

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

แบบสอบถาม

เรื่อง ความคิดเห็นของลูกจ้างบริษัทในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือต่อการให้บริการทางการแพทย์ตามโครงการประกันสังคมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความคิดเห็นของลูกจ้างบริษัทที่อยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูนที่เคยใช้บริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลลำพูนและ โรงพยาบาลหริภุญชัยเมมโมเรียล โดยแบบสอบถามนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้ คือ

- ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. ความคิดเห็นต่อบริการทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ
 3. ปัญหาและอุปสรรคในการรับบริการ

กรุณาแสดงความคิดเห็นว่าท่านเห็นด้วยกับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ท่านเลือกอย่างไรโดยกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ในปี พ.ศ. 2543 ท่านเลือกโรงพยาบาลใด ตามบัตรรับรองสิทธิของประกันสังคม

- ก. โรงพยาบาลลำพูน ข. โรงพยาบาลหริภุญชัย

2. เพศ ก. ชาย ข. หญิง

3. อายุ ก. 15 - 19 ปี ข. 20 - 24 ปี
 ค. 25 - 29 ปี ง. 30 - 34 ปี จ. 35 ปีขึ้นไป

4. สถานภาพ ก. โสด ข. สมรส (ทั้งกรณีที่ยังจดทะเบียน)
 ค. หย่า ง. ม่าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

5. ท่านมีบุตรกี่คน

- ก. ไม่มี (รวมถึงกรณีกำลังตั้งครรภ์) ข. 1 คน
 ค. 2 คน ง. มากกว่า 2 คน

6. ระดับการศึกษา

- ก. ระดับประถมศึกษา (ป.6)
 ข. ระดับมัธยมศึกษา (ม.3 หรือ ม. 6)
 ค. ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช. ปวส. หรือ ปวท.)
 ง.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

7. ระยะเวลาการทำงานในบริษัทปัจจุบัน

- () ก. น้อยกว่า 1 ปี () ข. 1 - 3 ปี
() ค. 4 - 6 ปี () ง. มากกว่า 6 ปี

8. บริษัทที่ท่านทำอยู่ปัจจุบันมีพนักงานประมาณเท่าใด

- () ก. น้อยกว่า 100 คน () ข. 101 - 300 คน
() ค. 301 - 500 คน () ง. มากกว่า 500 คน

9. ระดับรายได้ (รวมทั้งค่าทำงานล่วงเวลาและสวัสดิการต่าง ๆ เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่ากะ เป็นต้น)

- () ก. 3,500 - 5,000 บาท () ข. 5,001 - 7,500 บาท
() ค. 7,501 - 9,000 บาท () ง. มากกว่า 9,000 บาท

10. ท่านมีการประกันสุขภาพนอกเหนือจากประกันสังคมหรือไม่

- () ก. มี () ข. ไม่มี

11. จากคำถามในข้อ 10 ถ้าท่านมีการประกันสุขภาพ ประกันนั้นเป็นประเภทใด

- () ก. ท่านทำประกันด้วยตนเอง () ข. เป็นสวัสดิการของบริษัท
() ค. มีทั้งสองประเภท

12. ถ้าท่านมีประกันสุขภาพอยู่แล้วและยังเป็นผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคม กรณีที่เจ็บป่วยท่านจะใช้ บริการใดเป็นลำดับแรก

- () ก. ใช้ประกันสุขภาพเป็นลำดับแรก () ข. ใช้ประกันสังคมเป็นลำดับแรก

13. ในปี พ.ศ. 2543 ท่านจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเดือนละเท่าไร

- () ก. 100-199 บาทต่อเดือน () ข. 200-299 บาทต่อเดือน
() ค. 300-399 บาทต่อเดือน () ง. 400-450 บาทต่อเดือน

14. ท่านไปใช้บริการทางการแพทย์ตามสิทธิที่ได้รับจากโครงการประกันสังคมบ่อยแค่ไหน

- () ก. 1-3 เดือนต่อหนึ่งครั้ง () ข. 4-6 เดือนต่อหนึ่งครั้ง
() ค. 7-9 เดือนต่อหนึ่งครั้ง () ง. 10-12 เดือนต่อหนึ่งครั้ง

15. ท่านเคยไปใช้บริการทางการแพทย์ในลักษณะใด

- () ก. คนไข้ใน (พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเกิน 24 ชั่วโมง)
() ข. คนไข้นอก (พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง)
() ค. ทั้งสองลักษณะ

16. กรณีที่ท่านเคยใช้บริการของโรงพยาบาลที่เลือก ท่านใช้สิทธิประโยชน์ด้านใด

- () ก. กรณีเจ็บป่วย () ข. กรณีคลอดบุตร
() ค. กรณีอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อบริการทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ

| ด้านการรักษาพยาบาลของแพทย์ | เห็นด้วยมากที่สุด | เห็นด้วยมาก | เห็นด้วยน้อย | เห็นด้วยน้อยที่สุด | ไม่เห็นด้วย |
|--|-------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|
| 1. มีจำนวนแพทย์เพียงพอไม่ต้องรอนาน | | | | | |
| 2. มีแพทย์ผู้ชำนาญหลากหลายสาขาไว้บริการ | | | | | |
| 3. มีความรวดเร็วในการตรวจรักษา | | | | | |
| 4. แพทย์มีการให้คำแนะนำ ระหว่างการตรวจแต่ละครั้ง ด้วยอริยาบถไมตรีที่ดี | | | | | |
| 5. มีความชัดเจนและครบถ้วนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยของแพทย์ผู้ตรวจ | | | | | |
| 6. มี การรักษารวมตามสาเหตุและแก้ไขอาการป่วยได้ | | | | | |
| 7. แพทย์ผู้รักษามีความรู้ความชำนาญ | | | | | |
| 8. แพทย์มีการปฏิบัติต่อคนไข้ทุกคนด้วยความเสมอภาค | | | | | |
| 9. อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | |

| ด้านคุณภาพเวชภัณฑ์ | เห็นด้วยมากที่สุด | เห็นด้วยมาก | เห็นด้วยน้อย | เห็นด้วยน้อยที่สุด | ไม่เห็นด้วย |
|--|-------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|
| 10. อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ในโรงพยาบาลมี ความสะอาด และทันสมัย | | | | | |
| 11. จำนวนหรือปริมาณเครื่องมือเครื่องใช้มีความพอเพียง | | | | | |
| 12. ยาหรือเวชภัณฑ์มีคุณภาพเมื่อเทียบกับยาที่คนไข้โดยทั่วไปได้รับ | | | | | |
| 13. ลักษณะฉลาก คำอธิบายการใช้ยาที่ระบุโดยโรงพยาบาลมีความชัดเจน | | | | | |
| 14. ภาชนะบรรจุยาหรือเวชภัณฑ์มีความสะอาด สะดวกใช้ | | | | | |
| 15. อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | |

| ด้านค่าใช้จ่ายที่เสียไป | เห็นด้วยมากที่สุด | เห็นด้วยมาก | เห็นด้วยน้อย | เห็นด้วยน้อยที่สุด | ไม่เห็นด้วย |
|--|-------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|
| 16. ท่านคิดว่าเงินสมทบที่ถูกหักจากเงินเดือนทุกเดือนมีความเหมาะสม หรือมีความมั่นใจยามเจ็บป่วยท่านจะไม่เดือดร้อนด้านค่าใช้จ่าย | | | | | |
| 17. การใช้สิทธิประกันสังคมช่วยสร้างหลักประกัน เรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้ง | | | | | |
| 18. ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่ายาและเวชภัณฑ์ แต่ละครั้งมีความเหมาะสมกับคุณภาพที่ได้รับ | | | | | |
| 19. ค่ารักษาพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สิทธิแก่ผู้ประกันสังคมเพียงพอต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่เลือกโดยไม่ต้องจ่ายเพิ่ม | | | | | |
| 20. สำนักงานประกันสังคมเมมาจ่ายเงินให้โรงพยาบาลที่ท่านเลือกปีละ 1,000 เป็นจำนวนเงินที่มากเกินไป | | | | | |

| ด้านความมีคุณภาพของผู้ให้บริการ | เห็นด้วยมากที่สุด | เห็นด้วยมาก | เห็นด้วยน้อย | เห็นด้วยน้อยที่สุด | ไม่เห็นด้วย |
|---|-------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|
| 21. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแต่งกายสุภาพเรียบร้อย สะอาดและน่าเชื่อถือ | | | | | |
| 22. เจ้าหน้าที่แผนกยาเต็มใจที่จะแนะนำวิธีการใช้ยาแก่ท่านเป็นอย่างดีทุกครั้ง และไม่ใช้เวลารอนานเกินไป | | | | | |
| 23. เจ้าหน้าที่การเงินมีอัตราค่าที่คิดค่าธรรมเนียมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมและไม่ใช้เวลารอนานเกินควร | | | | | |
| 24. ในระหว่างการตรวจรักษาหรือนอนพักรักษาตัวได้รับการเอาใจใส่จากพยาบาลเหมือนคนไข้โดยทั่วไปของโรงพยาบาล | | | | | |
| 25. จำนวนพยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ มีความเหมาะสมกับปริมาณคนไข้ที่มาใช้บริการ | | | | | |

| ด้านความมีคุณภาพของผู้ให้บริการ(ต่อ) | เห็นด้วยมากที่สุด | เห็นด้วยมาก | เห็นด้วยน้อย | เห็นด้วยน้อยที่สุด | ไม่เห็นด้วย |
|--|-------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|
| 26. เจ้าหน้าที่ส่วนต่าง ๆ มีอัธยาศัยไมตรีและความกระตือรือร้นในการให้บริการ | | | | | |
| 27. อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | |

| ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก | เห็นด้วยมากที่สุด | เห็นด้วยมาก | เห็นด้วยน้อย | เห็นด้วยน้อยที่สุด | ไม่เห็นด้วย |
|--|-------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|
| 28. โรงพยาบาลตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่พักของท่านมากเกินไป | | | | | |
| 29. สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ในเขตที่สามารถหาขนพาหนะในการเดินทางได้ง่าย | | | | | |
| 30. วันเวลาเปิดทำการของโรงพยาบาลมีความเหมาะสมและสะดวกในการเข้ารับบริการ | | | | | |
| 31. โรงพยาบาลมีระบบการโทรแจ้งเหตุและมีรถบริการทั้งกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน | | | | | |
| 32. มีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือในการจอดรถ | | | | | |
| 33. โรงพยาบาลมีที่จอดรถเพียงพอ อยู่ในร่มหรือมีหลังคา กันแดด | | | | | |
| 34. โรงพยาบาลมีสถานที่ไว้บริการ และที่นั่งรอ ไว้บริการผู้ป่วยอย่างเพียงพอ สะดวกสบาย ไม่แออัดจนเกินไป | | | | | |
| 35. มีการแยกสถานบริการสำหรับผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยประกันสังคม | | | | | |
| 36. บริเวณที่พักระหว่างรอรับบริการมีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นรบกวน | | | | | |
| 37. การจัดพื้นที่รอบ ๆ โรงพยาบาลและในโรงพยาบาลมีการออกแบบที่ดี ร่มรื่น น่าอยู่ | | | | | |

| ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (ต่อ) | เห็นด้วยมากที่สุด | เห็นด้วยมาก | เห็นด้วยน้อย | เห็นด้วยน้อยที่สุด | ไม่เห็นด้วย |
|--|-------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|
| 38. โรงพยาบาลจัดห้องทะเบียนรับบัตรห้องตรวจโรค และห้องจ่ายยาใกล้กันทำให้ติดต่อได้สะดวก | | | | | |
| 39. มีห้องน้ำที่สะอาดและเพียงพอไว้บริการ | | | | | |
| 30. โรงพยาบาลมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น น้ำดื่ม หนังสือพิมพ์ไว้บริการญาติผู้ป่วยระหว่างนั่งรอ | | | | | |
| 41. โรงพยาบาลมีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่สะดวกทันสมัยเพียงพอต่อการให้บริการ | | | | | |
| 42. ในโรงพยาบาลมีร้านจำหน่ายอาหารและของใช้จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ | | | | | |
| 43. โรงพยาบาลมีป้ายแนะนำการเข้าใช้บริการอย่างชัดเจน | | | | | |
| 44. โรงพยาบาลมีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาให้บริการทำให้ได้รับความสะดวก รวดเร็วในการบริการ | | | | | |

**เฉพาะกรณีที่ท่านเป็นคนไข้ในหรือเคยพาญาติหรือเพื่อน
เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน กรุณาตอบคำถามข้อ 45- 49**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 45. มีจำนวนเตียงคนไข้เพียงพอ | | | | | |
| 46. สภาพห้องพักมีความกว้างขวางสะอาด การระบายอากาศดี ไม่มีเสียงหรือกลิ่นรบกวน | | | | | |
| 47. สภาพสิ่งของเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องพักอยู่ในสภาพดี และสะอาด | | | | | |
| 48. บริการอาหารของโรงพยาบาลมีความสะอาด และรสชาติดี | | | | | |
| 49. อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | |

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการรับบริการ

กรุณาแสดงความคิดเห็นว่าท่านเห็นด้วยกับลักษณะปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ท่านเลือกอย่างไร โดยกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

| ปัญหาหรืออุปสรรค | มีปัญหา มากที่สุด | มีปัญหา มาก | มีปัญหา น้อย | มีปัญหา น้อยที่สุด | ไม่มี ปัญหา |
|---|----------------------|----------------|-----------------|-----------------------|----------------|
| ด้านการรักษาพยาบาลของแพทย์ | | | | | |
| 1. ไม่มีการจัดลำดับที่ชัดเจนในการรับบริการตรวจ มีการลัดคิวหรือแซงคิวให้คนที่คุ้นเคย | | | | | |
| 2. แพทย์ผู้ตรวจพุดจาไม่สุภาพไม่มีความกระตือรือร้นหรือเป็นกันเองในการตรวจรักษา | | | | | |
| 3. แพทย์ไม่ชี้แจงหรือชี้แจงอาการป่วยของท่านไม่ชัดเจน ทำให้ท่านไม่ทราบวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง | | | | | |
| 4. ไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำอยู่ต้องรอแพทย์จากโรงพยาบาลอื่นทำให้เสียเวลารอคอยนาน | | | | | |
| 5. แพทย์ผู้ตรวจปฏิบัติต่อผู้ประกันสังคมไม่ดีเท่าคนไข้ | | | | | |
| ด้านคุณภาพเวชภัณฑ์ | | | | | |
| 6. บรรจุภัณฑ์มีกษาด ตัวหนังสือเลอะเลือนอ่านยาก | | | | | |
| 7. คุณภาพเวชภัณฑ์ใช้วัสดุคุณภาพต่ำไม่สะดวกในการใช้ | | | | | |
| 8. โรงพยาบาลมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือไม่เพียงพอ ต้องขอใช้บริการจากที่อื่น | | | | | |
| 9. อุปกรณ์ไม่สะอาดมีคราบเลอะเทอะหรือมีกลิ่นสกปรก | | | | | |
| ด้านค่าใช้จ่าย | | | | | |
| 10. ค่าใช้จ่ายแพงเกินความเป็นจริงเมื่อเทียบกับคุณภาพการรักษาที่ได้รับ | | | | | |
| 11. ไม่ทราบหลักเกณฑ์การได้รับสิทธิประโยชน์ของแต่ละประเภทโรคหรือการรักษาทำให้ไม่สามารถประเมินค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ | | | | | |

| ปัญหาหรืออุปสรรค | มีปัญหา มากที่สุด | มีปัญหา มาก | มีปัญหา น้อย | มีปัญหา น้อยที่สุด | ไม่มี ปัญหา |
|--|----------------------|----------------|-----------------|-----------------------|----------------|
| 12. ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมและไม่ได้รับความสะดวกในการชำระ | | | | | |
| 13. สำนักงานประกันสังคมปฏิเสธค่าใช้จ่ายบางรายการและถูกโรงพยาบาลเรียกเก็บย้อนหลัง | | | | | |
| 14. เสียค่าเดินทางไปใช้บริการที่โรงพยาบาลสูงไม่คุ้มกับการเจ็บป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ | | | | | |
| 15. การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของโครงการประกันสังคมทำให้ท่านเสียสิทธิการได้รับค่ารักษาพยาบาลจากบริษัท | | | | | |
| ด้านความมีคุณภาพของผู้ให้บริการ | | | | | |
| 16. เจ้าหน้าที่ห้องบัตรหรือทะเบียนพุดจาไม่สุภาพ ลำช้าและไม่กระตือรือร้นในการให้บริการ | | | | | |
| 17. เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ พุดจาไม่ค่อยสุภาพขาดความเป็นกันเอง และไม่คอยแนะนำผู้ป่วย | | | | | |
| 18. เจ้าหน้าที่พยาบาลเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยประกันสังคมแตกต่างจากคนไข้ทั่วไป | | | | | |
| 19. ไม่เข้าใจคำอธิบายของเจ้าหน้าที่พยาบาลเนื่องจากใช้ศัพท์ที่เข้าใจยาก หรือแสดงความรำคาญเมื่อถูกถาม | | | | | |
| 20. เจ้าหน้าที่จ่ายยา หรือเภสัชกรอธิบายวิธีการใช้ยาและเวชภัณฑ์ไม่ชัดเจนทำให้ไม่เข้าใจวิธีใช้ | | | | | |
| 21. เจ้าหน้าที่การเงินไม่ชี้แจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายเพราะเห็นว่าเป็นบริการประกันสังคมจึงทำให้ไม่ทราบค่าบริการในด้านต่าง ๆ | | | | | |

| ปัญหาหรืออุปสรรค | มีปัญหา มากที่สุด | มีปัญหา มาก | มีปัญหา น้อย | มีปัญหา น้อยที่สุด | ไม่มี ปัญหา |
|--|----------------------|----------------|-----------------|-----------------------|----------------|
| ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก | | | | | |
| 22. ที่จอดรถคับแคบ มีความยากลำบากในการนำรถเข้าออก | | | | | |
| 23. สถานที่นั่งรอคับแคบ แออัด ไม่มีที่นั่งเพียงพอ | | | | | |
| 24. มีขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากต้องเสียเวลารอนาน | | | | | |
| 25. บริเวณที่พักอาศัยร้อน ระบบระบายอากาศไม่ดีเท่าที่ควร | | | | | |
| 26. ห้องพักคับแคบ สกปรก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ | | | | | |
| 27. ไม่มีรถบริการกรณีฉุกเฉิน | | | | | |
| ด้านอื่นๆ | | | | | |
| 28. ไม่ทราบขั้นตอนหรือการใช้สิทธิประโยชน์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | | | | |
| 29. ไม่ทราบจำนวนเงินที่จะได้รับจากกองทุนประกันสังคม ทำให้เกิดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย | | | | | |
| 30. ลืมใช้บัตรรับรองสิทธิทำให้ไม่ได้รับความสะดวกในการรักษา | | | | | |
| 31. ได้รับเงินช่วยเหลือหรือเงินชดเชยจากประกันสังคมล่าช้า | | | | | |

- ปัญหาหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ.....
-
-
-

ประวัติผู้เขียน

| | |
|------------------|---|
| ชื่อ | นายชน วงศ์จินาพันธุ์ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 11 พฤศจิกายน 2506 |
| ประวัติการศึกษา | มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย ปี 2525 ปริญญาตรีครุศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ สถาบันราชภัฏ ลำปาง ปี 2529 |
| ประวัติการทำงาน | ปี 2530- 2536 เจ้าหน้าที่งานโครงสร้างอาคารสำนักงานและคลัง สินค้าประเทศญี่ปุ่น ปี 2537-2540 หัวหน้าแผนกควบคุมคุณภาพ บริษัทอิเล็กทรอนิกส์ นิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จ. ลำพูน ปี 2541 ล่ามและเจ้าหน้าที่ประสานงานการผลิต บริษัท เจ วี ซี คอมโพเนนท์ (ประเทศไทย) จำกัด ปี 2540-2543 ผู้จัดการฝ่ายบริหารงานทั่วไป บริษัทลำพูนชิงเคนแก่น นิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือจังหวัดลำพูน ปี 2543- ปัจจุบัน ผู้จัดการฝ่ายวางแผนและบริหารโรงงาน บริษัทลำพูนชิงเคนแก่น นิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน |