

ดนตรีในฐานะกลไกเสริมสร้างทุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทย : ข้อเสนอเชิงนโยบาย
MUSIC AS A MECHANISM FOR BUILDING SOCIAL CAPITAL AMONG THAI OLDER ADULTS:
POLICY RECOMMENDATIONS

วิชัย บุญรอด

Vich Boonrod

คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Humanities, Naresuan University

E-mail : vichb@nu.ac.th



บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สถานะสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20.2 ของประชากรทั้งประเทศ การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรที่รวดเร็วก่อให้เกิดความท้าทายเชิงนโยบายที่กว้างกว่าเรื่องสาธารณสุขและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะปัญหาความโดดเดี่ยวทางสังคมและการเสื่อมถอยของทุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาวะในระยะยาว แม้ที่ผ่านมาประเทศไทยได้ขับเคลื่อนนโยบายเพื่อรองรับสังคมสูงวัย แต่บทบาทของศิลปะและดนตรียังถูกจัดวางในตำแหน่งของกิจกรรมนันทนาการมากกว่าโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม บทความวิชาการเชิงวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารนี้นำเสนอการวิเคราะห์หาส่วนที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ การวางกรอบทุนทางสังคมในมิติของผู้สูงอายุโดยอาศัยทฤษฎีของ Bourdieu, Coleman และ Putnam ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติ การวิเคราะห์บทบาทของกิจกรรมดนตรีในฐานะกลไกการสร้างทุนทางสังคมแบบ bonding และ bridging การสำรวจภูมิทัศน์ของกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งระดับชุมชน ระดับสถาบัน และระดับนโยบายชาติ การชี้ช่องว่างเชิงนโยบายที่ทำให้ดนตรียังไม่ได้รับการลงทุนเชิงระบบ และการเสนอกรอบเสาหลักห้าด้านครอบคลุมการพัฒนาบุคลากร นวัตกรรมเครื่องดนตรีและทรัพยากร การบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลไกการเงินที่ยั่งยืน และการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย ข้อเสนอในบทความชี้ว่าการลงทุนในกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุไม่ใช่งานนันทนาการ หากแต่เป็นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่มีศักยภาพในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรอบที่นำเสนอสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับชาติ โดยเฉพาะในช่วงที่ประเทศไทยกำลังเตรียมเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดภายในปี พ.ศ. 2576

คำสำคัญ: ทุนทางสังคม , ดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ , สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ , นโยบายสาธารณะ, สุขภาวะของผู้สูงอายุ

*Received May 2; Revised June 4, 2026; Accepted June 8, 2026

Abstract

Thailand entered the status of a completely-aged society in 2024, with citizens aged 60 and over comprising 20.2 percent of the total population. This rapid demographic transition has generated policy challenges extending beyond conventional public health and economic concerns, most notably the intensification of social isolation and the gradual erosion of social capital among older adults. Although Thailand has implemented a range of measures to support its aging citizens, the role of arts and music continues to be positioned as recreational activity rather than as social infrastructure. This analytical, document-synthesis article presents an analysis across five interrelated dimensions: a conceptual framing of social capital relevant to older adults that draws on the foundational works of Bourdieu, Coleman, and Putnam alongside international empirical evidence; an examination of music-making as a mechanism for fostering both bonding and bridging social capital in later life; a survey of music programs for older adults in Thailand at community, institutional, and national levels; an analysis of policy gaps that perpetuate the recreational framing; and a Five-Pillar Policy Framework comprising workforce development, age-appropriate instrument and resource development, integration with primary health care, sustainable financing, and data infrastructure. The article concludes that investment in music-based programs for older adults should be reconceptualized as strategic investment in social infrastructure with potential to reduce public health burdens, strengthen community cohesion, and enhance the holistic quality of life of older Thai citizens. The proposed framework offers actionable pathways for implementation across local, regional, and national tiers, particularly relevant as Thailand prepares to transition into a super-aged society by 2033.

Keywords: Social capital, Music for older adults, Completely-aged society, Public policy, Older adults' wellbeing

บทนำ

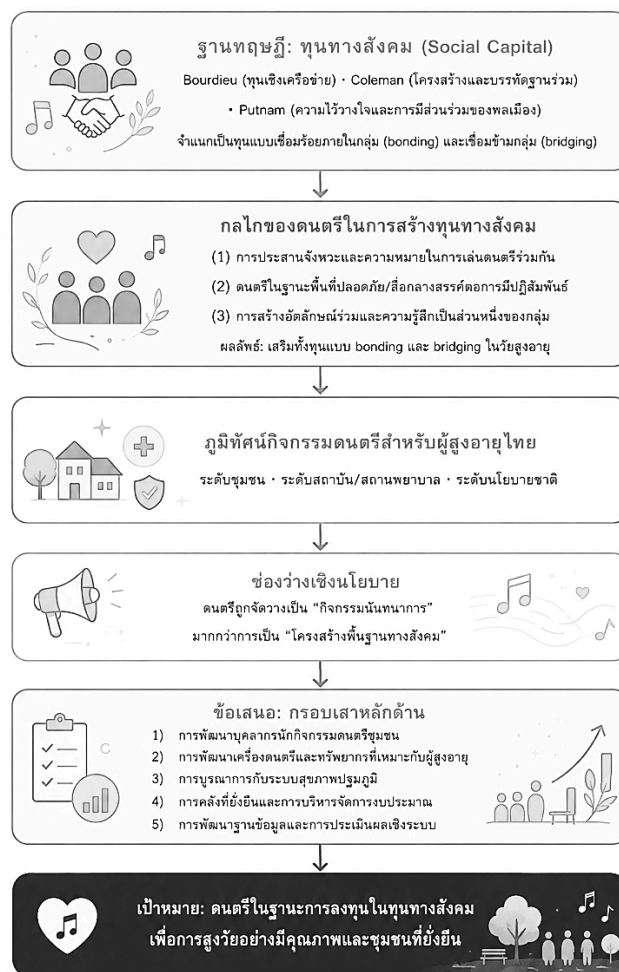
ในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรที่รวดเร็วเหนือกว่าหลายประเทศในภูมิภาค องค์การอนามัยโลกระบุว่าไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการเข้าสู่สังคมสูงวัยเร็วที่สุดในโลก โดยใช้เวลาน้อยกว่า 20 ปีในการเปลี่ยนสถานะจากสังคมสูงวัยในปี พ.ศ. 2548 ไปสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสั้นกว่ากรณีของสิงคโปร์และจีนอย่างมีนัยสำคัญ (World Health Organization [WHO], 2023) สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 14.16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.2 ของประชากรทั้งประเทศ (National Statistical Office [NSO], 2024) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าสัดส่วนนี้จะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 จนไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดภายในทศวรรษถัดไป (WHO, 2023) นอกจากนี้ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 31.1 ในปี พ.ศ. 2567 และสัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.9 ซึ่งสะท้อนความเปราะบางของเครือข่ายทางสังคมในระดับครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น (National Statistical Office, 2024) การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างนี้นำมาซึ่งคำถามเชิงนโยบายที่ซับซ้อน

กว่าการขยายระบบบริการสุขภาพหรือการปรับระบบบ้านญาติ คือคำถามว่าด้วยคุณภาพของความสัมพันธ์ทางสังคมและความเชื่อมโยงของผู้สูงอายุภายในชุมชน ซึ่งเป็นมิติที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะทั้งทางกาย ทางใจ และทางสังคมในระยะยาว (WHO, 2015)

แนวคิดทุนทางสังคมที่ได้รับการพัฒนาโดย Bourdieu (1986), Coleman (1988) และ Putnam (2000) ให้กรอบในการเข้าใจปรากฏการณ์นี้อย่างเป็นระบบ โดย Bourdieu มองทุนทางสังคมในฐานะทรัพยากรที่ปัจเจกสะสมผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์ ขณะที่ Coleman เน้นมิติเชิงโครงสร้างและบรรทัดฐานร่วมที่เอื้อต่อการกระทำร่วมกัน ส่วน Putnam เสนอว่าทุนทางสังคมประกอบด้วยรูปแบบ bonding ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มเดียวกัน และรูปแบบ bridging ที่ข้ามกลุ่มและสถานะทางสังคม ทั้งสองรูปแบบส่งผลต่อสุขภาวะของบุคคลและความเข้มแข็งของชุมชนในรูปแบบที่แตกต่างแต่เกื้อหนุนกัน หลักฐานเชิงประจักษ์ในประชากรผู้สูงอายุยุโรป ที่พบผลของการศึกษาว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสัมพันธ์กับสุขภาพที่รายงานด้วยตนเอง ในทิศทางที่เป็นบวกอย่างมีนัยสำคัญ (Sirven & Debrand, 2008) และการเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมทางสังคมสามารถเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รายงานสุขภาพดีหรือดีมากเฉลี่ยประมาณสามจุดเปอร์เซ็นต์ ในทำนองเดียวกัน Hyypä and Mäki (2003) ในการศึกษาประชากรชาวฟินแลนด์ที่ใช้ภาษาสวีเดนเป็นภาษาแม่พบว่าชุมชนที่มีทุนทางสังคมหนาแน่น มีอัตราการเข้าร่วมกลุ่มงานอดิเรกและกิจกรรมทางวัฒนธรรมสูง สัมพันธ์กับสุขภาพและอายุขัยที่ดีกว่าประชากรกลุ่มที่ใกล้เคียงกันแต่มีทุนทางสังคมน้อยกว่า

เมื่อพิจารณาเฉพาะกิจกรรมดนตรี งานสังเคราะห์หลักฐานในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมาได้ชี้ทิศทางที่ชัดเจน รายงานการทบทวนขอบเขตขององค์การอนามัยโลกที่จัดทำโดย Fancourt and Finn (2019) ซึ่งสังเคราะห์ผลจากกว่า 3,000 การศึกษา สรุปว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศิลปะและดนตรีมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดการกับความเจ็บป่วยตลอดช่วงชีวิต ขณะที่งานทบทวนอย่างเป็นระบบของ Daykin et al. (2018) ยืนยันว่ากิจกรรมดนตรีและการร้องเพลงสัมพันธ์กับการลดอาการซึมเศร้าและการเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มในประชากรผู้ใหญ่อย่างกว้างขวาง รวมถึงในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย แม้แนวคิดทุนทางสังคมจะถูกอ้างอิงในงานวิจัยและเอกสารนโยบายอย่างกว้างขวาง การเชื่อมโยงระหว่างทุนทางสังคมกับนโยบายเชิงรูปธรรมที่เกี่ยวกับศิลปะและดนตรีในกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร

บทความนี้เสนอข้อโต้แย้งหลักว่ากิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยควรได้รับการจัดวางตำแหน่งใหม่จากกิจกรรมนันทนาการที่อยู่ในวงเล็บปิดท้ายของแผนงาน ไปสู่โครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่ได้รับการสนับสนุนเชิงระบบ การนำเสนอในเนื้อหาที่ตามมาประกอบด้วยห้าส่วน เริ่มจากการวางกรอบทุนทางสังคมและความเชื่อมโยงกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ตามด้วยการวิเคราะห์บทบาทของดนตรีในฐานะกลไกการสร้างทุนทางสังคม การสำรวจภูมิทัศน์ของกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย การชี้ให้เห็นช่องว่างเชิงนโยบายที่ปรากฏในระบบปัจจุบัน และการเสนอกรอบเสาหลักห้าด้านเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของบทความไม่ได้จำกัดอยู่ที่การทบทวนวรรณกรรม แต่มุ่งเสนอแนวทางที่นำไปปฏิบัติได้จริงในการจัดทำนโยบายสาธารณะที่บูรณาการมิติทางวัฒนธรรมเข้ากับยุทธศาสตร์การรองรับสังคมสูงวัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของบทความ: จากทุนทางสังคมสู่กรอบเสาหลักห้าด้าน
ที่มา: วิชญ์ บุญรอด (2569)

เนื้อหา

ทุนทางสังคมและสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรอบการวิเคราะห์

แนวคิดทุนทางสังคมเริ่มได้รับความสนใจในแวดวงวิชาการสากลในช่วงปลายคริสต์ทศวรรษที่ 1980 เมื่อ Coleman (1988) ตีพิมพ์บทความสำคัญใน American Journal of Sociology ซึ่งนิยามทุนทางสังคมในฐานะทรัพยากรที่ฝังตัวอยู่ในโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจก เอื้อให้เกิดการกระทำร่วมที่ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายบางอย่างที่ปัจเจกไม่สามารถกระทำได้โดยลำพัง รูปแบบของทุนทางสังคมในกรอบของ Coleman ปรากฏในสามลักษณะที่เกี่ยวพันกัน ได้แก่ พันธะและความคาดหวังร่วม ช่องทางข้อมูล และบรรทัดฐานทางสังคม แม้บทความของ Coleman จะเน้นการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ในโรงเรียนมัธยม แต่กรอบดังกล่าวได้ถูกขยายและประยุกต์ใช้ในหลากหลายบริบทในเวลาต่อมา รวมถึงการศึกษาเรื่องสุขภาพและประชากรสูงอายุ Bourdieu (1986) ในงานคลาสสิกเรื่อง The Forms of Capital นำเสนอกรอบที่แตกต่างจาก Coleman อย่างมีนัยสำคัญ โดยมองทุนทางสังคมในฐานะทรัพยากรที่ผูกโยงกับโครงสร้างของอำนาจและการสะสมในระยะยาว ทุนทางสังคมในมุมมองของ Bourdieu คือผลรวมของทรัพยากรที่ปัจเจกสามารถเข้าถึงผ่านเครือข่าย

ความสัมพันธ์ที่สถาบันรับรอง ความแตกต่างเชิงทฤษฎีนี้สำคัญในการวิเคราะห์ผู้สูงอายุไทย เพราะชี้ให้เห็นว่าทุนทางสังคมไม่ได้กระจายในประชากรอย่างเท่าเทียม ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองชั้นกลางย่อมมีรูปแบบและปริมาณของทุนทางสังคมที่ต่างจากผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ประเด็นนี้มีนัยสำคัญต่อการออกแบบนโยบายซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

Putnam (2000) นำแนวคิดทุนทางสังคมเข้าสู่การถกเถียงสาธารณะอย่างกว้างขวางผ่านงาน Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community ซึ่งวิเคราะห์ปรากฏการณ์การลดลงของการมีส่วนร่วมทางสังคมในสหรัฐอเมริกาในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 Putnam แบ่งทุนทางสังคมออกเป็นสองรูปแบบที่กลายเป็นมาตรฐานในการอธิบายต่อมา ทุนทางสังคมแบบ bonding เกิดขึ้นภายในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันทางอัตลักษณ์ เช่น เพื่อนบ้าน ครอบครัวขยาย หรือกลุ่มผู้นับถือศาสนาเดียวกัน ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และความช่วยเหลือเฉพาะหน้า ส่วนทุนทางสังคมแบบ bridging เกิดขึ้นข้ามกลุ่ม ข้ามรุ่น หรือข้ามสถานะทางเศรษฐกิจ เปิดโอกาสและการเข้าถึงทรัพยากรใหม่ที้นอกเหนือไปจากวงสังคมเดิม ทั้งสองรูปแบบมีบทบาทที่ต่างกันแต่เสริมกัน และในทางปฏิบัติมักดำรงอยู่คู่กันในกลุ่มที่มีพลวัตทางสังคมที่ดี

ในประเด็นสุขภาวะของผู้สูงอายุ งานวิจัยจำนวนมากในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมาได้สะสมหลักฐานชัดเจนว่าทุนทางสังคมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีน้ำหนักไม่น้อยไปกว่าปัจจัยทางชีวภาพและเศรษฐกิจ ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการศึกษาของ Hyypä และ Mäki (2003) ในชุมชนชาวฟินแลนด์ที่ใช้ภาษาสวีเดนเป็นภาษาแม่ ซึ่งเป็นชุมชนที่มีทุนทางสังคมหนาแน่นเป็นพิเศษ การศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกลุ่มงานอดิเรก กิจกรรมทางศาสนา การเป็นสมาชิกชมรม และความไว้วางใจระหว่างเพื่อนบ้าน สัมพันธ์กับสุขภาพระดับบุคคล ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Sirven and Debrand (2008) ขยายข้อค้นพบนี้สู่ระดับเปรียบเทียบนานาชาติโดยใช้ข้อมูล SHARE ใน 11 ประเทศยุโรป และพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีศักยภาพยกระดับสุขภาพที่รายงานด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ การค้นพบเหล่านี้สอดคล้องกับกรอบ Healthy Ageing ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ที่นิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะว่าเป็นกระบวนการต่อเนื่องของการพัฒนาและรักษาความสามารถเชิงหน้าที่ที่เอื้อให้เกิดสุขภาวะในวัยสูงอายุ ความสามารถเชิงหน้าที่นี้เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถภายในของบุคคลกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม กล่าวอีกนัยหนึ่ง ทุนทางสังคมที่หนาแน่นในชุมชนคือสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า

ในบริบทไทย แม้แนวคิดทุนทางสังคมจะถูกอ้างอิงในงานวิจัยและเอกสารนโยบายอย่างกว้างขวาง การประยุกต์ใช้กรอบนี้ในการวิเคราะห์มิติของผู้สูงอายุยังจำกัดอยู่ในเชิงทฤษฎี และมักไม่ได้นำไปสู่การออกแบบกลไกที่เป็นรูปธรรมสำหรับเสริมสร้างทุนทางสังคมในกลุ่มดังกล่าว ในขณะเดียวกัน วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะแนวโน้มของครัวเรือนข้ามรุ่นที่ผู้สูงอายุอยู่กับหลานในขณะที่บุตรย้ายไปทำงานในเขตเมือง ทำให้ทุนทางสังคมระดับครอบครัวอ่อนแอลง บทบาทของชุมชนและสถาบันทางสังคมในการเติมเต็มช่องว่างนี้จึงทวีความสำคัญมากขึ้น สรุปได้ว่ากรอบทุนทางสังคมไม่ใช่เพียงแนวคิดเชิงทฤษฎีนามธรรม แต่เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ที่ช่วยให้เห็นว่าการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมีรากเหง้าฝังลึกในเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ผู้สูงอายุดำรงอยู่ นโยบายที่มุ่งเป้าไปที่สุขภาพของผู้สูงอายุโดยลำพังโดยไม่ลงทุนในโครงสร้างของความสัมพันธ์ทางสังคมจึงไม่อาจบรรลุเป้าหมายของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพได้

ดนตรีในฐานะกลไกการสร้างทุนทางสังคมในวัยสูงอายุ

หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับนานาชาติเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมดนตรีกับสุขภาวะของผู้สูงอายุได้สะสมในปริมาณและคุณภาพที่นัยสำคัญในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา จุดเปลี่ยนสำคัญคือการศึกษาค้นคว้าของ The Creativity and Aging Study ของ Cohen et al. (2006) ซึ่งดำเนินการโดย The George Washington University ร่วมกับ National Endowment for the Arts ของสหรัฐอเมริกา การศึกษานี้ออกแบบการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมศิลปะและดนตรีโดยศิลปินมืออาชีพอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาชี้ว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีสุขภาพกายดีขึ้น มีการใช้ยารักษาโรคน้อยลง อัตราการล้มลดลง ตลอดจนมีคะแนนสุขภาพจิตและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ความสำคัญของงานนี้อยู่ที่ยืนยันด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่เข้มงวดว่ากิจกรรมศิลปะและดนตรีมีผลลัพธ์ที่วัดได้และถูกนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายในเวลาต่อมา

โครงการ Music for Life ที่ดำเนินการในสหราชอาณาจักร โดย Hallam and Creech (2016) เป็นอีกงานสำคัญที่เจาะลึกในประเด็นเฉพาะของกิจกรรมดนตรีกับผู้สูงอายุ การวิจัยใช้พื้นที่กรณีศึกษาสามแห่งที่จัดกิจกรรมดนตรีหลากหลายรูปแบบ ทั้งร้องเพลงประสานเสียง การเล่นเครื่องดนตรี และการสร้างสรรค์ดนตรีร่วมกัน ผู้เข้าร่วมจำนวน 398 คนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป รวมทั้งกลุ่มที่เพิ่งเริ่มกิจกรรมดนตรีและกลุ่มที่มีประสบการณ์ดนตรีมาก่อน ตอบแบบสอบถามที่ประเมินคุณภาพชีวิตในหลายมิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมดนตรีแบบกระตือรือร้นสัมพันธ์กับสุขภาวะเชิงอัตวิสัยที่ดีขึ้นในมิติทางสังคม อารมณ์ และการรู้คิด มีผลงานของ Creech et al. (2014) ในหนังสือ Active Ageing with Music ได้พัฒนาข้อค้นพบสู่กรอบเชิงทฤษฎีที่ยืนยันว่ากิจกรรมดนตรีกลุ่มสร้างเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเกิดทุนทางสังคมแบบ bonding และ bridging พร้อมกัน

ในกรณีของการร้องเพลงประสานเสียง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เข้าถึงง่ายและไม่ต้องการเครื่องดนตรีพิเศษ Clift and Hancox (2010) สำรวจสมาชิกคณะนักร้องประสานเสียงในอังกฤษ ออสเตรเลีย และเยอรมนีกว่า 600 คน และพบว่า การร้องเพลงในกลุ่มสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในเชิงบวก โดยเฉพาะในมิติของอารมณ์ ความพึงพอใจทางจิตใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Daykin et al. (2018) ซึ่งเป็นงานในชุดการสังเคราะห์หลักฐานของ Culture, Sport and Wellbeing Evidence Programme ของสหราชอาณาจักร สรุปว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดนตรีและการร้องเพลงสัมพันธ์กับการลดอาการซึมเศร้า การเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในประชากรผู้ใหญ่อย่างกว้างขวาง รวมถึงในกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาประกอบกับรายงานการทบทวนขอบเขตของ Fancourt and Finn (2019) ที่จัดทำขึ้นเพื่อองค์การอนามัยโลกและสังเคราะห์ผลจากกว่า 3,000 ชิ้น หลักฐานที่ปรากฏนั้นเพียงพอที่จะทำให้ภูมิภาคยุโรปของ WHO ประกาศว่าศิลปะและดนตรีควรถูกรวมเข้าเป็นองค์ประกอบเชิงระบบของการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพทางคลินิก

แต่หลักฐานเหล่านี้เพียงอย่างเดียวยังไม่อธิบายกลไกที่เชื่อมระหว่างกิจกรรมดนตรีกับการสร้างทุนทางสังคม ในทางทฤษฎีและจากการสังเกตปรากฏการณ์ภาคสนาม สามารถจำแนกกลไกหลักได้สามลักษณะที่ทำให้ดนตรีทำหน้าที่ในมิตินี้ได้เป็นพิเศษ ลักษณะแรกคือดนตรีในฐานะกิจกรรมร่วมต้องการการสอดประสานเชิงเวลาและความหมายระหว่างผู้ร่วมกิจกรรม ซึ่งสร้างสภาวะที่นักจิตวิทยาสังคมเรียกว่า social entrainment อันเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของการสร้างความไว้วางใจในกลุ่ม อีกลักษณะหนึ่งคือดนตรีพื้นบ้านและบทเพลงที่มีความสัมพันธ์กับชีวิตประวัติของผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นหลักทางความทรงจำที่ยึดโยงปัจเจกกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมร่วม การร้องเพลงเก่าที่คุ้นเคยร่วมกันจึงเป็นเสมือนการเข้าสู่พื้นที่ของความทรงจำร่วมโดยทันที ลักษณะสุดท้ายคือกิจกรรมดนตรีกลุ่มที่ออกแบบดี ๆ ก่อให้เกิดบทบาทและสถานะใหม่ในชุมชน ผู้สูงอายุที่เคย

ถูกมองว่าเป็นผู้รับการดูแลได้กลับมาทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดและผู้สร้าง ซึ่งเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตน

ในบริบทไทย กรณีศึกษาในตำบลท่าโพธิ์ จังหวัดพิษณุโลก แสดงให้เห็นกลไกเหล่านี้ในรูปแบบ (Boonrod & Sittiwong, 2023) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการเล่นดนตรีพื้นบ้าน โดยเฉพาะการขับร้องเพลงเรือ ได้สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ขยายเกินขอบเขตของกิจกรรมเอง เกิดเป็นกลุ่มที่นัดพบกันในวันระอีนของชีวิตชุมชน ทั้งพิธีกรรมทางศาสนา การช่วยเหลือกันยามเจ็บป่วย และการถ่ายทอดความรู้สู่เยาวชน ปรากฏการณ์ที่เห็นได้ชัดคือกิจกรรมดนตรีกลายเป็นประตูสำหรับการสร้างทุนทางสังคมในรูปแบบอื่นมากกว่าจะเป็นกิจกรรมเดี่ยวที่หยุดอยู่ที่ชั่วโมงของกิจกรรม ทั้งนี้ พังตระหนักว่าหลักฐานในระดับชุมชนเป็นเชิงบรรยายและกรณีศึกษา การยืนยันกลไกในเชิงปริมาณยังต้องการการวิจัยเพิ่มเติมในการออกแบบเชิงทดลองที่ควบคุมตัวแปรอย่างเข้มงวด ซึ่งเป็นช่องว่างของวรรณกรรมในบริบทไทยที่ควรได้รับการเติมเต็มต่อไป

ภูมิทัศน์ของกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ภูมิทัศน์ของกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยมีความหลากหลายและจัดวางในสามชั้นที่ยังขาดการเชื่อมโยงเชิงระบบ ชั้นแรกคือกิจกรรมในระดับชุมชน ซึ่งดำเนินการโดยปราชญ์ชาวบ้าน ชมรมผู้สูงอายุ วัด และโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมในชั้นนี้มักเกี่ยวข้องกับดนตรีพื้นบ้านที่มีรากเหง้าทางวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาค เช่น เพลงเรือในภาคกลางและภาคเหนือตอนล่าง หมอลำในภาคอีสาน มโนราห์ในภาคใต้ และซอในภาคเหนือ จากการสำรวจในตำบลท่าโพธิ์ จังหวัดพิษณุโลก (Boonrod, 2024b) ปรากฏว่ากิจกรรมในชั้นนี้มีความเข้มแข็งทางวัฒนธรรมแต่อ่อนแอในเชิงความยั่งยืน เนื่องจากพึ่งพาบุคคลผู้นำเฉพาะรายและขาดกลไกการถ่ายทอดที่เป็นระบบ เมื่อปราชญ์ชุมชนเสียชีวิตหรือสุขภาพถดถอย กิจกรรมมักหยุดชะงักหรือสลายตัวลง ปัญหานี้ไม่จำกัดเฉพาะภาคเหนือตอนล่าง แต่เป็นปรากฏการณ์ร่วมในการอนุรักษ์มรดกทางวัฒนธรรมที่ไม่จับต้องได้ของประเทศไทย

ชั้นที่สองคือกิจกรรมในระดับสถาบัน ซึ่งดำเนินการโดยมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในระดับนี้ดนตรีมักถูกจัดวางในกรอบของดนตรีบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดที่มีนักวิชาชีพเป็นผู้นำ ข้อดีของกิจกรรมในชั้นนี้คือมีหลักวิชาการรองรับและสามารถวัดผลได้ ข้อจำกัดคือการเข้าถึงยังจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจที่สามารถเข้าถึงบริการแบบเอกชน อีกทั้งจำนวนนักดนตรีบำบัดในประเทศไทยยังน้อยมากเมื่อเทียบกับขนาดของประชากรผู้สูงอายุ การพัฒนาการสอนดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในระดับสถาบันการศึกษาก็ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น (Boonrod, 2024c) อาจารย์ผู้สอนส่วนใหญ่ใช้กระบวนการที่ออกแบบสำหรับเยาวชนมาประยุกต์ใช้โดยที่ยังไม่มีหลักสูตรหรือคู่มือเฉพาะสำหรับการสอนผู้สูงอายุ

ชั้นที่สามคือกิจกรรมในระดับนโยบายระดับชาติ ซึ่งเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการรองรับสังคมสูงวัยของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และยุทธศาสตร์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ ในระดับนี้ดนตรีปรากฏในเอกสารนโยบายในฐานะกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่มักไม่มีงบประมาณเฉพาะ ไม่มีตัวชี้วัดเฉพาะ และไม่มีหน่วยงานเจ้าภาพที่ชัดเจน สถานการณ์นี้ส่งผลให้กิจกรรมดนตรีถูกทิ้งทิ้งงบประมาณโครงการระยะสั้นจากแหล่งทุนวิจัยเป็นหลัก ทำให้ขาดความต่อเนื่องและการขยายผล

งานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเครื่องดนตรีจากวัสดุท้องถิ่นและวัสดุเหลือใช้ที่ดำเนินการในประเทศไทย (Boonrod, 2024a, 2025) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมเชิงวัสดุและการออกแบบมีศักยภาพในการเชื่อมต่อสามชั้นนี้เข้าด้วยกัน เครื่องดนตรีที่มีต้นทุนต่ำ ผลิตจากวัสดุที่มีอยู่ในท้องถิ่น และออกแบบให้เหมาะสมกับสรีระและศักยภาพของผู้สูงอายุ ทำให้กิจกรรมในระดับชุมชนมีฐานทรัพยากรที่มั่นคง และเปิดทางให้สถาบันและ

นโยบายระดับชาติเข้ามาสนับสนุนได้โดยไม่ต้องลงทุนสูง อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมเชิงวัสดุเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ต้องมีการลงทุนในการพัฒนาบุคลากรและการสร้างกลไกเชื่อมโยงระหว่างชั้นทั้งสาม ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนต่อไป

ช่องว่างเชิงนโยบาย: จากกิจกรรมรายโครงการสู่ระบบโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม

แม้ภูมิทัศน์ของกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีความเคลื่อนไหวในหลายระดับ การวิเคราะห์เชิงนโยบายที่เปรียบเทียบกับกรณีตัวอย่างจากต่างประเทศชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญหลายด้านที่ทำให้กิจกรรมเหล่านี้ยังไม่สามารถพัฒนาเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ช่องว่างที่เห็นได้ชัดเจนในระดับบุคลากรคือการขาดการรับรองสถานะทางวิชาชีพของผู้นำกิจกรรมดนตรีในชุมชน ในประเทศที่มีระบบผู้นำดนตรีชุมชนที่พัฒนาแล้ว เช่น สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และแคนาดา ตำแหน่งงานนี้มีหลักสูตรการอบรมเฉพาะ มีระบบรับรอง และมีเส้นทางอาชีพที่ชัดเจน (Creech et al., 2014) ในประเทศไทย แม้จะมีบุคคลผู้ทำหน้าที่ในลักษณะนี้อยู่จำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่ทำงานในฐานะอาสาสมัครหรือลูกจ้างชั่วคราวของโครงการ ขาดความมั่นคงทางอาชีพและการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ

ปัญหาที่ตามมาในเชิงโครงสร้างคือการแยกขาดของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจากกิจกรรมศิลปะและดนตรีในชุมชน Fancourt and Finn (2019) ชี้ให้เห็นว่าในยุโรปมีการพัฒนาโลก social prescribing ที่เปิดให้แพทย์ปฐมภูมิสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะและดนตรีในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ในสหราชอาณาจักร NHS England ได้บรรจุ social prescribing เข้าเป็นหนึ่งในเสาหลักของ Universal Personalised Care และตั้งเป้าหมายให้มีผู้รับการส่งต่อเข้าระบบนี้กว่า 900,000 คนภายในปี 2023-2024 (NHS England, 2019) งานทบทวนอย่างเป็นระบบของ Reinhardt et al. (2021) เกี่ยวกับ social prescribing สำหรับผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยืนยันว่าโลกนี้มีศักยภาพในการลดความโดดเดี่ยวทางสังคมและปรับปรุงสุขภาพ แม้จำเป็นต้องมีการศึกษาผลกระทบเชิงปริมาณเพิ่มเติม ระบบในลักษณะดังกล่าวยังไม่มีในประเทศไทย ผลที่ตามมาคือผู้สูงอายุที่ปรากฏอาการซึมเศร้าหรือโดดเดี่ยวทางสังคมในระบบบริการสุขภาพ มักได้รับเพียงการรักษาทางเภสัชวิทยาโดยไม่มีทางเลือกของการเชื่อมต่อกับกิจกรรมทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนของตน การประสานสองส่วนนี้เข้าด้วยกันต้องการมากกว่ากลไกเชิงเทคนิค คือต้องการการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของผู้กำหนดนโยบายว่าศิลปะและดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ไม่ใช่เพียงกิจกรรมเสริม

อีกประเด็นที่บั่นทอนการพัฒนาในระยะยาวคือระบบการเงินที่ทำให้กิจกรรมพึ่งพาทุนวิจัยและงบประมาณรายโครงการ ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วมีระยะเวลาสั้น 1 ถึง 3 ปี เมื่อโครงการสิ้นสุด กิจกรรมก็มักหยุดดำเนินการ การขาดกลไกการเงินที่ยั่งยืน เช่น กองทุนเฉพาะสำหรับกิจกรรมศิลปะกับผู้สูงอายุ การจัดสรรงบประมาณรายปีในระดับท้องถิ่น หรือการบรรจุค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผลลัพธ์ของการลงทุนวิจัยไม่สามารถพัฒนาไปสู่บริการประจำของระบบสาธารณสุขได้ กิจกรรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับและได้รับการตอบรับอย่างดีจากชุมชน จึงต้องเผชิญกับความท้าทายในการคงสภาพหลังโครงการวิจัยสิ้นสุดลง

ในด้านข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย ประเทศไทยยังขาดฐานข้อมูลและตัวชี้วัดเฉพาะสำหรับการประเมินผลกระทบของกิจกรรมดนตรีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับประเทศ ในขณะที่ในระดับนานาชาติมีการเก็บข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะและวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสุขภาพประชากรและการสำรวจสังคม ทำให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและความเหลื่อมล้ำได้ในระยะยาว ฐานข้อมูล SHARE ในยุโรปและงานวิเคราะห์ที่ใช้ข้อมูลนี้ (เช่น Sirven & Debrand, 2008) เป็นตัวอย่าง

ของการลงทุนเชิงระบบในข้อมูลที่เปิดทางให้นักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายสามารถสนทนากันบนฐานข้อเท็จจริงเดียวกัน

ในประเทศไทย การโต้แย้งเชิงนโยบายอาศัยเพียงข้อมูลเชิงคุณภาพและกรณีศึกษา ซึ่งแม้จะมีคุณค่าในตัวเอง แต่ยังไม่เป็นน้ำหนักเพียงพอในกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่อิงข้อมูลเชิงปริมาณ ช่องว่างที่ลึกซึ้งและส่งผลกระทบต่อที่สุดคือการขาดกระบวนการที่เชื่อมโยงนโยบายที่มองศิลปะและดนตรีในฐานะโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม ประเทศไทยลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ เช่น ถนน ระบบประปา และโรงพยาบาลในระดับหลักหมื่นล้านบาทต่อปี เพราะเข้าใจว่าโครงสร้างเหล่านี้เป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของกิจกรรมทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต แต่โครงสร้างพื้นฐานทางสังคม กล่าวคือ พื้นที่และกลไกที่ทำให้คนเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีความหมาย ยังไม่ได้รับการลงทุนในระดับเดียวกัน แม้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับนานาชาติจะชี้ว่าโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่อ่อนแอเป็นต้นทุนทางเศรษฐกิจที่สูงในรูปของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ความขัดแย้งในชุมชน และผลผลิตที่ลดลง การเปลี่ยนกระบวนการที่ขึ้นจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะปลดล็อกการลงทุนเชิงระบบในกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย: กรอบเสาหลักห้าด้าน



ภาพที่ 2 ข้อเสนอเชิงนโยบายในกรอบเสาหลัก 5 ด้าน
ที่มา: วิษณุ บุญรอด (2569)

การวิเคราะห์ในส่วนก่อนหน้า บทความเสนอกรอบเชิงนโยบายในรูปแบบเสาหลักห้าด้านที่ออกแบบให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงที่ผู้เขียนได้แสดงเป็นไดอะแกรมในภาพที่ 1 ข้างต้น โดยอิงกับโครงสร้างของระบบราชการและระบบสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย เป้าหมายสูงสุดของกรอบนี้คือการเปลี่ยนสถานะของกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุจากกิจกรรมรายโครงการให้กลายเป็นบริการประจำของระบบสาธารณสุข

เสาหลักด้านบุคลากรเป็นเสาที่ต้องลงทุนเป็นลำดับแรก กล่าวคือ การพัฒนาบุคลากรผู้นำกิจกรรมดนตรีในชุมชน ผ่านการจัดทำหลักสูตรประกาศนียบัตรร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยที่มีความเข้มแข็งด้านดนตรีกับกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบสมรรถนะที่ครอบคลุมความรู้ทางดนตรี ความเข้าใจในเรื่องการสูงวัย ทักษะการอำนวยความสะดวกกลุ่ม และจริยธรรมการทำงานกับประชากรเปราะบาง หลักสูตรในลักษณะนี้สามารถอ้างอิงแม่แบบจากกรอบ community music leader ในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลีย (Creech et al., 2014) แล้วปรับให้เหมาะสมกับบริบทไทย ทั้งนี้ ควรเปิดให้ปราชญ์ชุมชน นักดนตรีอาสา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครูเกษียณเข้าศึกษา และสร้างเส้นทางอาชีพที่เชื่อมโยงกับตำแหน่งงานในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุของท้องถิ่น (ศพอส.) ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ

คู่ขนานกับการพัฒนาบุคลากรคือการลงทุนในนวัตกรรมเครื่องดนตรีและทรัพยากรการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ต้นทุนของเครื่องดนตรีเป็นข้อจำกัดสำคัญของการขยายผลในระดับชุมชน การจัดตั้งศูนย์นวัตกรรมเครื่องดนตรีสำหรับผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ออกแบบ ผลิต และกระจายเครื่องดนตรีต้นทุนต่ำที่ปลอดภัยและใช้งานง่ายจะลดอุปสรรคในการเริ่มต้นกิจกรรมในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ศูนย์ในลักษณะนี้ควรทำงานร่วมกับวิสาหกิจชุมชนและกลุ่มหัตถกรรมท้องถิ่น เพื่อสร้างห่วงโซ่คุณค่าที่กระจายผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกลับสู่ชุมชน รูปธรรมเชิงประจักษ์ในประเทศไทย เช่น การพัฒนาเครื่องดนตรีจากวัสดุท้องถิ่นและวัสดุเหลือใช้ (Boonrod, 2024a, 2025) แสดงให้เห็นว่าแนวทางนี้สามารถดำเนินการได้ในเชิงปฏิบัติ และพร้อมขยายผลหากได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบาย

ในมิติของการเชื่อมระบบ การบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกลไก social prescribing เป็นเสาหลักที่ทำหน้าที่เป็นสะพานระหว่างระบบสุขภาพและระบบกิจกรรมในชุมชน ข้อเสนอนี้ต้องการการประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากโครงการนำร่องในพื้นที่ที่มีความพร้อม แม่แบบจากระบบ NHS ในสหราชอาณาจักรซึ่งใช้ link workers ในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปสู่กิจกรรมในชุมชน (NHS England, 2019) สามารถนำมาปรับใช้กับโครงสร้างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีอยู่ในประเทศไทย แพทย์และพยาบาลในระบบบริการปฐมภูมิควรได้รับการอบรมในการประเมินสภาวะความโดดเดี่ยวทางสังคมและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีระบบส่งต่อที่เชื่อมกับผู้นำกิจกรรมดนตรีในชุมชน การลงทุนในกลไกนี้คาดว่าจะลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาในระยะยาวเพื่อให้อาสาสมัครทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ระบบการเงินที่ยั่งยืนจึงเป็นเสาหลักที่ขาดไม่ได้ ข้อเสนอประกอบด้วยการจัดตั้งกองทุนเฉพาะสำหรับศิลปะกับผู้สูงอายุภายใต้กองทุนผู้สูงอายุที่มีอยู่ การกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้เป็นรายการประจำในข้อบัญญัติงบประมาณ และการพิจารณาบรรจุค่าบริการนำกิจกรรมดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้สูงอายุแม้ในจำนวนจำกัด การสร้างความหลากหลายของแหล่งทุนเช่นนี้จะลดการพึ่งพาทุนวิจัยและทำให้กิจกรรมเดินหน้าได้ในระยะยาว

เสาหลักสุดท้ายซึ่งทำหน้าที่เป็นฐานในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในระยะยาวคือการพัฒนาฐานข้อมูลและการประเมินผลเชิงระบบ ข้อเสนอประกอบด้วยการบรรจุคำถามเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและดนตรีในการสำรวจประชากรสูงอายุจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นรายปี การสร้างระบบติดตาม

เชิงระยะยาวที่เชื่อมข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตลอดจนการสนับสนุน การทำวิจัยร่วมระหว่างนักวิชาการด้านดนตรี นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และนักนโยบาย เพื่อพัฒนาฐาน หลักฐานที่หนักแน่นขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย กรอบเสาหลักห้าด้านนี้ออกแบบให้สามารถ นำไปปฏิบัติได้แบบขั้นบันได ไม่จำเป็นต้องดำเนินการพร้อมกันทั้งหมด รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถเริ่มจากเสาที่มีความพร้อมสูงสุด เช่น การพัฒนาบุคลากรและนวัตกรรมเครื่องดนตรี ซึ่งสามารถ ดำเนินการได้ภายในกรอบงบประมาณและโครงสร้างที่มีอยู่ ขณะที่เสาที่ต้องการการประสานงานข้ามกระทรวง และการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง เช่น ระบบ social prescribing และการบรรจุในระบบประกันสุขภาพ สามารถดำเนินการในระยะที่ยาวขึ้น

แม้กรอบเสาหลักห้าด้านจะวางทิศทางที่ชัดเจน แต่ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติยังเผชิญข้อจำกัดเชิง งบประมาณและเชิงสถาบันที่ไม่อาจมองข้าม ปมสำคัญเริ่มต้นที่ลักษณะของแหล่งทุน กิจกรรมดนตรีสำหรับผู้ สูงอายุที่จะสร้างทุนทางสังคมได้จริงต้องอาศัยการดำเนินงานต่อเนื่องและงบประมาณประจำ (recurrent budget) ทั้งค่าตอบแทนบุคลากร การบำรุงรักษาเครื่องดนตรี และการจัดกิจกรรมเป็นรอบสม่ำเสมอ ทว่าการ สนับสนุนกิจกรรมเชิงวัฒนธรรมและนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในไทยส่วนใหญ่ยังพึ่งพางบโครงการครั้งคราว ซึ่งสิ้นสุดลงเมื่อโครงการจบ ช่องว่างระหว่างความต้องการงบประมาณกับโครงสร้างแบบครั้งคราวนี้คือความ เสี่ยงเชิงความยั่งยืนที่ต้องยอมรับอย่างตรงไปตรงมา

ความท้าทายลำดับถัดมาเกิดจากการกระจายความรับผิดชอบข้ามหน่วยงาน ภารกิจด้านผู้สูงอายุใน ไทยกระจายอยู่ในหลายกระทรวงและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่มีเจ้าภาพงบประมาณที่ชัดเจนเพียง หน่วยงานเดียว สภาพเช่นนี้ก่อต้นทุนการประสานงานสูง ทำให้ความรับผิดชอบเบี่ยง และเปิดช่องให้กิจกรรม ดนตรีตกหล่นระหว่างรอยต่อของระบบสุขภาพ ระบบสวัสดิการ และงานวัฒนธรรมท้องถิ่น เมื่อพิจารณาในบริบทการแข่งขันด้านทรัพยากร ข้อเสนอที่ถูกตีกรอบว่าเป็น "นันทนาการ" ย่อมเสียเปรียบใน เชิงการเมืองงบประมาณ ในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ที่ภาระด้านการดูแลระยะยาว เบียดบังชีพ และค่า รักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว งบประมาณที่ถูกตัดสินว่าไม่จำเป็นเร่งด่วนมักถูกปรับลดเป็นลำดับแรก หากปราศจากการปรับกรอบความเข้าใจให้ดนตรีเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมดังที่บทความนี้เสนอ การ จัดสรรงบจึงเปราะบางอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและการคลัง

อีกมิติที่มักถูกประเมินต่ำเกินไปจริงคือศักยภาพในการรองรับการดำเนินงาน (absorptive capacity) การบูรณาการกิจกรรมดนตรีเข้ากับหน่วยบริการปฐมภูมิย่อมเพิ่มภาระงานให้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ขณะที่ ผู้นำกิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางยังมีจำนวนน้อย หากไม่มีกลไกการเงินรองรับ การพัฒนากำลังคนอย่างเป็นระบบ การขยายผลในระดับประเทศย่อมเป็นไปได้ยากแม้แนวคิดจะมีความชอบ ธรรมทางวิชาการเพียงใดก็ตาม

ข้อจำกัดเชิงการวัดผลส่งผลโดยตรงต่อความเป็นไปได้ของงบประมาณ ผลลัพธ์ด้านทุนทางสังคมวัด เป็นตัวเลขได้ยากและปรากฏผลในระยะยาว จึงเสียเปรียบภายใต้ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานที่ เรียกร้องตัวชี้วัดระยะสั้นเพื่อประกอบคำขอของบ ยิ่งไปกว่านั้น ความเหลื่อมล้ำของฐานะการคลังระหว่างองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นอาจทำให้พื้นที่ที่มีทรัพยากรน้อยเข้าถึงโครงการได้จำกัด และเสี่ยงต่อการซ้ำเติมช่องว่าง เชิงพื้นที่ การยอมรับเงื่อนไขเหล่านี้อย่างเปิดเผยมิได้ลดทอนคุณค่าของข้อเสนอ หากแต่ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จ ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนตรรกะการคลังจากงบโครงการครั้งคราวไปสู่รายการงบประมาณที่ฝังอยู่ในระบบ ซึ่งเป็น โจทย์เชิงเศรษฐศาสตร์การเมืองที่ต้องอาศัยเจตจำนงเชิงนโยบายอย่างจริงจัง

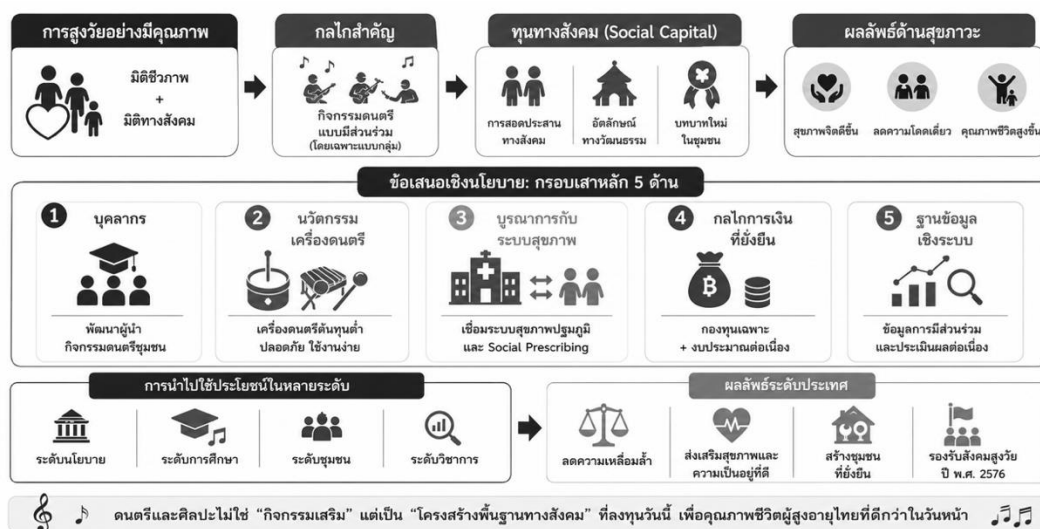
ท้ายที่สุดกรอบเสาหลักห้าด้านจะนำไปใช้ได้จริงเพียงใดขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ มากกว่าตัวแนวคิด เงื่อนไขแรกคือการเริ่มจากทรัพยากรที่ชุมชนมีอยู่แล้ว ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและ

ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ วัด ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มดนตรีพื้นบ้านในท้องถิ่น การใช้พื้นที่และเครือข่ายเดิมช่วยลดต้นทุนการเริ่มต้น และอาศัยความสัมพันธ์ที่มีอยู่แล้วในชุมชน ซึ่งคือทุนทางสังคมแบบเชื่อมร้อยภายในกลุ่ม (bonding social capital) ที่กิจกรรมดนตรีสามารถต่อยอดให้ขยายไปสู่ความสัมพันธ์ข้ามกลุ่มได้ การออกแบบโครงการจึงควรกำหนดบทบาทให้ชัดเจนตั้งแต่ต้น ว่าใครรับผิดชอบสถานที่ ใครนำกิจกรรม ใครติดตามผู้เข้าร่วม และใครประเมินผล เพื่อไม่ให้กิจกรรมขึ้นอยู่กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งจนขาดความต่อเนื่องเมื่อบุคคลนั้นไม่อยู่

ต้นทุนที่ต้องวางแผนล่วงหน้าประกอบด้วยค่าตอบแทนผู้นำกิจกรรม ค่าเครื่องดนตรีและวัสดุ ค่าใช้จ่ายด้านสถานที่ และค่าเดินทาง ในจำนวนนี้ ค่าเดินทางและการเข้าถึงเป็นข้อจำกัดที่มักถูกมองข้าม ผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว หรือไม่มีผู้ดูแลพามา มีความเสี่ยงที่จะถูกกีดกันออกจากกิจกรรมตั้งแต่ต้น ทั้งที่เป็นกลุ่มที่ได้ประโยชน์จากการลดความโดดเดี่ยวมากที่สุด การจัดบริการรับส่ง การหมุนเวียนกิจกรรมไปจัดถึงหมู่บ้าน หรือการใช้อาสาสมัครในพื้นที่ จึงควรอยู่ในแผนตั้งแต่แรก ไม่ใช่เพิ่มเข้ามาภายหลัง ในด้านความต่อเนื่อง หากกิจกรรมอาศัยงบประมาณโครงการระยะสั้นเพียงแหล่งเดียว มักหยุดลงเมื่อโครงการสิ้นสุด การบรรจุค่าใช้จ่ายส่วนนี้เป็นรายการประจำในข้อบัญญัติงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเชื่อมกับกองทุนผู้สูงอายุที่มีอยู่ จะช่วยให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้ และทำให้การลงทุนในทุนทางสังคมไม่สูญเปล่าเมื่อรอบงบประมาณเปลี่ยน เงื่อนไขเหล่านี้คือสิ่งที่ทำให้กรอบเสาหลักห้าด้านเคลื่อนจากข้อเสนอบนกระดาษไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนในบริบทของผู้สูงอายุไทย

สรุปองค์ความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์

บทความนี้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายที่ตั้งอยู่บนการสังเคราะห์กรอบทฤษฎีทุนทางสังคมและหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติเกี่ยวกับดนตรีกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบสำคัญที่บทความนำเสนอชี้ว่า การสูงวัยอย่างมีคุณภาพไม่ได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยาที่ต้องการการแก้ไขทางการแพทย์ แต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ฝังตัวอยู่ในเครือข่ายความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับชุมชน นโยบายรองรับสังคมสูงวัยที่จำกัดอยู่ที่ระบบสุขภาพและระบบบำนาญจึงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพได้โดยลำพัง



ภาพที่ 3 สรุปองค์ความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์
ที่มา: วิษณุ บุญรอด (2569)

จากภาพที่ 3 ในมิติของกลไกกิจกรรมดนตรีโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้นในรูปแบบกลุ่มเป็นช่องทางที่มีลักษณะเฉพาะตัวในการสร้างทุนทางสังคม ผ่านการสอดประสานทางสังคม การเชื่อมโยงกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม และการสร้างบทบาทใหม่ในชุมชน หลักฐานที่สนับสนุนในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมาทั้งจากงานของ Cohen et al. (2006), Hallam and Creech (2016), Daykin et al. (2018) และ Fancourt and Finn (2019) เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าดนตรีในกลุ่มผู้สูงอายุไม่ใช่กิจกรรมเสริม หากแต่เป็นองค์ประกอบของระบบดูแลผู้สูงอายุที่ควรได้รับการลงทุนเชิงระบบ

การปลดล็อกศักยภาพของดนตรีในมิตินี้ในประเทศไทยต้องการมากกว่ากิจกรรมรายโครงการ ต้องการการสร้างโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่ครอบคลุมการพัฒนาบุคลากร นวัตกรรมเครื่องดนตรี การบูรณาการกับระบบสุขภาพ กลไกการเงินที่ยั่งยืน และฐานข้อมูลเชิงระบบ กรอบเสาหลักห้าด้านที่บทความนำเสนอเป็นข้อเสนอที่นำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของระบบราชการและระบบสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย

ในเชิงการนำไปใช้ประโยชน์ ข้อเสนอสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายระดับ ในระดับนโยบายหน่วยงานอย่างกรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำกรอบเสาหลักห้าด้านไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการและการจัดสรรงบประมาณ ในระดับสถาบันการศึกษา หลักสูตรดนตรีในระดับอุดมศึกษาสามารถนำกรอบนี้ไปปรับใช้ในการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้นำกิจกรรมดนตรีชุมชน ในระดับชุมชน องค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สามารถนำหลักการสำคัญในบทความไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมที่มีฐานทฤษฎีรองรับ ในระดับวิชาการ บทความเปิดประเด็นการวิจัยเพิ่มเติมในมิติของการประเมินผลกระทบเชิงเศรษฐกิจ การออกแบบการศึกษาเชิงทดลองที่ควบคุมตัวแปร และการพัฒนาเครื่องมือประเมินทุนทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทไทย ในขณะที่ประเทศไทยกำลังเตรียมเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดภายในปี พ.ศ. 2576 การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมผ่านกิจกรรมดนตรีและศิลปะเป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่คุ้มค่าและสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งในมิติของการลดความเหลื่อมล้ำ การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และการสร้างชุมชนที่ยั่งยืน

References

- Boonrod, V. (2024a). Design and development of musical instruments from recycled materials for the elderly in Phitsanulok Province in the northern part of Thailand. *Asian-European Music Research Journal*, 13, 25–40. <https://doi.org/10.30819/aemr.13-3>
- Boonrod, V. (2024b). The needs for musical instruments from recycled materials of the elderly: A case study of Tha Pho Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 17(3), 1–11. <https://doi.org/10.14456/jcdr-hs.2024.17>
- Boonrod, V. (2024c). Piano pedagogy for older adults: Development approaches, benefits, and challenges. *Mahidol Music Journal*, 7(2), 235–251. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/mmj/article/view/274195>
- Boonrod, V. (2025). Applying design thinking and co-creation in musical instrument design for older adults: Enhancing social participation in the Thai context. *Journal of Multidisciplinary Academic Research and Development*, 7(2), 167–183. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JMARD/article/view/271747>

- Boonrod, V., & Sittiwong, T. (2023). Community-engaged traditional folk music recreational activities for the elderly to promote sustainable well-being. *The Journal of Research and Academia*, 6(6), 173–194. <https://doi.org/10.14456/jra.2023.137>
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). Greenwood.
- Clift, S., & Hancox, G. (2010). The significance of choral singing for sustaining psychological wellbeing: Findings from a survey of choristers in England, Australia, and Germany. *Music Performance Research*, 3(1), 79–96.
- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726–734. <https://doi.org/10.1093/geront/46.6.726>
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94(Supplement), S95–S120. <https://doi.org/10.1086/228943>
- Creech, A., Hallam, S., Varvarigou, M., & McQueen, H. (2014). *Active ageing with music: Supporting wellbeing in the third and fourth ages*. IOE Press.
- Daykin, N., Mansfield, L., Meads, C., Julier, G., Tomlinson, A., Payne, A., Grigsby Duffy, L., Lane, J., D’Innocenzo, G., Burnett, A., Kay, T., Dolan, P., Testoni, S., & Victor, C. (2018). What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults. *Perspectives in Public Health*, 138(1), 39–46. <https://doi.org/10.1177/1757913917740391>
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review* (Health Evidence Network synthesis report 67). World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/329834>
- Hallam, S., & Creech, A. (2016). Can active music making promote health and well-being in older citizens? Findings of the Music for Life project. *London Journal of Primary Care*, 8(2), 21–25. <https://doi.org/10.1080/17571472.2016.1152099>
- Hyypä, M. T., & Mäki, J. (2003). Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research*, 18(6), 770–779. <https://doi.org/10.1093/her/cyf044>
- National Statistical Office of Thailand. (2024). *Survey of the older persons in Thailand 2024*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- NHS England. (2019). *Universal personalised care: Implementing the comprehensive model*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/universal-personalised-care.pdf>

- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Reinhardt, G. Y., Vidovic, D., & Hammerton, C. (2021). Understanding loneliness: A systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. *Perspectives in Public Health*, 141(4), 204–213. <https://doi.org/10.1177/1757913920967040>
- Sirven, N., & Debrand, T. (2008). Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2017–2026. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.056>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://iris.who.int/handle/10665/186463>
- World Health Organization. (2023, February 9). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>