพิการและ/หรือผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของคนพิการในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของคนพิการ	คนพิการ		ผู้ดูแล	
		ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้
1	ด้านร่างกาย (เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลด้านสุขอนามัย)				
2	ด้านจิตใจ (เช่น การยอมรับคนพิการ ภาวะซึมเศร้า การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว)				
3	ด้านอารมณ์ (เช่น การควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียด)				
4	ด้านสังคม (เช่น การมีส่วนร่วมหรือการทำกิจกรรมในชุมชน)				
5	ด้านสติปัญญา (เช่น การเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ในสถาบันหรือแหล่งเรียนรู้อื่น ๆ)				
6	ด้านดำรงชีวิตประจำวัน (เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว)				

2.3 **คนพิการ** ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อย่างไร

( ) ได้รับในด้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- วัดความดัน
- ตรวจเลือด
- ปัสสาวะ
- เอกซเรย์ปอด

( ) ไม่ได้รับ เพราะ (ข้ามไปตอบข้อ 3).....

2.4 **คนพิการ** ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากหน่วยงานใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) หน่วยงานทางการแพทย์ ( ) ระบบ อสม. ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

### 3. ด้านการศึกษา

#### ▪ กรณีที่ไม่ได้อยู่ระหว่างการศึกษา

3.1 **คนพิการ** จบการศึกษาในระดับใด

- ( ) ไม่ได้ศึกษา
- ( ) ประถมศึกษา
- ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
- ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ( ) ปวช.
- ( ) ปวส.
- ( )ปริญญาตรี
- ( )ปริญญาโท
- ( )ปริญญาเอก

3.2 **คนพิการ** มีความต้องการศึกษาเพิ่มเติมหรือไม่

- ( ) ต้องการศึกษาเพิ่มเติมในระดับ .....
- ( ) ไม่ต้องการ

#### ▪ กรณีที่อยู่ระหว่างการศึกษา

3.3 ปัจจุบัน **คนพิการ** กำลังศึกษาในโรงเรียนประเภทใด ระดับใด

- ( ) โรงเรียนในระบบ ระดับการศึกษา โปรดระบุ.....
- ( ) โรงเรียนนอกระบบ เช่น กศน. โปรดระบุ.....
- ( ) โรงเรียนเฉพาะ เช่น โรงเรียนโสตศึกษาฯ  
โปรดระบุประเภทโรงเรียน.....ระดับศึกษา.....

3.4 **คนพิการ** ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในการศึกษาหรือไม่อย่างไร

- ( ) ได้รับการสนับสนุนในเรื่อง.....
- ( ) ไม่ได้รับการสนับสนุน เพราะ.....

3.5 **คนพิการ** สามารถสำเร็จการศึกษาตามแผนการศึกษารายบุคคลหรือไม่

- ( ) สำเร็จตามแผนการศึกษารายบุคคล
- ( ) ไม่สำเร็จ เพราะ.....

4. ด้านอาชีพ การจ้างงานและรายได้

4.1 คนพิการ ได้ประกอบอาชีพประกอบอาชีพ หรือไม่

- ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ( ) ประกอบอาชีพระบุ.....
- ลักษณะการประกอบอาชีพคนพิการ/ท่าน     เป็นกลุ่มอาชีพ     ส่วนตัว
- ระยะเวลาในการดำเนินการ.....ปี รายได้ต่อเดือน .....บาท
- รายจ่ายต่อเดือน.....บาท

4.2 ผู้ดูแลคนพิการ ได้ประกอบอาชีพประกอบอาชีพ หรือไม่

- ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ( ) ประกอบอาชีพระบุ.....
- ลักษณะการประกอบอาชีพคนพิการ/ท่าน     เป็นกลุ่มอาชีพ     ส่วนตัว
- ระยะเวลาในการดำเนินการ.....ปี รายได้ต่อเดือน .....บาท
- รายจ่ายต่อเดือน.....บาท

4.3 คนพิการ ได้รับการอบรมหรือศึกษาหลักสูตรฝึกวิชาชีพอะไรบ้าง

- ( ) ได้รับการอบรมหรือศึกษาหลักสูตรฝึกวิชาชีพระบุ.....
- ( ) ไม่ได้รับการอบรม เพราะ.....

4.4 ผู้ดูแลคนพิการ ได้รับการอบรมหรือศึกษาหลักสูตรฝึกวิชาชีพอะไรบ้าง

- ( ) ได้รับการอบรมหรือศึกษาหลักสูตรฝึกวิชาชีพระบุ.....
- ( ) ไม่ได้รับการอบรม เพราะ.....

4.5 คนพิการ ได้รับคำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาด้านอาชีพจากบุคคลหรือหน่วยงานใด

- ( ) ได้รับ จาก
  - บุคคล (ระบุ).....
  - หน่วยงาน (ระบุ).....
- ( ) ไม่ได้รับ เพราะ .....

4.6 ผู้ดูแลคนพิการ ได้รับคำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาด้านอาชีพจากบุคคลหรือหน่วยงานใด

- ( ) ได้รับ จาก
  - บุคคล (ระบุ).....
  - หน่วยงาน (ระบุ).....
- ( ) ไม่ได้รับ เพราะ .....



4.7 คนพิการและ/หรือผู้ดูแล ได้รับคำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาด้านอาชีพในด้านใดบ้าง

ลำดับ	ข้อมูลด้านอาชีพที่ได้รับคำปรึกษา	คนพิการ		ผู้ดูแล	
		ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1	สถานที่/แหล่งฝึกงาน				
2	อาชีพ				
3	แหล่งงาน				
4	แหล่งเงินทุน				
5	สถานที่จำหน่ายสินค้า				
6	สิ่งอำนวยความสะดวกในการประกอบอาชีพ				
7	อื่น โปรดระบุ.....				

4.8 คนพิการ ได้ใช้ประโยชน์จากแหล่งกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพหรือไม่

- ( ) ได้ กู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพจาก.....
- ( ) ไม่ได้กู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ เพราะ.....

4.9 ผู้ดูแลคนพิการ ได้ใช้ประโยชน์จากแหล่งกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพหรือไม่

- ( ) ได้ กู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพจาก.....
- ( ) ไม่ได้กู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ เพราะ.....

4.10 คนพิการ เคยใช้ระบบบริการจัดหางานคนพิการหรือไม่

- ( ) เคย ซึ่งการใช้ระบบการจัดหางานทำให้คนพิการ เคย  ได้งาน  ไม่ได้งาน
- ( ) ไม่เคย

5. ดัชนีการอยู่ร่วมกันในสังคม

5.1 คนพิการ ได้รับการส่งเสริมทักษะในการดำเนินชีวิต เช่น การฝึกนั่ง การขยับร่างกาย ฯลฯ หรือไม่

- ( ) ได้รับในเรื่องใดบ้าง.....
- จากหน่วยงานใด.....
- ( ) ไม่ได้รับ เพราะ.....

5.2 คนพิการ ต้องการส่งเสริมทักษะในการดำเนินชีวิตด้านใด.....

จากหน่วยงานใด.....

5.3 คนพิการ ได้รับกายอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตหรือไม่ อย่างไร

- ( ) ได้รับ อุปกรณ์อะไร.....
- จากบุคคลหรือหน่วยงานใด.....
- ( ) ไม่ได้รับ เพราะ.....
- ( ) กายอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวก ที่ท่านต้องการเพิ่มเติม คือ.....

5.4 **คนพิการ** ได้รับ **สิ่งอำนวยความสะดวก** ในการดำเนินชีวิตหรือไม่อย่างไร

- ( ) ได้รับ อุปกรณ์อะไร..... จากบุคคลหรือหน่วยงานใด.....
- ( ) ไม่ได้รับ เพราะ.....
- ( ) สิ่งอำนวยความสะดวก ที่ท่านต้องการเพิ่มเติม คือ.....

5.5 **คนพิการ** ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) ด้านศาสนา (ตามแต่ละหลักศาสนา)
- ( ) ด้านวัฒนธรรม (เช่น การแต่งกาย การร่วมสนทนา การวางตัวตามกาลเทศะ)
- ( ) ด้านประเพณี (การเข้าร่วมกิจกรรมในประเพณีต่างๆ)
- ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

5.6 **คนพิการ** ได้รับสิทธิในการมีผู้ช่วยคนพิการ เพื่อที่จะทำให้ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือไม่

- ( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ เพราะ.....

5.7 **คนพิการ** ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ได้รับการปรับสภาพให้สามารถเข้าถึงและใช้งานได้

- ( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ เพราะ.....

5.8 **คนพิการและ/หรือผู้ดูแล** ได้รับการฝึกอบรมในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ในด้านใดบ้าง ต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	หัวข้อในการฝึกอบรมในการอยู่ร่วมกับครอบครัว	คนพิการ		ผู้ดูแล	
		ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1	วิธีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว				
2	ฝึกการพูดหลังใส่เครื่องช่วยฟัง				
3	การใช้ภาษามือ				
4	การดูแลด้านสุขอนามัย				
5	การทำกายภาพบำบัด				
6	ฝึกช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมประจำวัน				
7	การทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility)				
8	การดูแลเรื่องการกินยาอย่างต่อเนื่อง				
9	สมาชิกในครอบครัวได้รับการฝึกการดูแลคนพิการ				
10	อื่นๆ ระบุ.....				

5.9 **คนพิการ** ได้เข้าร่วมชมรมหรือกลุ่ม อะไรบ้าง อย่างไร

- ( ) เข้าร่วมชมรมหรือกลุ่ม .....ระยะเวลาในการเข้าร่วม.....ปี  
 ( ) ไม่ได้เข้าร่วม เพราะ.....

5.10 **คนพิการ** ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมกับหน่วยงานราชการในการจัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ อย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) ได้เข้าร่วมประชุม  
 ( ) ได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน.....  
 ( ) ไม่ได้เข้าร่วม

5.11 **ผู้ดูแลคนพิการ** ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมกับหน่วยงานราชการในการจัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ อย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) ได้เข้าร่วมประชุม  
 ( ) ได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน.....  
 ( ) ไม่ได้เข้าร่วม

5.12 นโยบายหรือแผนงาน โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ที่**คนพิการ** ได้มีส่วนร่วมในการผลักดัน

- ( ) มีส่วนร่วม เหตุผลเพราะ .....  
 ( ) ไม่มีส่วนร่วม เหตุผลเพราะ .....

5.13 นโยบายหรือแผนงาน โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ที่**ผู้ดูแลคนพิการ** ได้มีส่วนร่วมในการผลักดัน

- ( ) มีส่วนร่วม เหตุผลเพราะ .....  
 ( ) ไม่มีส่วนร่วม เหตุผลเพราะ .....

## 6. ด้านกีฬาและนันทนาการ

6.1 **คนพิการ** ได้เข้าร่วมกิจกรรมกีฬาและนันทนาการประเภทใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	กิจกรรมกีฬาและนันทนาการ	คนพิการ		ผู้ดูแล	
		ได้เข้าร่วม	ไม่ได้เข้าร่วม	ได้เข้าร่วม	ไม่ได้เข้าร่วม
1	กีฬาพื้นบ้าน				
2	กีฬาสากล				
3	กีฬาสัมพันธ์คนพิการ				
4	ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี				
5	สะสม วัตถุสิ่งของ				
6	การแสดงศิลปะ หรืองานสร้างสรรค์				
7	อื่นๆ ระบุ.....				

## 7. สิ่งอำนวยความสะดวก

7.1 **คนพิการ** สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงานราชการและเอกชน

( ) สถานที่ที่ท่านสามารถใช้บริการตาม กฎกระทรวงเรื่องกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคาร สำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรงพยาบาล       สถานพยาบาล       ศูนย์บริการสาธารณสุข       สถานีอนามัย  
 อาคารที่ทำการของราชการ       อาคารที่ทำการของรัฐวิสาหกิจ       สถานศึกษา  
 หอสมุดและพิพิธภัณฑ์สถานของรัฐ       สถานีขนส่งมวลชน       โรงมหรสพ  
 โรงแรมหอประชุม       สนามกีฬา       ศูนย์การค้า       ห้างสรรพสินค้า  
 อื่นๆ โปรดระบุ .....

( ) ไม่เคยใช้บริการสิ่งอำนวยความสะดวก

7.2 **คนพิการ** มีความพึงพอใจของสิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยราชการและเอกชน

หัวข้อในการประเมิน	ไม่ทราบ/ ไม่เคยใช้	ไม่ พอใจ	พอใจ					ข้อเสนอแนะ ในประเด็น ที่ควรแก้ไข
			น้อยที่สุด → มากที่สุด					
			0	1	2	3	4	
ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยราชการ								
ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยงานเอกชน								

**ส่วนที่ 3** ข้อคิดเห็นอื่นๆ จากการสังเกตและประเมิน (ของผู้สัมภาษณ์หรือผู้ดูแลคนพิการ)

1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการและอื่น ๆ ของคนพิการ

.....  
 .....

2. อุปสรรคในการดำรงชีวิตของคนพิการ

.....  
 .....

3. เรื่องเร่งด่วน/สำคัญที่ต้องดำเนินการ ช่วยเหลือคนพิการคืออะไร พร้อมเหตุผล

.....  
 .....

4. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่

.....  
 .....

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง