

**แบบประเมินความพึงพอใจกระบวนการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ**

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความพึงพอใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ตามโครงการจัดตั้งศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ณ โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้จากการบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ ใช้ในการปฏิบัติราชการให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้กรอกแบบสอบถาม**

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ (1) ต่ำกว่า 20 ปี (2) 20 - 30 ปี (3) 31 - 40 ปี  
(4) 41 - 50 ปี (5) 51 - 60 ปี (6) มากกว่า 60 ปี
3. ส่วนราชการ .....

**ส่วนที่ 2 : ตามความคิดเห็นของผู้รับการประเมิน**

1. ประเภทของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ  เตียงเพอร์เลอร์ 2 ไก  เตียงเพอร์เลอร์ 3 ไก  ที่นอนลม  
 เก้าอี้นั่งถ่าย  รถเข็นชนิดนั่ง  รถเข็นแบบปรับเอนนอนได้  ที่ฝึกเดินปรับระดับได้  เครื่องผลิตออกซิเจน  
 เครื่องดูดเสมหะ  เครื่องควบคุมมียาขนาดเล็ก  เตียงฝึกยืนแบบมือหมุนสำหรับเด็ก
  2. กระบวนการ หรือขั้นตอนในการจัดหา  สอบราคา  ตกลงราคา  ประกวดราคา  อื่นๆระบุ.....
  3. จำนวนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ (ความเหมาะสม) ที่ได้ดำเนินการจัดหา.....
- (ทำเครื่องหมาย ✓ ตามความคิดเห็นของท่าน) 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

ที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ และงบประมาณที่กองทุนฯ จัดให้ตรงตามความต้องการหรือวัตถุประสงค์ของหน่วยงานท่าน ในระดับใด					
2	จำนวนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ ที่ดำเนินการจัดหาครั้งแรกเป็นจุดเริ่มต้นในการดำเนินโครงการช่วยเหลือปัญหาสังคมได้ในระดับใด					
3	การดำเนินโครงการสามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้สังคมได้ในระดับใด					
4	การดำเนินโครงการมีระบบและขั้นตอนในการปฏิบัติงานร่วมกันในระดับใด					

**ส่วนที่ 3 : ข้อเสนอแนะอื่น ๆ**

.....

.....