

Research article

ความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของ
ผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล
Expectations and Perceptions of Health and Social Services regarding
Social Inequality among Social-bound Elderly in the Authority of
Subdistrict Administrative Organization

กิติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์* วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย สันธิตภาพร กลิ่นทอง
ณัฐกร นิลเนตร รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวสิน ประเสริฐ ศรีนวล
Kitisak Rujiganjanarat*, Vanida Durongrittichai, Santhitaporn Klinthong,
Nathakon Nilnate, Ratchadawan Jitpornkulwasin, Praseart Srenal

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

*Corresponding Author, email: kitisak.ruj@mail.pbru.ac.th

Received: 28 September 2021; Revised: 23 May 2022; Accepted: 6 September 2022

บทคัดย่อ

บทนำ: ความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนางานบริการของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคม โดยรวมและจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ในผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 283 คน

วิธีการศึกษา: เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติไคร้พาร์มีเตอร์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมอยู่ในระดับมาก และการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังและการรับรู้ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพที่อยู่อาศัย ($p = 0.017$) ลักษณะครอบครัว ($p = 0.023$) และการออมเงิน ($p = 0.008$) มีผลต่อการรับรู้บริการและสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังบริการและสุขภาพตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมคือด้านการออมเงิน ($p = 0.049$)

บทสรุป: หน่วยบริการสุขภาพและสังคมในองค์การบริหารส่วนตำบลควรวางแผนดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้สูงอายุติดสังคม และสร้างการรับรู้ของผู้สูงอายุติดสังคม เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้มากขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้บริการสุขภาพและสังคม, ความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคม, ความเหลื่อมล้ำทางสังคม, ผู้สูงอายุติดสังคม

Abstract

Introduction: Health and social service expectations and perceptions were essential to improving the services of agencies to reduce social inequality.

Objective: This descriptive research aimed to compare the differences between expectations and perceptions of health and social services on social inequality among social-bound elderly as a whole and classified by personal attributes. In the active elderly, Muang District, Phetchaburi Province, number of 283 people.

Method: The questionnaire was collected with personal characteristics data, and information on expectations and perceptions of health and social services in relation to social inequality, such as economic, social welfare and human dignity. The data were analyzed by descriptive statistics nonparametric statistics and analysis of variance.

Results: The sample group had high level of expectation of health and social services on social inequality and the perception was at a moderate level. Expectations and perceptions economic, social welfare and human dignity were significantly different ($p < 0.001$) including the status of residence ($p = 0.017$) and family characteristics ($p = 0.023$) and savings ($p = 0.008$) Affects service and health expectations. And factor affecting expectations and perceptions of services and health on social inequality was savings factor ($p = 0.049$).

Conclusion: Health and social service units in subdistrict administrative organization should plan and implement activities in accordance with the expectations of the social-bound elderly and create more awareness such as economic, social welfare and human dignity among the social-bound elderly

Keywords: Perceptions of Health and Social Service, Expectations of Health and Social Service, Social Inequality, Social-bound Elderly

บทนำ (Introduction)

สถานการณ์ของประชากรทั่วโลกและประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรและเป็นประเทศที่กลายเป็นลักษณะสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ โดยประมาณการว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 13 ล้านคน และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทย จะมีผู้สูงอายุ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน¹

ประเทศไทยมีการปรับปรุงและพัฒนาบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 และได้มีการประกาศพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อให้การคุ้มครองส่งเสริม สนับสนุน ผู้สูงอายุตามสิทธิที่พึงได้รับ โดยด้านสุขภาพและสังคมมีหน่วยงานที่ดำเนินการทั้งระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด รวมไปถึงหน่วยงานราชการปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ขับเคลื่อนงานบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะอาศัยรูปแบบและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีลักษณะที่หลากหลายและ

แตกต่างกัน สามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว 2) การดูแลภายในสถาบัน 3) การดูแลโดยชุมชน และ 4) การดูแลในสถานการณ์พิเศษ² การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในชุมชนและสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และคาดหวังต่อบริการสุขภาพและสังคมตามที่หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ดิ้นรนที่ตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้จะมีความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยพบผู้สูงอายุมีความต้องการและความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน รวดเร็ว ครอบคลุม ไม่เลือกปฏิบัติ ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเป็นปัจจุบัน³ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพในด้านการบริการ ด้านคุณภาพการบริการ ด้านความพึงพอใจ และด้านความไว้วางใจ⁴

นอกจากนี้การบริการสุขภาพและสังคมที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในหลายพื้นที่ ความเหลื่อมล้ำจึงเป็นปัจจัยเสริมของอีกหลายปัญหาในสังคมไทยไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง รวมทั้งปัญหาสุขภาพ เมื่อเกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม ก็จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้มีโอกาสกับผู้ที่ขาดโอกาส ทำให้

การเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ในสังคมไม่ทั่วถึงกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและโดยเฉพาะพื้นที่นอกเขตชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มีความหวังในทางที่ดีคือมีโอกาสที่จะมีอายุยืนยาวต่อไปอีก 10-15 ปี แต่ยังคงพบปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะมากที่สุด และผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกาย⁶ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ คุณภาพบริการด้านการให้ความมั่นใจ การจัดการระบบบริการให้ดี และคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งสถานภาพทางครอบครัว⁷

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคมโดยภาพรวม และจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลหัวสะพาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ทั้งในชุมชนรูปแบบเมือง ท้องถิ่น และชนบท ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพและสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดสังคมต่อไป

วิธีการศึกษา (Method)

1. ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้ในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel)⁸ โดยกำหนดสัดส่วนของประชากร คือ 0.24⁹ และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความผิดพลาดไม่เกิน 0.05¹⁰ ได้จำนวนอย่างน้อย 277 คน และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple sampling) จนครอบคลุมจำนวนที่ต้องการ โดยสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 283 คน

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การใช้สิทธิสวัสดิการสังคม รายได้ การออมเงิน และการกู้เงิน จำนวน 11 ข้อ มีคำตอบเป็นลักษณะตัวเลือกตอบและข้อมูลความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จำนวน 44 ข้อ มีคำตอบเป็นลักษณะตัวเลือก 6 ตัวเลือก

ตามแบบมาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) ได้แก่ 5 คือมากที่สุด 4 คือมาก 3 คือปานกลาง 2 คือน้อย 1 คือน้อยที่สุด และ 0 คือไม่ต้องการ หรือไม่สามารเข้าถึงหรือเข้าไม่ถึง การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังและระดับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคม แบ่งเป็น 5 ระดับ¹¹ ดังนี้ คะแนน 1.00-1.80 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด คะแนน 1.81-2.60 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้ที่น้อย คะแนน 2.61-3.40 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้ปานกลาง คะแนน 3.41-4.20 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้มาก และคะแนน 4.21-5.00 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้มากที่สุด การประเมินคุณภาพบริการสุขภาพและสังคมประยุกต์มาจากแบบจำลองความคาดหวังและการรับรู้ (E-P Model)¹² อธิบายได้ว่าคุณภาพบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีคือคะแนนการรับรู้มากกว่าคะแนนความคาดหวัง (Perception-Expectation > 0) คุณภาพบริการอยู่ในเกณฑ์ที่เพียงพอ คือคะแนนการรับรู้เท่ากับคะแนนความคาดหวัง (Perception-Expectation = 0) และคุณภาพบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี คะแนนการรับรู้ต่ำกว่าคะแนนความคาดหวัง (Perception-Expectation < 0)

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 1.00 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.957 ซึ่งได้จากการทดลองใช้กับผู้สูงอายุตำบลหนองขนาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้ทำแบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์บุคคลจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

4. สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติไร้พารามิเตอร์ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคม ส่วนข้อมูลที่จำแนกเป็น 2 กลุ่ม เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไร้พารามิเตอร์ Mann-Whitney U test และสำหรับข้อมูลที่จำแนกเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ One-Way ANOVA โดยเปรียบเทียบผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยการเปรียบเทียบเชิงซ้อนด้วยวิธี Least Square Difference (LSD)

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ NPB-RU01-2564 และได้ดำเนินการตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกขั้นตอน

ผลการศึกษา (Results)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 67.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.2 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 78.1 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 81.6 มีสถานภาพสมรส หรือเคยผ่านการสมรส ร้อยละ 87.6 มีที่พักอาศัยเป็นของ

ตนเอง ร้อยละ 56.9 มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 72.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.7 ใช้สิทธิสวัสดิการสังคม ร้อยละ 62.5 มีรายได้น้อย คือน้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64.3 ไม่มีการออมเงิน และร้อยละ 72.1 ไม่มีการกู้เงิน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=283)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	32.2
หญิง	192	67.8
อายุ		
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	142	50.2
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	98	34.6
ผู้สูงอายุวัยปลาย (มากกว่า 80 ปี)	43	15.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	20	7.1
ระดับประถมศึกษา	221	78.1
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	42	14.8
สถานภาพสมรส		
โสด	52	18.4
สมรส /เคยผ่านการสมรส	231	81.6
สถานภาพที่อยู่อาศัย		
เป็นของตนเอง	248	87.6
ไม่ได้เป็นของตนเอง	35	12.4
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	122	43.1
ครอบครัวขยาย	161	56.9
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	79	27.9
มีโรคประจำตัว	204	72.1
การใช้สิทธิสวัสดิการสังคม		
ไม่ได้ใช้สิทธิสวัสดิการสังคม	15	5.3
ใช้สิทธิสวัสดิการสังคม	268	94.7
รายได้		
รายได้น้อย (น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือน)	177	62.5
รายได้ปานกลาง (2,500 ถึงน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน)	86	30.4
รายได้สูง (10,000 บาทต่อเดือน ขึ้นไป)	20	7.1
การออมเงิน		
ไม่มีการออมเงิน	182	64.3
มีการออมเงิน	101	35.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=283) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การกู้เงิน		
ไม่มีการกู้เงิน	204	72.1
มีการกู้เงิน	79	27.9

ความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคมทั้ง 3 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคมภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.71) โดยด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เรื่องการยอมรับ มีความคาดหวังมากกว่าด้านอื่น ๆ รองลงมาคือด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เรื่องการเลือกปฏิบัติและกีดกัน และด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เรื่องการมีสถานะบุคคลถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนด้านเศรษฐกิจ เรื่องการออมเงิน มีความคาดหวังน้อยกว่าด้านอื่น ๆ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.15) (ตารางที่ 2)

การรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคมทั้ง 3 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69) โดยด้านเศรษฐกิจ เรื่องการออมเงิน

มีการรับรู้น้อยกว่าด้านอื่น ๆ ส่วนด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เรื่องการยอมรับ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากกว่าด้านอื่น ๆ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.97) (ตารางที่ 2)

การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมโดยรวมและรายด้าน พบว่าความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมโดยรวมเท่ากับ -0.37 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำกว่าความคาดหวัง โดยด้านเศรษฐกิจเรื่องการออมเงิน และด้านสวัสดิการสังคมเรื่องสุขภาพอนามัย มีค่าความแตกต่างกันมากที่สุด (-0.49) รองลงมาคือด้านสวัสดิการสังคมเรื่องกระบวนการยุติธรรม มีค่าความแตกต่างกันเท่ากับ -0.44 ส่วนด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เรื่องการเลือกปฏิบัติและกีดกัน มีความแตกต่างมากที่สุด (-0.40) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (N=283)

ความเหลื่อมล้ำทางสังคม	ความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคม			การรับรู้บริการสุขภาพและสังคม			ความแตกต่าง (P-E)	Z	p-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล			
ด้านเศรษฐกิจ									
1. การมีงานทำและรายได้	3.19	1.12	ปานกลาง	2.82	1.07	ปานกลาง	-0.37	-5.92	<0.001
2. การออมเงิน									
3. การใช้จ่าย	3.06	1.15	ปานกลาง	2.57	1.12	น้อย	-0.49	-6.68	<0.001
	3.14	1.03	ปานกลาง	2.72	1.03	ปานกลาง	-0.42	-6.43	<0.001
ด้านสวัสดิการสังคม									
1. การสวัสดิการเบี่ยงชีพผู้สูงอายุ	3.58	1.04	มาก	3.20	0.99	ปานกลาง	-0.38	-5.89	<0.001
2. สุขภาพอนามัย	3.36	1.07	ปานกลาง	2.87	0.94	ปานกลาง	-0.49	-6.72	<0.001
3. การศึกษา	3.30	1.06	ปานกลาง	2.93	1.03	ปานกลาง	-0.37	-6.50	<0.001
4. การมีที่อยู่อาศัย	3.22	1.04	ปานกลาง	2.87	0.94	ปานกลาง	-0.35	-6.44	<0.001
5. กระบวนการยุติธรรม	3.24	1.20	ปานกลาง	2.80	1.14	ปานกลาง	-0.44	-5.92	<0.001
6. นันทนาการ	3.63	0.97	มาก	3.34	1.04	ปานกลาง	-0.29	-5.67	<0.001

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (N=283) (ต่อ)

ความเหลื่อมล้ำทางสังคม	ความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคม			การรับรู้บริการสุขภาพและสังคม			ความแตกต่าง (P-E)	Z	p-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล			
ด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์									
1. การยอมรับ	3.84	0.93	มาก	3.63	0.97	มาก	-0.21	-4.65	<0.001
2. การมีสถานะบุคคลถูกต้องตามกฎหมาย	3.67	1.01	มาก	3.40	0.95	ปานกลาง	-0.27	-6.23	<0.001
3. การเลือกปฏิบัติและกีดกัน	3.81	1.06	มาก	3.41	1.11	มาก	-0.40	-6.97	<0.001
รวม	3.42	0.71	มาก	3.05	0.69	ปานกลาง	-0.37	-8.83	<0.001

การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคม จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ดังนี้

ความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการออมเงินมีความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการออมเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.049$) ส่วนการรับรู้บริการ

สุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบ้านเป็นของตนเอง มีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีบ้านเป็นของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มที่เป็นครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.023$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการออมเงินมีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการออมเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคม จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=283)

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	ความคาดหวัง				การรับรู้			
	Mean	S.D.	Z	p-value	Mean	S.D.	Z	p-value
เพศ			-1.91	0.057			-1.12	0.263
ชาย	3.52	0.68			3.11	0.64		
หญิง	3.37	0.72			3.02	0.71		
อายุ			0.62 ^a	0.540			1.15 ^a	0.317
ผู้สูงอายุวัยต้น	3.43	0.06			3.00	0.06		
ผู้สูงอายุวัยกลาง	3.45	0.08			3.13	0.07		
ผู้สูงอายุวัยปลาย	3.31	0.10			3.02	0.09		
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	3.57	0.18	1.49 ^a	0.227	2.80	0.10	1.68 ^a	0.188
ระดับประถมศึกษา	3.44	0.05			3.08	0.05		
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	3.27	0.09			2.99	0.10		
สถานภาพสมรส								
โสด	3.41	0.69	-0.12	0.907	3.13	0.76	-0.93	0.355
สมรส/เคยผ่านการสมรส	3.42	0.71			3.03	0.67		

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคม จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=283) (ต่อ)

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	ความคาดหวัง				การรับรู้			
	Mean	S.D.	Z	p-value	Mean	S.D.	Z	p-value
สถานภาพที่อยู่อาศัย			-0.12	0.985			-2.39	0.017
เป็นของตนเอง	3.43	0.71			3.09	0.66		
ไม่ได้เป็นของตนเอง	3.37	0.71			2.74	0.80		
ลักษณะครอบครัว			-1.42	0.156			-2.27	0.023
ครอบครัวเดี่ยว	3.35	0.67			2.95	0.66		
ครอบครัวขยาย	3.47	0.73			3.12	0.70		
ภาวะสุขภาพ			-1.87	0.062			-0.06	0.949
ไม่มีโรคประจำตัว	3.53	0.75			3.05	0.70		
มีโรคประจำตัว	3.38	0.68			3.05	0.68		
การใช้สิทธิสวัสดิการสังคม				0.219			-1.79	0.074
ไม่ได้ใช้สิทธิสวัสดิการสังคม	3.62	0.69	-1.23		2.75	0.61		
ใช้สิทธิสวัสดิการสังคม	3.41	0.71			3.06	0.69		
รายได้			1.42 ^a	0.243			1.42 ^a	0.243
รายได้น้อย	3.37	0.06			2.99	0.05		
รายได้ปานกลาง	3.49	0.07			3.12	0.08		
รายได้สูง	3.57	0.15			3.18	0.18		
การออมเงิน			-1.97	0.049			-2.66	0.008
ไม่มีการออมเงิน	3.35	0.70			2.98	0.70		
มีการออมเงิน	3.55	0.70			3.17	0.64		
การกู้เงิน			-0.72	0.471			-0.27	0.789
ไม่มีการกู้เงิน	3.43	0.72			3.06	0.68		
มีการกู้เงิน	3.38	0.67			3.01	0.71		

^a สถิติ One-Way ANOVA แต่ไม่แตกต่างกันจึงไม่เปรียบเทียบรายคู่ด้วย Least Square Difference (LSD)

อภิปรายผล (Discussion)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความคาดหวังบริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ± 0.71) และการรับรู้ของผู้สูงอายุติดสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 ± 0.69) อธิบายได้ว่าการบริการสุขภาพและสังคมที่ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการหรือมีความเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี ตามแบบจำลองความคาดหวังและการรับรู้ (E-P Model)¹² ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพและสังคมควรวางแผน ดำเนินการต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับ

ความคาดหวังของผู้สูงอายุ และสร้างการรับรู้ของผู้สูงอายุให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการโดยรวมด้านกระบวนการให้บริการรักษา และด้านความเหมาะสมของค่ารักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโดยภาพรวมพบว่าระดับความคาดหวังสูงกว่าระดับความพึงพอใจ¹³

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคม ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านศักดิ์ศรี

ความเป็นมนุษย์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อความเหลื่อมล้ำทางสังคม ในด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่สูงกว่าการรับรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในพื้นที่ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ และด้านสวัสดิการสังคมที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประชาชนในกลุ่มและพื้นที่ต่างๆ ยังมีความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงสาธารณสุข เช่น คนในเมืองกับชนบทยังมีช่องว่างในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ รวมทั้งการเข้าถึงสิทธิต่างๆ ของกลุ่มประชากรเฉพาะในสังคมที่ยังไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างในสังคมไทย⁵

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้สูงอายุติดสังคม จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการออมเงินมีความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการออมเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายตามแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมได้ว่าการทำงานหรือการมีรายได้ซึ่งเป็นปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่อยู่สูงสุดในสุดจะส่งผลไปยังปัจจัยความสัมพันธภาพทางสังคม ปัจจัยชุมชนและปัจจัยสังคม¹⁴ ซึ่งหากผู้สูงอายุทำงานมีรายได้มากก็อนุมานได้ว่ามีการออมเงินที่มากขึ้นและย่อมหมายถึงความมั่นคงของตนเองที่ช่วยให้สามารถคาดหวังต่อบริการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองที่มากขึ้น มีศักยภาพที่จะติดต่อสัมพันธ์กับหน่วยบริการต่างๆ มากขึ้นและนำมาซึ่งการได้รับบริการสุขภาพและสังคมมากขึ้นตามมา กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มที่เป็นครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังพบว่าสมาชิกภายในครอบครัวจะช่วยกันทำหน้าที่ตามบทบาทในการแสวงหาและสนับสนุนทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง จัดหาข้อมูลเพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น¹⁵ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ขาดหรือมีสมาชิกจำนวนน้อยกว่าจะได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้เข้าถึงบริการทางสังคมและสุขภาพไม่มากเท่ากับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน ในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากจำนวนสมาชิกที่มากกว่าย่อมหมายถึงขนาดของความสัมพันธภาพทางสังคมที่มีมากกว่า¹⁶ กลุ่มตัวอย่างที่มีบ้านเป็นของตนเองมีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีบ้านเป็นของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีการออมเงินมีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการออมเงินอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการใช้บริการบ้านผู้สูงอายุที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีบ้านของตนเองและมีความมั่นคงทางการเงินมีความสัมพันธ์กับการได้รับบริการบ้านผู้สูงอายุของชุมชน¹⁷ อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยหรือมีการเก็บออมย่อมแสดงถึงความมั่นคงในการใช้ชีวิตและมีทัศนคติเชิงบวกต่อความต้องการที่จะเรียนรู้ตลอดจนทำความเข้าใจข้อมูลที่จะช่วยเพิ่มพูนศักยภาพหรือความมีคุณค่าในตนเองได้มากขึ้นและมีโอกาสที่จะแสวงหาบริการสุขภาพและสังคมที่สร้างความพึงพอใจ เดินทางไปยังแหล่งให้บริการ ใช้ทรัพยากรและจ่ายค่าบริการได้¹⁸

บทสรุป (Conclusion)

ผู้สูงอายุติดสังคมมีความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อบริการสุขภาพและสังคม ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในพื้นที่ ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาบริการสุขภาพและสังคมในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยมุ่งเน้นด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้านสวัสดิการสังคม และด้านเศรษฐกิจ ตามลำดับ หน่วยงานบริการสุขภาพและสังคมในพื้นที่ ควรดำเนินการกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ของผู้สูงอายุติดสังคมในด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเรื่องการออมเงินต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง การรับรู้ และความเหลื่อมล้ำทางสังคม เพิ่มขึ้น
2. ควรดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการสุขภาพและสังคมต่อไป
3. ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคม โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานจากผลการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.
2. สายฤดี วรรกิจโกคาทร, ประภาพรธรรม จูเจริญ, กมลพรรณ พันพิง, สาทิตรี ทยานศิษย์ และดวงใจ บรรทัด. *สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ: การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

3. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. *ผลการวิเคราะห์ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9*. นครราชสีมา: งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9; 2564.
4. โรจนศักดิ์ แสงระวีโรไล และชาคริต สกุลอิสริยาภรณ์. การพัฒนาธุรกิจบริการดูแลสุขภาพ ตามความคาดหวังของผู้สูงอายุเพื่อการบริการในอนาคตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์บูรพาปริทัศน์*. 2560;12(2): 71-92.
5. พลเดช ปิ่นประทีป. *ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
6. รติพร ถึงฝั่ง และสนิธา สมัครการ. สุขภาพ ความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารพัฒนาสังคม*. 2559;18(1): 35-60.
7. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มรุรส ทิพยมงคลกุล และจรรววรรณ หมั่นมี. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*. 2561;25(2): 91-104.
8. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in health science*. (5th ed.). New York: John Wiley & Sosnic; 1995.
9. ปวีณรัตน์ พลภักดิ์. *ความคาดหวังและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ OPPIY Club ของผู้สูงอายุ*. ปทุมธานี: คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
10. ศิริชัย พงษ์วิชัย. *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์เน้นสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
11. วณาพรรณ ชื่นอิม, พาณี สิตกะลิน และอารยา ประเสริฐชัย. ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพ การบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*. 2558;21(1): 122-138.
12. Kotler, P. *Marketing management: Analysis, planning, implementation, and control* (10th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 2000.
13. วรัญญา เขยตุ้ย, ชัญญานุช ทิวะสิงห์ และวลัยพร ราชคมน์. ความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*. 2561;5(1): 110-119.
14. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Chapter 20: Ecological Models of Health Behavior*. In: *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco, California: Jossey-Bass; 2008.
15. Kervin, L., Teo, K., Churchill, R., Riadi, I., & Cosco, T.D. Barriers in health and social care access and navigation for elder orphans: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2021;11(5): 1-7.
16. García-Martín, M.A., Hombrados-Mendieta, I., Gómez-Jacinto, L. A Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales de Psicología*. 2016;32(2): 501-515.
17. Mah, J.C., Stevens, S.J., Keefe, J.M., Rockwood, K., Andrew, M.K. Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults. *BMC Geriatrics*. 2021;21(145): 1-21.
18. รลริน ทองลือ. *ดรชชนี้การเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม*. ปริญญาโท วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาภูมิศาสตร์พัฒนาเพื่อการจัดการทรัพยากร คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม: 2560.

สัญญาอนุญาต ไฟล์ข้อมูลเสริม และ ลิขสิทธิ์

บทความเผยแพร่ในรูปแบบของบทความแบบเปิดและสามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี (open-access) ภายใต้เงื่อนไขของสัญญาอนุญาตครีเอทีฟคอมมอนส์สากลในรูปแบบที่ต้องอ้างอิงแหล่งที่มา ห้ามใช้เพื่อการค้า และห้ามแก้ไขตัดแปลงเวอร์ชัน 4.0 (CC BY NC ND 4.0) ท่านสามารถแจกจ่ายและนำบทความไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาได้ แต่ต้องระบุการอ้างอิงถึงบทความนี้จากเว็บไซต์วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดยการระบุข้อมูลบทความและลิงก์ URL บนเอกสารอ้างอิงของท่าน ท่านไม่สามารถนำบทความไปใช้เพื่อการค้าหรือเผยแพร่ได้ เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากบรรณาธิการวารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และกรณีมีการนำบทความไปเรียบเรียงใหม่ เปลี่ยนแปลงเนื้อหา หรือเสริมเติมแต่งเนื้อหาของบทความนี้ ท่านไม่สามารถนำบทความที่ปรับแต่งไปเผยแพร่ได้ในทุกกรณี

หากมีข้อสงสัยเอกสารข้อมูลวิจัยเสริมเพิ่มเติมใด ๆ ที่ใช้อ้างอิงในบทความท่านสามารถเข้าถึงได้บนหน้าเว็บไซต์ของวารสาร

บทความนี้เป็นลิขสิทธิ์ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ (Chulabhorn Royal Academy) พ.ศ.2565

การอ้างอิง

กิตติศักดิ์ รัชกิจกาญจนรัตน์, วณิดา ตรงค์ฤทธิชัย, สันธิฐิตาพร กลิ่นทอง, อนุชกร นิลเนตร, รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวาทิน, และประเสริฐ ศรีนวล. ความคาดหวังและการรับรู้บริการสุขภาพและสังคมตามความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*. 2565; 4(4): 169-178. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/253934>

Rujiganjanarat K., Durongrittichai V., Klinthong S., Nilnate N., Jitpornkulwasin R., Srenual P. Expectations and Perceptions of Health and Social Services regarding Social Inequality among Social-bound Elderly in the Authority of Subdistrict Administrative Organization. *J Chulabhorn Royal Acad.* 2022; 4(4):169-178. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/253934>

Online Access

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/253934>

