



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

## แบบสอบถาม

พฤติกรรมของผู้หญิงทำงานในอำเภอเมืองเชียงใหม่ต่อการใช้บริการคลินิกเสริมความงาม  
สำหรับผู้ที่เคยใช้บริการคลินิกเสริมความงามภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

คำชี้แจงแบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการค้นคว้าแบบอิสระของนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการตลาด คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้บริการคลินิกเสริมความงามของผู้หญิงทำงานในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปใช้ในการศึกษาเชิงวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมซึ่งข้อมูลของท่านจะถูกปกปิดเป็นความลับ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอความกรุณาท่านสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลตามความเป็นจริงและขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามมา ณ ที่นี้

วราภรณ์ คงรอด  
ผู้ศึกษา

โปรดทำเครื่องหมายถูก  หน้าข้อความที่เป็นคำตอบของท่าน

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. อายุ

1.  25 – 34 ปี

2.  35 – 44 ปี

3.  45 ปีขึ้นไป

2. สถานภาพ

1.  โสด

2.  สมรส

3.  หย่า / แยกทาง

## 3. ระดับการศึกษาสูงสุด

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 2. <input type="checkbox"/> ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า |
| 3. <input type="checkbox"/> ระดับปริญญาตรี             | 4. <input type="checkbox"/> ระดับปริญญาโท                |
| 5. <input type="checkbox"/> สูงกว่าระดับปริญญาโท       |  |

## 4. อาชีพ

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 2. <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน |
| 3. <input type="checkbox"/> เจ้าของธุรกิจส่วนตัว  | 4. <input type="checkbox"/> แม่บ้าน            |
| 5. <input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุ).....  |  |

## 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท   | 2. <input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท  |
| 3. <input type="checkbox"/> 10,001 – 15,000 บาท | 4. <input type="checkbox"/> 15,001 – 20,000 บาท |
| 5. <input type="checkbox"/> 20,001 – 25,000 บาท | 6. <input type="checkbox"/> มากกว่า 25,000 บาท  |

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการคลินิกเสริมความงามของผู้บริโภค

6. คลินิกเสริมความงามในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่แห่งใดที่ท่านเคยใช้บริการ (ตอบทุกข้อคำถาม) ทำเครื่องหมายถูก

คลินิก	ไม่รู้จัก	รู้จักแต่ไม่เคยใช้	รู้จักและเคยใช้
1. เมดิแคร์คลินิก			
2. ปริมาดอลน่า คลินิก			
3. รมย์วินท์ คลินิก			
4. วุฒิ-ศักดิ์คลินิก			
5. นิติพล คลินิก			
6. ปณิภาคลินิก			
7. บี-แคร์คลินิก			
8. ศรีนยา คลินิก			
9. พฤษยาชาติ คลินิก			
10. อื่นๆ โปรดระบุ .....			

7. สาเหตุสำคัญที่สุดที่ท่านเลือกใช้บริการคลินิกเสริมความงามดังข้อ 7 (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> คลินิกมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ | 2. <input type="checkbox"/> ค่าบริการเหมาะสม          |
| 3. <input type="checkbox"/> มีความรวดเร็วในการให้บริการ    | 4. <input type="checkbox"/> มีการลดราคาเป็นครั้งคราว  |
| 5. <input type="checkbox"/> มีที่จอดรถสะดวก                | 6. <input type="checkbox"/> พนักงานบริการประทับใจ     |
| 7. <input type="checkbox"/> อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์มีคุณภาพ    | 8. <input type="checkbox"/> สถานที่สะดวกต่อการเดินทาง |
| 9. <input type="checkbox"/> สถานที่สะอาด ตกแต่งร้านสวยงาม  | 10. <input type="checkbox"/> เพื่อนแนะนำ              |
| 11. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....           |   |

8. ในการใช้บริการคลินิกเสริมความงาม ท่านใช้บริการสิ่งใดต่อไปนี้ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> รักษาผิวและฝ้า              | 2. <input type="checkbox"/> ลดรอยตีนกา                   |
| 3. <input type="checkbox"/> ลดริ้วรอยเหี่ยวย่น/ยกกระชับ | 4. <input type="checkbox"/> แก้ผิวแตกกลาย                |
| 5. <input type="checkbox"/> รักษาผิวพรรณ/บำรุงผิวหน้า   | 6. <input type="checkbox"/> รักษาผิวพรรณ/บำรุงผิวกาย     |
| 7. <input type="checkbox"/> กำจัดขนถาวร                 | 8. <input type="checkbox"/> ลดปัญหาเซลล์ลูไลท์ สลายไขมัน |
| 9. <input type="checkbox"/> ลดความอ้วน/ลดสัดส่วน        | 10. <input type="checkbox"/> ฉีดวิตามินผิวขาวใส          |
| 11. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....        |  |

9. ในการใช้บริการคลินิกเสริมความงามดังกล่าว ท่านพึงพอใจหรือไม่

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> พอใจ | 2. <input type="checkbox"/> ไม่พอใจ โปรดระบุ..... |
|----------------------------------|---|

10. ในการเลือกใช้บริการคลินิกเสริมความงามท่านเลือกใช้บริการที่ใด

- |  |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> คลินิกเสริมความงามที่ตั้งในห้างสรรพสินค้า                  |
| 2. <input type="checkbox"/> คลินิกเสริมความงามที่ตั้งเป็นอิสระในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ |

11. ใครที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจใช้บริการคลินิกเสริมความงามของท่านมากที่สุด (เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว)

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ตนเอง             | 2. <input type="checkbox"/> เพื่อน              |
| 3. <input type="checkbox"/> แฟน               | 4. <input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว    |
| 5. <input type="checkbox"/> แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ | 6. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... |

12. ความถี่ในการใช้บริการคลินิกเสริมความงามของท่าน (เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว)

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ทุกวัน              | 2. <input type="checkbox"/> 1 - 2 ครั้งต่อเดือน     |
| 3. <input type="checkbox"/> 3 - 4 ครั้งต่อเดือน | 4. <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน |
| 5. <input type="checkbox"/> นานๆครั้ง           |   |

13. ในการใช้บริการคลินิกเสริมความงาม ท่านเข้ารับบริการช่วงวันใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว)

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> จันทร์ - ศุกร์ | 2. <input type="checkbox"/> เสาร์- อาทิตย์ |
| 3. <input type="checkbox"/> วันหยุดราชการ  | 4. <input type="checkbox"/> ทุกวัน         |

14. ในการใช้บริการคลินิกเสริมความงาม ท่านเข้ารับบริการช่วงเวลาใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว)

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 06.00 – 09.00 น. | 2. <input type="checkbox"/> 09.01 – 12.00 น. |
| 3. <input type="checkbox"/> 12.01 – 15.00 น. | 4. <input type="checkbox"/> 15.01 – 18.00 น. |
| 5. <input type="checkbox"/> 18.01 – 21.00 น. | 6. <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน        |

15. โดยปกติท่านเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการคลินิกเสริมความงามแต่ละครั้งเป็นจำนวนเงินเท่าใด

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 500 บาท   | 2. <input type="checkbox"/> 501 - 1,000 บาท   |
| 3. <input type="checkbox"/> 1,001 - 1,500 บาท | 4. <input type="checkbox"/> 1,501 - 2,000 บาท |
| 5. <input type="checkbox"/> 2,001 - 2,500 บาท | 6. <input type="checkbox"/> 2,501 - 3,000 บาท |
| 7. <input type="checkbox"/> 3,001 บาท ขึ้นไป  |   |

16. ในการชำระค่าบริการคลินิกเสริมความงามท่านเลือกชำระแบบใด (เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว)

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> เป็นรายครั้ง        | 2. <input type="checkbox"/> เป็นคอร์ส |
| 3. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... |                                       |

17. การชำระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการคลินิกเสริมความงามแต่ละครั้งส่วนใหญ่ท่านชำระวิธีใด

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> เงินสด | 2. <input type="checkbox"/> บัตรเครดิต |
|------------------------------------|--|

18. ในการหาข้อมูลเพื่อใช้บริการคลินิกเสริมความงาม ท่านหาข้อมูลจากแหล่งใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว)

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต      | 2. <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์          |
| 3. <input type="checkbox"/> วิทยุ             | 4. <input type="checkbox"/> แผ่นพับโฆษณา          |
| 5. <input type="checkbox"/> ป้ายโฆษณา         | 6. <input type="checkbox"/> ถ้ามเพื่อน / คนรู้จัก |
| 7. <input type="checkbox"/> แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ | 8. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....   |

19. ถ้าท่านต้องการใช้บริการคลินิกเสริมความงามในครั้งต่อไป ท่านจะตัดสินใจเลือกอย่างไร (เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว)

- |   |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> เลือกใช้บริการคลินิกเดิมที่เคยใช้       |
| 2. <input type="checkbox"/> เลือกใช้บริการคลินิกใหม่ที่ยังไม่เคยใช้ |
| 3. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....                     |

20. ท่านคิดว่าอนาคตจะใช้บริการใดของคลินิกเสริมความงามดังกล่าว(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> รักษาผิวและฝ้า              | 2. <input type="checkbox"/> ลดรอยตีนกา                 |
| 3. <input type="checkbox"/> ลดริ้วรอยเหี่ยวย่น/ยกกระชับ | 4. <input type="checkbox"/> แก้ผิวแตกกลาย              |
| 5. <input type="checkbox"/> รักษาผิวพรรณ/บำรุงผิวหน้า   | 6. <input type="checkbox"/> รักษาผิวพรรณ/บำรุงผิวกาย   |
| 7. <input type="checkbox"/> กำจัดขนถาวร                 | 8. <input type="checkbox"/> ลดปัญหาเซลลูไลท์ สลายไขมัน |
| 9. <input type="checkbox"/> ลดความอ้วน/ลดสัดส่วน        | 10. <input type="checkbox"/> ฉีดวิตามินผิวขาวใส        |
| 11. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....        |  |

ส่วนที่ 3: ปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภคในการเลือกใช้บริการคลินิกเสริมความงามในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่

กรุณาวางกลม  ล้อมรอบตัวเลขเพื่อแสดงระดับความสำคัญในแต่ละปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของท่าน

◆ ท่านคิดว่าปัจจัยต่อไปนี้จะมีผลต่อท่านในการเลือกใช้บริการคลินิกเสริมความงามในระดับใด

ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>● ด้านผลิตภัณฑ์ (Product)</b>					
1. ภาพลักษณ์ของคลินิกดูเป็นมิตร	5	4	3	2	1
2. ภาพลักษณ์ของคลินิกดูมีความเชี่ยวชาญ	5	4	3	2	1
3. ความทันสมัยของอุปกรณ์ เครื่องมือ	5	4	3	2	1
4. ความสะอาดของอุปกรณ์ เครื่องมือ	5	4	3	2	1
5. ผลิตภัณฑ์ที่ใช้มีคุณภาพ/มาตรฐาน	5	4	3	2	1
6. อุปกรณ์เครื่องมือครบถ้วน	5	4	3	2	1
7. ความหลากหลายในการให้บริการ	5	4	3	2	1
8. ความมีชื่อเสียงของแพทย์ประจำคลินิก	5	4	3	2	1
9. ความมีชื่อเสียงของคลินิก	5	4	3	2	1
10. มีผลิตภัณฑ์นวัตกรรมใหม่ๆ กว่าที่อื่น	5	4	3	2	1
11. ความมีชื่อเสียงของผลิตภัณฑ์	5	4	3	2	1
12. อื่นๆ โปรดระบุ.....	5	4	3	2	1

ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ด้านราคา (Price)</b>					
1. มีป้ายบอกราคาชัดเจน	5	4	3	2	1
2. ราคาถูกกว่าคลินิกอื่นๆ	5	4	3	2	1
3. ราคาเหมาะสมกับการให้บริการ	5	4	3	2	1
4. ราคาเหมาะสมกับผลิตภัณฑ์	5	4	3	2	1
5. ราคาแพงแต่คุณภาพและบริการดี	5	4	3	2	1
6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	5	4	3	2	1
<b>ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย (Place)</b>					
1. ทำเลที่ตั้งของคลินิกอยู่ใกล้กับที่พัก	5	4	3	2	1
2. ที่ตั้งของคลินิกใกล้กับที่ทำงาน	5	4	3	2	1
3. ที่ตั้งของคลินิกสะดวกต่อการเดินทาง	5	4	3	2	1
4. ที่ตั้งของคลินิกหาง่าย	5	4	3	2	1
5. เวลาเปิด – ปิดสะดวกต่อการใช้บริการ	5	4	3	2	1
6. ที่ตั้งของคลินิกมีหลายสาขา	5	4	3	2	1
7. ที่ตั้งของคลินิกอยู่ในศูนย์การค้า	5	4	3	2	1
8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	5	4	3	2	1
<b>ด้านการส่งเสริมการตลาด (Promotion)</b>					
1. การโฆษณาน่าเชื่อถือ	5	4	3	2	1
2. การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆบ่อย	5	4	3	2	1
3. มีการสะสมยอดเพื่อแลกของรางวัล	5	4	3	2	1
4. มีสิทธิพิเศษให้แก่สมาชิก	5	4	3	2	1
5. มีการโฆษณาทางทีวี	5	4	3	2	1
6. การให้ส่วนลดในเทศกาล/โอกาสต่างๆ	5	4	3	2	1
7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	5	4	3	2	1



ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ด้านบุคลากร (People)</b>					
1. มารยาทและมนุษยสัมพันธ์ของพนักงาน	5	4	3	2	1
2. พนักงานมีความกระตือรือร้นในการให้บริการ	5	4	3	2	1
3. การตอบสนองและความเต็มใจของพนักงานในการให้บริการ	5	4	3	2	1
4. พนักงานมีความเชี่ยวชาญในสินค้าสามารถแนะนำรายละเอียดได้เป็นอย่างดี	5	4	3	2	1
5. พนักงานมีความชำนาญในการให้บริการ	5	4	3	2	1
6. พนักงานมีบุคลิกภาพดีและแต่งกายเหมาะสม	5	4	3	2	1
7. การให้ความสนใจต่อผู้มารับบริการ	5	4	3	2	1
8. พนักงานมีเพียงพอในการให้บริการ	5	4	3	2	1
9. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	5	4	3	2	1
<b>• ด้านการสร้างและนำเสนอลักษณะทางกายภาพ (Physical Evidence &amp; Presentation)</b>					
1. ป้ายหน้าร้านสวยงาม/มองเห็นได้ชัดเจน	5	4	3	2	1
2. การตกแต่งร้านทันสมัย	5	4	3	2	1
3. ความสะอาดของร้าน	5	4	3	2	1
4. บรรยากาศในร้าน	5	4	3	2	1
5. การจัดวางโต๊ะ เก้าอี้และอุปกรณ์เป็นระเบียบ	5	4	3	2	1
6. การมีที่นั่งสะดวกสบาย	5	4	3	2	1
7. มีหนังสือพิมพ์ นิตยสาร ไว้บริการลูกค้า	5	4	3	2	1

ปัจจัย	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8. มีบริการอินเทอร์เน็ต	5	4	3	2	1
9. มีเครื่องปรับอากาศบริการ	5	4	3	2	1
10. มีที่จอดรถ	5	4	3	2	1
11. เครื่องมือใหม่/ทันสมัย	5	4	3	2	1
12. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	5	4	3	2	1
<b>ด้านกระบวนการให้บริการ (Process)</b>					
1. ความรวดเร็วในการให้บริการ					
2. ความถูกต้องในการให้บริการ	5	4	3	2	1
3. เวลาที่ต้องรอในการรับบริการ	5	4	3	2	1
4. เวลาที่ต้องรอรับคำปรึกษา	5	4	3	2	1
5. ความรวดเร็วและถูกต้องในการคิดเงิน	5	4	3	2	1
6. ความรวดเร็วและถูกต้องในการจัด/ส่งยา	5	4	3	2	1
6. มีระบบการให้บริการที่ได้มาตรฐานเหมือนกันทุกครั้ง	5	4	3	2	1
7. ระบบการนัดหมายในการเข้าพบ	5	4	3	2	1
8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	5	4	3	2	1

ขอขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาววราภรณ์ คงรอด
วัน เดือน ปีเกิด	29 ธันวาคม 2525
ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรี สาขาวิชาภาษาอังกฤษ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2548
ประวัติการทำงาน	ปี พ.ศ. 2553 - ปัจจุบัน บริษัท มาร์ส ไทยแลนด์ อิงค์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved