



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

แบบสอบถาม

เรื่อง ทศนคติต่อการแพทย์ทางเลือกของผู้ใช้บริการในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

หมายเลขแบบสอบถาม.....

เรียนท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาวิชาการคั่นคว้าแบบอิสระ (Independent Study) คณะบริหารธุรกิจมหาวิทาลัยเชียงใหม่ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามชุดนี้จะใช้เพื่อการศึกษา วิจัยเท่านั้น จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม มา ณ โอกาสนี้

นักศึกษาปริญญาโทบริหารธุรกิจ มช.

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ทศนคติที่มีต่อการแพทย์ทางเลือก และการบริการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง เทคนิควิธีการทางการแพทย์อื่นๆที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือยอมรับอย่างเป็นทางการโดย บุคคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนมากมีลักษณะไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรงหรือไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ที่เป็น สารเคมี ประเภทของการแพทย์ทางเลือกแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

1. ศาสตร์ในกลุ่ม Traditional Medicine ได้แก่ การแพทย์แผนจีน ได้แก่การฝังเข็ม การกดจุด การรำไทเก็ก การแพทย์แบบอินเดีย ได้แก่ โยคะ การอดอาหารเพื่อล้างพิษ
2. ศาสตร์ในกลุ่ม Bio-Electromagnetic ได้แก่การใช้การกระแสแม่เหล็กไฟฟ้า สร้างสมดุลย์ชีวภาพใน ร่างกายมนุษย์
3. ศาสตร์ในกลุ่ม Structural and Energetic Therapy ได้แก่การตัดกระดูกสันหลัง หรือ Chiropractic การนวดด้วยน้ำ Hydromassage วารีบำบัด Hydrotherapy
4. ศาสตร์ในกลุ่มDiet/Nutrition การรักษาโรคด้วยอาหาร หรือวิตามินหรือวิตามินปริมาณสูง การรับประทาน อาหารมังสวิวัติ การล้างพิษ
5. ศาสตร์ในกลุ่ม Body and Mind Control ได้แก่ Psychotherapy การรักษาโรคด้วยสมาธิ การบำบัดด้วย น้ำหอม การใช้ดนตรีบำบัด
6. ศาสตร์ในกลุ่ม Bio-Treatment เช่นการใช้ยาสมุนไพร การใช้ไอโซน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านทัศนคติที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกและการบริการ

1.1 แบบสอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกและการบริการ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง

ความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกและการบริการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
1. การแพทย์ทางเลือกในแขนงต่างๆสามารถบำบัดรักษาโรคได้ดีกว่า การแพทย์แผนปัจจุบัน			
2. การแพทย์ทางเลือกในแขนงต่างๆให้คุณค่าในด้านจิตใจควบคู่กับการรักษา ทางร่างกาย			
3. การแพทย์ทางเลือกในแขนงต่างๆมีความปลอดภัยสูงเมื่อเทียบกับการแพทย์ แผนปัจจุบัน			
4. การแพทย์แผนปัจจุบันมีความยุ่งยากในการรับการรักษามากกว่าการบริการ การแพทย์ทางเลือก			
5. การบริการการแพทย์ทางเลือกมีมากมายหลากหลายรูปแบบ			
6. บริการการแพทย์ทางเลือกบางชนิดก่อให้เกิดผลข้างเคียง ต่อร่างกายได้			
7. การบริการการแพทย์ทางเลือกมีอัตราค่าบริการเหมาะสมเมื่อเทียบกับผลที่ ได้รับ			
8. การแพทย์ทางเลือกเสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน			
9. การแพทย์ทางเลือกบางอย่างสามารถเบิกค่ามารับบริการจากระบบประกัน สุขภาพได้			
10. ปัจจุบันมีการให้บริการการแพทย์ทางเลือกทั้งจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลเอกชน			
11. มีการให้บริการการแพทย์ทางเลือกจากสถานออกกำลังกาย (Fitness) สถาน ปฏิบัติธรรม หรือสถานที่ให้บริการอื่นๆทั่วไป			
12. สถานที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือกมักตั้งอยู่ในสถานที่ที่สามารถเดินทาง			

ความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกและการบริการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
ไปมาได้ โดยสะดวก			
13. การแพทย์ทางเลือกบางอย่างมีการให้บริการถึงที่พักอาศัย เช่นการนวด			
14. บริการการแพทย์ทางเลือกมีการโฆษณาอย่างสม่ำเสมอ			
15. มีการให้ข้อมูลข่าวสารในการประชาสัมพันธ์แพทย์ ทางเลือกอย่างสม่ำเสมอ เช่น แผ่นพับ ให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ			
16. สถานที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือกมักมีส่วนลดในการมารับ บริการสำหรับ สมาชิก			
17. บริการการแพทย์ทางเลือกมีการจัดตั้งสมาชิก ชมรม			
ผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่เป็นผู้มีใบอนุญาตหรือใบรับรอง จากสถาบันที่น่าเชื่อถือ			
18. ผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกมีความชำนาญเชี่ยวชาญเฉพาะ ทาง			
19. ผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกสามารถให้คำแนะนำตอบข้อซัก ถามที่ เกี่ยวข้องทางวิชาการได้			
20. สถานที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ ทันสมัย			
21. สถานที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่มีบรรยากาศดี สะอาด ตกแต่ง เรียบร้อยสวยงาม			
22. สถานที่ให้บริการทำให้เกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลายเมื่อมารับบริการ			
23. การให้บริการการแพทย์ทางเลือกมีขั้นตอนกระบวนการที่ชัด ชัด			
24. การบริการการแพทย์ทางเลือกมีการให้ความรู้ ก่อนและหลังรับบริการ			
25. การบริการการแพทย์ทางเลือกต้องใช้เวลารอคอยในการมารับ บริการแต่ละ ครั้ง			
26. การแพทย์ทางเลือกมีการให้บริการที่เท่าเทียมกันแก่ผู้มารับ บริการแต่ละราย			
27. บริการการแพทย์ทางเลือกบางอย่างต้องมารับการบริการอย่างต่อเนื่อง หลาย ครั้ง และต้องใช้บริการอื่นควบคู่กัน			

1.2 แบบทดสอบทัศนคติในด้านความรู้สึกที่มีต่อการมารับบริการการแพทย์ทางเลือก กรุณาทำ

เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง

เมื่อระดับ 5=พอใจมากที่สุด 4=พอใจ 3=เฉยๆ 2=ไม่พอใจ 1=ไม่พอใจมากที่สุด

	ความรู้สึกที่มีต่อการมารับบริการการแพทย์ทางเลือก	5	4	3	2	1
	ผลิตภัณฑ์และบริการ					
17.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในความปลอดภัยเมื่อใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน					
18.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในผลที่ได้รับจากบริการการแพทย์ทางเลือกที่ท่านเคยใช้					
19.	ท่านรู้สึกพอใจในการบริการการแพทย์ทางเลือกที่ไม่มีความยุ่งยากในการรักษาเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน					
20.	ท่านรู้สึกพอใจในการบริการการแพทย์ทางเลือกที่มีมากมายหลากหลายรูปแบบ					
21.	ท่านรู้สึกพอใจที่การแพทย์ทางเลือกในแขนงต่างๆสามารถบำบัดรักษาโรคได้ดีกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน					
22.	ท่านรู้สึกพอใจที่การแพทย์ทางเลือกในแขนงต่างๆให้คุณค่าด้านจิตใจควบคู่กับการรักษาด้านร่างกาย					
23.	อื่นๆ(โปรดระบุ).....					
ราคา						
24.	ท่านพอใจราคาการให้บริการที่มีความเหมาะสม เมื่อเทียบกับผลที่ได้รับ					
25.	ท่านพอใจที่ค่าใช้จ่ายในการรับบริการการแพทย์ทางเลือกต่ำกว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน					
26.	ท่านพอใจในระดับราคาการให้บริการที่ท่านจ่ายไป					
27.	ท่านพอใจในอัตราค่าบริการการแพทย์ทางเลือกที่มีอัตราหลากหลายราคาโดยท่านสามารถเลือกจ่ายได้					
28.	อื่นๆ.....					

	ความรู้สึกที่มีต่อการมารับบริการการแพทย์ทางเลือก	5	4	3	2	1
ช่องทางการให้บริการ						
29.	ท่านพอใจที่สถานที่ให้บริการอยู่ในสถานที่ที่สามารถเดินทางไปได้อย่างสะดวก					
30.	ท่านพอใจที่ปัจจุบันท่านสามารถเลือกรับบริการการแพทย์ทางเลือกได้ทั้งจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน					
31.	ท่านพอใจที่ปัจจุบันท่านสามารถเลือกรับบริการการแพทย์ทางเลือกได้จากสถานที่ออกกำลังกายหรือสถานปฏิบัติธรรม					
32.	ท่านพอใจที่ปัจจุบันการแพทย์ทางเลือกบางอย่างมีการให้บริการถึงที่พักอาศัย เช่น การนวด					
33.	อื่นๆ.....					
การส่งเสริมการตลาด						
34.	ท่านพอใจที่การบริการการแพทย์ทางเลือกมีการโฆษณาอย่างสม่ำเสมอ					
35.	ท่านรู้สึกพอใจที่ได้รับข้อมูลข่าวสารในการประชาสัมพันธ์การแพทย์ทางเลือก อย่างสม่ำเสมอ เช่น แผ่นพับ ข้อมูลความรู้ต่างๆ					
36.	ท่านพอใจที่การบริการการแพทย์ทางเลือกมีการมอบส่วนลดในการมารับบริการ					
37.	ท่านพอใจที่บริการการแพทย์ทางเลือกมีการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ					
38.	ท่านพอใจที่บริการการแพทย์ทางเลือกมีการจัดตั้งสมาชิก ชมรม					
39.	อื่นๆ.....					
บุคคลากร						
40.	ท่านพอใจที่ผู้ให้บริการเป็นผู้มีใบอนุญาต					
41.	ท่านพอใจที่ผู้ให้บริการผ่านการอบรมจากสถาบันที่ให้การรับรอง					
42.	ท่านพอใจที่ผู้ให้บริการมีความน่าเชื่อถือ สามารถตอบคำถาม ให้คำแนะนำได้					
43.	ท่านพอใจที่ผู้ให้บริการมีความเชี่ยวชาญ ชำนาญเฉพาะทาง					
44.	ท่านพอใจที่ได้รับการบริการที่ดี ผู้ให้บริการเอาใจใส่การบริการสม่ำเสมอ เป็นกันเอง สุภาพ					

	ความรู้สึกที่มีต่อการมารับบริการการแพทย์ทางเลือก	5	4	3	2	1
45.	อื่นๆ.....					
การนำเสนอลักษณะทางกายภาพ						
46.	ท่านพอใจในสถานที่ให้บริการซึ่งมีความทันสมัย					
47.	ท่านพอใจและรู้สึกสงบผ่อนคลายเมื่อมาใช้บริการในสถานที่นั้นๆ					
48.	ท่านพอใจที่สถานที่ให้บริการมีที่จอดรถ สะดวก กว้างขวาง					
49.	ท่านรู้สึกพอใจที่สถานที่ให้บริการทำให้เกิดความรู้สึก สงบ ผ่อนคลาย เมื่อมาใช้บริการ					
50.	อื่นๆ.....					
กระบวนการให้บริการ						
51.	ท่านพอใจที่ผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกมีจำนวนพอเพียง					
52.	ความพอใจที่ไม่ต้องใช้เวลารอคอย ในการมารับบริการแต่ละครั้ง					
53.	ความพอใจที่ท่านได้รับการให้ความรู้ คำแนะนำก่อนและหลังรับบริการ					
54.	ความพอใจในการให้บริการที่เท่าเทียมกันแก่ผู้มารับบริการแต่ละราย					
55.	ท่านพอใจที่การให้บริการมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน					
56.	ท่านรู้สึกพึงพอใจ ที่การรับบริการการแพทย์ทางเลือกบางอย่าง ต้องมารับบริการอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้บริการอื่นควบคู่กัน					
57.	อื่นๆ.....					

1.3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง

1. ท่านใช้บริการการแพทย์ทางเลือกดังต่อไปนี้หรือไม่

	(1) เคยใช้บริการ	(2) ไม่เคยใช้บริการ
58. ฟังเข็ม		
59. นวด กดจุด		
60. ไทเก๊ก		
61. โยคะ		
62. อดอาหารเพื่อล้างพิษ		

	(1) เคยใช้บริการ	(2) ไม่เคยใช้บริการ
63. การใช้แม่เหล็กไฟฟ้า		
64. การรักษาโรคด้วยวิตามินปริมาณสูง		
65. มังสวิรัติ		
66. การนวดด้วยน้ำ		
67. การล้างพิษ สวนกาแฟ		
68. การบำบัดด้วยน้ำหอม คนตรี		
69. การใช้สมุนไพร		
70. อื่นๆ		

71. ในการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกข้างต้น ท่านใช้บริการบ่อยเพียงใด

- (1) ทุกวัน (2) 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 (3) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (4) ใช้ 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง
 (5) ใช้เดือนละครั้ง (6) ใช้ 2-3 เดือนต่อครั้ง
 (7) ใช้ปีละครั้ง (8) อื่นๆ.....

72. ท่านเคยใช้บริการการแพทย์ทางเลือกจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) โรงพยาบาลของรัฐ
 (2) โรงพยาบาลเอกชน
 (3) คลินิก เช่น คลินิกฝังเข็ม
 (4) สถานที่ที่ให้บริการที่มีผู้มีใบประกอบโรคศิลปะ แนะนำ
 (5) อื่นๆ.....

73. วัตถุประสงค์ที่ท่านไปใช้บริการการแพทย์ทางเลือก(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง (2) ตามกระแสนิยม
 (3) ตามคำแนะนำของผู้อื่น เช่น แพทย์ ญาติ หรือ เพื่อน (4) เพื่อความงาม
 (5) ต้องการการผ่อนคลาย รู้สึกสบาย
 (6) ต้องการทดลองว่าแพทย์ทางเลือกเป็นอย่างไร
 (7) เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง

74. ในอนาคตท่านคิดว่าท่านจะยังคงใช้บริการการแพทย์ทางเลือกหรือไม่

- (1) ใช้อย่างแน่นอน (2) อาจจะใช่ (3) ไม่แน่ใจ
 (4) อาจจะไม่ใช่ (5) ไม่ใช่แน่นอน

75. ท่านจะแนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการการแพทย์ทางเลือกหรือไม่

- (1) แนะนำแน่นอน (2) อาจจะแนะนำ (3) ไม่แน่ใจ
 (4) อาจจะไม่แนะนำ (5) ไม่แนะนำแน่นอน

76. โดยปกติท่านใช้เวลาานเท่าใดในการไปรับบริการการแพทย์ทางเลือก

- (1) 1- 3 ชั่วโมง (2) ครึ่งวัน (3) หนึ่งวัน
 (4) ตามโปรแกรมของสถานที่ให้บริการ
 (5) อื่นๆ

77. ปกติเมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ ท่านปฏิบัติอย่างไร

- (1) พบแพทย์แผนปัจจุบัน (2) พบเภสัชกร
 (3) ซักยากินเอง (4) อื่นๆ

ความเห็นอื่นๆที่มีต่อการบริการการแพทย์ทางเลือก.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ (3) 18 - 25 ปี (4) 26 - 35 ปี (5) 36 - 45 ปี
 (6) 45 - 55 ปี (7) มากกว่า 55 ปี

3. ระดับการศึกษา

- (1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษา (3) อนุปริญญา
 (4) ปริญญาตรี (5) สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

- (1) ข้าราชการ (2) ธุรกิจส่วนตัว (3) รัฐวิสาหกิจ
 (4) ลูกจ้างบริษัทเอกชน (5) แม่บ้าน (6) ลูกจ้างทั่วไป
 (7) อื่นๆ

5. รายได้ต่อเดือน

- (1) ไม่เกิน 10,000 บาท (2) 10,001 - 20,000 บาท
 (3) 20,001 - 30,000 บาท (4) 30,000 - 40,000
 (5) 40,000 บาทขึ้นไป

6. ท่านรู้จักการแพทย์ทางเลือกจากสิ่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์ (2) โทรทัศน์ วิทยุ (3) อินเทอร์เน็ต
 (4) แพทย์ หรือผู้มีใบประกอบโรคศิลปะแนะนำ
 (5) เพื่อนญาติ
 (6) อื่นๆ

7. ท่านมีปัญหาสุขภาพใดๆต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) เครียด (2) ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบ่อยๆ (3) เบาหวาน
 (4) โรคหัวใจ (5) โรคความดันโลหิตสูง (6) โรคอ้วน
 (7) โรคกระเพาะอาหาร (8) โรคภูมิแพ้
 (9) อื่นๆ.....

ขอขอบพระคุณที่ท่านได้สละเวลาตอบแบบสอบถามนี้

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวนงลักษณ์ สีตะพันธุ์	
วัน เดือน ปีเกิด	4 ธันวาคม 2515	
ประวัติการศึกษา	ปีการศึกษา 2533	สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย เชียงใหม่
	ปีการศึกษา 2538	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี เกษษกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2538 – 2541	เภสัชกร โรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
	พ.ศ. 2541 – 2543	เภสัชกร โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2543 – 2546	Clinical Research Assistant, Perinatal HIV Prevention Trial จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน	Clinical Research Associate Quintiles (Thailand) Ltd., กรุงเทพฯ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved