

ภาคผนวก ก

ตัวอย่าง

แบบสำรวจผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำชี้แจง

1. แบบสำรวจผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกครัวเรือนในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ให้ผู้สัมภาษณ์กรอกข้อมูลทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริง
3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะนำมาประกอบผลและวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....
ที่ตั้ง.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ชื่อผู้สูงอายุนามสกุล.....อายุ..... ปี
2. เพศ
 1. ชาย
 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส
 1. โสด
 2. แต่งงาน
 3. หย่าร้าง, หม้าย

4. สถานที่อยู่ บ้านเลขที่ ถนน หมู่ที่
อำเภอ.....จังหวัด.....
5. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียน
 2. ได้เรียน (จบชั้นสูงสุด ระบุ)
6. ประสบการณ์การทำงาน
(1)
(2)
(3)
7. ความรู้ความสามารถพิเศษ (เพื่อเป็นฐานข้อมูลวิทยากร)
(1)
(2)
(3)
8. รายได้ของท่านเป็นอย่างไร
 1. ไม่มีรายได้
 2. มีรายได้ต่อเดือน จำนวน บาท
(ระบุแหล่งรายได้)
9. บุตร จำนวน คน
1) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ
ที่อยู่..... โทร.
2) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ
ที่อยู่..... โทร.
3) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ
ที่อยู่..... โทร.

10. ที่อยู่ของท่าน

- 1. ไม่มีที่อยู่อาศัย
- 2. มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง
- 3. อาศัยอยู่กับบุตร คนที่
- 4. อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพ สุขภาพ การรับบริการและปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

11. สถานภาพของท่านปัจจุบัน

- 1. ไม่มีผู้อุปการะดูแล
- 2. มีผู้อุปการะดูแล (ระบุชื่อผู้ดูแล).....
ความสัมพันธ์.....

12. สุขภาพของท่าน

- 1. แข็งแรงดี
- 2. ไม่ค่อยแข็งแรง หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย
- 3. มีโรคประจำตัว (ระบุ)

13. ปัญหาที่เกี่ยวกับตัวท่านมีเรื่องใดบ้าง

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. การมองเห็น | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี..... |
| 2. ความพิการ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี..... |
| 3. คิ่่มสุรา | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี..... |
| 4. สูบบุหรื้ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี..... |
| 5. สิ่งเสพคิ่ดอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี..... |
| 6. การพนัน | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี..... |
| 7. พิน | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี..... |
| 8. อื่น ๆ (ระบุ)..... | | |

14. การตรวจสุขภาพประจำปีของท่าน

- 1. ไม่มี
- 2. มี (ระบุว่าได้ตรวจอะไรบ้าง)
ผลการตรวจ.....

15. ท่านได้รับการบริการจากรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. เบี้ยยังชีพ
- 2. ตรวจสอบสภาพประจำปี
- 3. บริการแพทย์ตรวจรักษาแพทย์
- 4. บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ.....
(ระบุ).....
- 5. การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว
- 6. การออกกำลังกาย
- 7. การฝึกอบรม/สัมมนา
- 8. สถานสงเคราะห์คนชรา
- 9. รดน้ำดำหัว (วันสงกรานต์)
- 10. อื่น ๆ (ระบุ)

16. ท่านมีความประสงค์หรือต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในเรื่องอะไรบ้าง

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.