

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รูปแบบการพัฒนาในอดีตที่ผ่านมา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 ได้เน้นการพัฒนาด้านวัตถุ อันได้แก่ การเพิ่มผลผลิตรายได้และสาธารณูปโภคต่าง ๆ และเป็นการพัฒนาชุมชนเมืองมากกว่าชนบท ที่สำคัญก็คือเน้นบทบาทของรัฐและเจ้าหน้าที่ราชการ ให้เป็นผู้พัฒนาชุมชน ผลที่ได้รับก็คือประชาชนยังต้องพัฒนาเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำต่ำสูง ในทางเศรษฐกิจความเป็นอยู่ ยิ่งไปกว่านั้นผลผลิตการพัฒนาซึ่งออกมาในรูปของวัตถุและโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดทำขึ้นก็ไม่มีความจริงยังยืนยันทศศาสตร์ของการพิจารณาแนวใหม่ จึงถือว่า "การมีส่วนร่วมของชุมชน" เป็นหลักการและวิธีการที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนาสังคมในทุก ๆ ด้าน เพราะเป็นหลักการที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถยืนหยัดพึ่งพิงตนเอง ได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต และสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน ดูแลตนเองได้ทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย ซึ่งมีตัวอย่างหลายรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาใช้กับการดำเนินงานที่ผ่านมา เช่น การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. ในการวางแผน และแก้ปัญหาของชุมชน การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศส.มช) การตั้ง ผสส/อสม. ในลักษณะที่เป็นกลุ่มชน หรือแม้แต่การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ก็เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ได้นำเอาหลักและวิธีการมีส่วนร่วม มาใช้ในการพัฒนาการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการ แก้ปัญหาทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น แต่ผลของการพัฒนาก็ยังไม่มีความจริง ยั่งยืนเท่าที่ควร ดังนั้นจึงได้มีการแสวงศึกษาแนวทางและวิธีการต่าง ๆ ของโครงการหรือกิจกรรมที่ มีความยั่งยืนโดยให้วิธีการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดการพัฒนา ที่มุ่งเน้นการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2528, หน้า 2) ดังนั้นรัฐบาลจึงได้เร่งดำเนินการพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน แต่บริการ สาธารณสุขก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ได้ ทั้งนี้เพราะงบประมาณที่กระทรวง สาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ในตัวเมืองมากกว่าชนบท ประกอบกับ

ประชาชนในชนบทไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสถานบริการสาธารณสุขเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยและประโยชน์ของสถานบริการของรัฐที่มีอยู่ ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของประชาชนในชนบทยังคงเพิ่มสูงขึ้น (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535, หน้า 151-152)

จากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายการบริการสุขภาพและปัญหาทางด้านสุขภาพของคนในชนบทที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความล้มเหลวของกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศที่ผ่านมา เพราะเป็นกระบวนการพัฒนาที่ไม่ได้ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527, หน้าคำนำ) รวมทั้งไม่ได้ยกระดับความสามารถของประชาชนให้เข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง ประชาชนจึงกลายเป็นผู้ร่วม (Passive Participation) ในการพัฒนาไม่ได้เป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนา (Active Participation) ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา และไม่อาจครอบคลุมความต้องการของคนส่วนใหญ่ได้

ปัจจุบันแนวคิดของการพัฒนาจึงเปลี่ยนแปลงไป โดยมุ่งการพัฒนาไปที่ “การมีส่วนร่วมของชุมชน” (Community Participation) โดยการพยายามที่จะมุ่งเน้นในเรื่องการเพิ่มระดับความสามารถในการพัฒนาตนเองและการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึง การเน้นให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเองให้มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบของการพัฒนา ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น (สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2538, หน้า 14) จากแนวความคิดดังกล่าวได้เกิดกระแสของการพัฒนาแนวใหม่ขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน (Basic Minimum Need) โดยให้ความสำคัญของประชาชนเป็นพื้นฐานการพัฒนา (เสนห์ จามริก อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, (บรรณาธิการ), 2527, หน้า 23) ความสำเร็จของการพัฒนาแนวใหม่จึงขึ้นอยู่กับประชาชนและชุมชนเป็นหลัก และต้องเป็นการพัฒนาที่เริ่มมาจากประชาชนเองจึงจะสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบท (Context) ของชุมชนและความต้องการที่แท้จริง (Real Need) จึงจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ดังนั้นการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยจะประสบผลสำเร็จได้นั้น จำเป็นที่จะต้องพัฒนาประชาชนให้สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชน โดยใช้ความพยายามของชุมชนเป็นหลัก คือ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา

สาธารณสุขนั่นเอง (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2538, หน้า 2) แต่จากการพิจารณาผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขของระบบราชการไทยที่ผ่านมา พบว่าการมีส่วนร่วมโดยวิธีปฏิบัติของราชการไม่เป็นไปตามลักษณะการมีส่วนร่วม ที่ให้ประชาชนเป็นผู้กระทำตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เนื่องจากการทำงานของระบบราชการมีเป้าหมายคือการขยายปริมาณกิจกรรม ขยายจำนวนหมู่บ้านปฏิบัติการมากกว่าพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงาน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงไม่ได้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เพราะประชาชนไม่ได้เป็นผู้คิดค้นปัญหาของชุมชนขึ้นมาแล้วหาแนวทางแก้ไขตั้งแต่เริ่มต้น การทำโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาในชุมชนของไทยส่วนใหญ่มักมาจากนโยบายของรัฐสั่งการลงมา (Top Down) โดยรัฐเป็นผู้นำผู้คิด แล้วให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบาย และให้ประชาชนเข้ามาร่วมในโครงการหรือกิจกรรม ประชาชนจึงกลายเป็นผู้เข้าร่วม (Passive Participation) ในการพัฒนาไม่ได้เป็นผู้มีส่วนลงมือกระทำ (Active Participation) หรือมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนา ผลที่ได้รับก็คือประชาชนชนบทยังคงด้อยพัฒนา ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2538, หน้า 4)

อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของประชาชนในความหมายที่เข้าใจกันเป็นสากล หมายถึง การที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมตลอดจน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1977, pp.7-9) ซึ่งสภาพของสังคมไทยภายใต้ข้อกำหนดหรือนโยบายของระบบราชการไทยในปัจจุบันนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงจะสามารถเกิดขึ้นได้หรือไม่ ดังนั้นจึงยังเป็นประเด็นที่ต้องการการพิสูจน์หาคำตอบต่อไป

สำหรับผู้สูงอายุที่ในปัจจุบันต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมีผลทำให้บุคคลที่อยู่ในวัยแรงงานต้องออกนอกบ้านมากขึ้น และยังมีการพัฒนาจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองเพิ่มขึ้น ทำให้สภาพครอบครัวเปลี่ยนจากสภาพครอบครัวขยายซึ่งประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มาเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียง พ่อ แม่ ลูก เท่านั้น (สุพัตรา สุภาพ, 2531, หน้า 68-69) จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังและขาดการเอาใจใส่จากลูกหลาน ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) ซึ่งรัฐบาลได้เน้นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเน้นบทบาทของรัฐในการสร้างความเข้าใจถึงปัญหาของผู้สูงอายุ และยังสนับสนุนให้ประชาชนวางแผนเตรียมการ

พึ่งตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2530) และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) ซึ่งนอกจากจะเน้นการบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมและเป็นธรรม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว รัฐบาลยังได้กำหนดวัตถุประสงค์ให้ครอบครัวในชนบทและพื้นที่เฉพาะมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงการมีคุณภาพชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534, หน้า 5) นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ก็ได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 โดยมีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ 5 รายการ คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้ ด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านสวัสดิการ (อนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, 2525) ดังนั้น ในส่วนของผู้สูงอายุก็ได้มีการนำหลักการมีส่วนร่วมมาใช้เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2529 เป็นต้นมา (ยุพิน วรสิริอร และ วาทีณี บุญชะลิกษ์, 2538, หน้า 19) เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนระหว่างรัฐกับชุมชนในการวางแผนดำเนินงาน และ การใช้กิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน และนอกจากนี้ ยังใช้เป็นที่พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านสุขภาพอนามัย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ได้มีโอกาสในการดำเนินการในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรม เพื่อร่วมกันแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ การพัฒนาตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และการถ่ายทอดความรู้ ด้านวัฒนธรรมแก่คนรุ่นหลัง ตลอดจนเพื่อให้มีการออกกำลังกายที่ถูกรวบรวมกันในสถานที่ตั้งชมรม หรือสถานที่จัดกิจกรรม และให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัย (สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, 2536, หน้า 50)

จากประสบการณ์ในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอปายปี พ.ศ.2535-2540 (คณะประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอปาย, 2538, หน้า 23) พบว่า บางชมรมประสบผลสำเร็จและบางชมรมไม่ประสบผลสำเร็จ จึงมีการตั้งข้อสังเกตว่าชมรมที่ไม่ประสบผลสำเร็จนั้นอาจเป็นเพราะว่า เจ้าหน้าที่ทางภาครัฐเข้าไปมีบทบาทและสั่งการมากเกินไป ในขณะที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ปฏิบัติตามเป็นส่วนใหญ่ ส่วนชมรมที่ประสบผลสำเร็จนั้น อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่มีบทบาทน้อยลง แต่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ มากขึ้น และอย่างต่อเนื่อง ซึ่งชมรมหนึ่งในจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม หมู่ที่ 3 ต. เวียงใต้ อ. ปาย จ. แม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นชมรมที่ตั้งขึ้นเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2535 จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 6 ปี มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 63 คน จนสามารถ

กล่าวได้ว่าเป็นชมรมที่มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลานานมีกิจกรรมและการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกอย่างต่อเนื่องมากกว่าชมรมอื่น และมีคณะกรรมการในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจน จึงถือได้ว่าชมรมแห่งนี้มีความยั่งยืน

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขามนั้น สมาชิกมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างไร ได้เข้าร่วมในทุกขั้นตอนหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเข้าร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ผลที่ได้จากการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ให้มีความเหมาะสมและประสบผลสำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม หมู่ที่ 3 ตำบลเวียงใต้ อำเภอป่าเย็บ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตประชากร

ขอบเขตประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม หมู่ที่ 3 ตำบลเวียงใต้ อำเภอป่าเย็บ จังหวัดแม่ฮ่องสอน สอดตั้งแต่ปี 2535 ถึงปัจจุบัน (2542)

ขอบเขตของเนื้อหา ประเด็นที่ศึกษา

1. สภาพทั่วไปของชุมชน ตั้งแต่สภาพทางภูมิศาสตร์ ประวัติความเป็นมาของชุมชน สภาพความเป็นอยู่ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง การศึกษา การแพทย์และการสาธารณสุข และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน

2. กระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่การก่อตั้งชมรม การบริหารจัดการ ชมรม และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินการก่อตั้งและดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 ถึงปัจจุบัน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุโดยพิจารณาจาก

2.1.1 พื้นฐานของการเข้าร่วม

2.1.2 รูปแบบการเข้าร่วม

2.1.3 ขอบเขตของการเข้าร่วม

2.1.4 ผลของการเข้าร่วม

2.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุใน 4 ขั้นตอน คือ

2.2.1 การมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจในการดำเนินการ (Decision Making)

2.2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม (Implementation)

2.2.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits)

2.2.4 การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (Evaluation)

2.3 เจ็อนไข ปัจจัย ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.3.1 ลักษณะของโครงการ/กิจกรรม โดยพิจารณาจากความสลับซับซ้อนของขั้นตอนในการดำเนินงาน และผลประโยชน์ตอบแทน

2.3.2 สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย

- ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ
- ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ
- ปัจจัยด้านสังคม
- ปัจจัยด้านวัฒนธรรม
- ปัจจัยด้านการเมืองและการปกครอง
- ปัจจัยด้านประวัติศาสตร์

2.3.3 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

2.3.4 ปัจจัยภายใน ได้แก่ รายได้ สุขภาพ ความต้องการด้านสังคม ผู้นำชุมชน และลูกหลานของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ชายไทยหรือหญิงไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ตามบัตรประจำตัวประชาชน) และเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขามแล้ว

ชมรม หมายถึง การที่คนมารวมตัวกันมีวัตถุประสงค์และทิศทางการดำเนินงานเดียวกัน

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มาร่วมกันจัดตั้งเป็นกลุ่มขึ้นโดยมีหลักการและแนวคิดร่วมกันในการดำเนินการของชมรมเพื่อให้เป็นที่พบปะสังสรรค์และแลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ได้มีโอกาสในการดำเนินการในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรมเพื่อร่วมกันแสวงหาความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านป่าขาม หมู่ที่ 3 ตำบลเวียงใต้ อำเภอป่าขาม จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีจำนวน 63 คน เริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ.2535 ดำเนินงานกันในรูปแบบคณะกรรมการ มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่าขาม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นที่ปรึกษา

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่สมัครเป็นสมาชิกของชมรมและเสียค่าสมัครสมาชิกตามที่ทางชมรมกำหนดเรียบร้อยแล้ว

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการวางแผนดำเนินงานตรวจสอบและประเมินผล ตลอดจนใช้ประโยชน์จากกิจกรรมที่จัดขึ้น

ความร่วมมือของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในการดำเนินงานในกิจกรรมที่ตนเองหรือชุมชนมีได้เป็นผู้ตัดสินใจ ในการกำหนดกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ แต่คนภายนอกเป็นผู้ตัดสินใจแทน

กระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การเข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยลักษณะ ขั้นตอน และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ

ลักษณะการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การพิจารณาถึงคุณภาพของการเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่การก่อตั้งชมรม การบริหารจัดการชมรมและกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิการของชมรมผู้สูงอายุว่ามีการเข้าร่วมอย่างไรบ้าง โดยพิจารณาจากพื้นฐานของการเข้าร่วมโดยพิจารณาจากความกระตือรือร้นและแรงจูงใจในการเข้าร่วม รูปแบบการเข้าร่วมโดยพิจารณาจากการเข้าร่วมโดยตรงหรือโดยอ้อม ขอบเขตของการเข้าร่วมโดยพิจารณาจากความถี่ห่าง จำนวนครั้งที่เข้าร่วม ความสม่ำเสมอ และฤดูกาลที่เหมาะสม รวมทั้งช่วงเวลาที่ใช้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง และผลของการเข้าร่วมโดยพิจารณาจากการดำเนินกิจกรรมว่ามีผลต่อชุมชนอย่างไร

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง บทบาทของสมาชิกชมรมได้เข้าไปมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่การก่อตั้งชมรม การบริหารจัดการชมรมและกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิการของชมรมผู้สูงอายุโดยเนื้อหาของขั้นตอนการมีส่วนร่วม มี 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ ในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของกิจกรรม และการมีส่วนร่วมควบคุมติดตามประเมินผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง สิ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชมรมได้เข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ การก่อตั้งชมรม การบริหารจัดการชมรม และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของชมรมผู้สูงอายุ

การบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การวางแผนการดำเนินงานในชมรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ซึ่งจะครอบคลุมในเรื่อง การกำหนดระเบียบข้อบังคับของชมรม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยเรื่อง วัตถุประสงค์ โครงสร้างการบริหารของชมรม หน้าที่และการหมดสภาพจากการเป็นคณะกรรมการบริหาร การเป็นสมาชิก สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก การขาดจากการเป็นสมาชิก การประชุมคณะกรรมการและสมาชิกชมรม การเลือกตั้งคณะกรรมการบริหาร การตั้งชื่อและหาสถานที่ตั้งของชมรม จัดประชุม จัดหาและควบคุมการใช้จ่ายเงินของชมรม กำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของชมรมและการกำหนดกฎเกณฑ์การดำเนินกิจกรรมของชมรม

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการจัดการควบคุมและปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพดี

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่มุ่งเร่งรัดการเพิ่มความสามารถในการจัดการควบคุมและปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพให้ดีขึ้น เพื่อบรรลุถึงสุขภาพดีซึ่งจะครอบคลุมกิจกรรมทั้งที่ผู้สูงอายุดำเนินการกันเอง ได้แก่ กิจกรรมสาธารณสุข กิจกรรมศาสนา การจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขพี่เลี้ยง(อสม.) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แต่งตั้งอย่างเป็นทางการให้เป็นผู้คอยดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุในชมรมให้สามารถดำเนินงานไปได้ดี

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งชมรม การบริหารจัดการชมรม และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของชมรมผู้สูงอายุ บ้านป่าขาม หมู่ที่ 3 ตำบลเวียงใต้ อำเภอป่าเย็บ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. นำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในอำเภอป่าเย็บให้มีความก้าวหน้าและยั่งยืนต่อไป
3. เป็นแนวทางในการศึกษาของชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ