

จากความเงียบสู่เสียงเพลง: การเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านดนตรีบำบัดและการสนับสนุน จากนักสังคมสงเคราะห์

From Silence to Song: Integrating Music Therapy and Social Work Support for the Holistic Care of Terminally Ill Patients

ประกายเพชร แก้วอินทร์¹, นวพร วสุนทรสาสุข² และ กนิษฐา สอนทา³
Prakaiech Kaw-in¹, Navaporn wasuntarasook², Kanistha Sonta³
Correspondence: k.prakaiech1@gmail.com

(Received: September 15, 2025 Revised: October 9, 2025 Accepted: December 24, 2025)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการเชิงวิเคราะห์และสังเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) อธิบายกลไกและทฤษฎีของดนตรีบำบัด (2) ขยายบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ด้านการสนับสนุนทางจิตสังคม (3) เสนอแนวทางเชิงปฏิบัติในการบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ (4) วิเคราะห์การประยุกต์ใช้ในบริบทไทยร่วมกับกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเผชิญความเจ็บปวดด้านการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์จากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และการเตรียมใจต่อการจากไป ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์พบว่า ดนตรีบำบัดช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล และเปิดพื้นที่การสื่อสารทางอารมณ์และจิตวิญญาณ นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการ ให้การปรึกษา และเชื่อมโยงครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การใช้ดนตรีบำบัดสอดคล้องกับบริบทชีวิตและคุณค่าของผู้ป่วย การบูรณาการดังกล่าวช่วยเสริมคุณภาพชีวิต ความสงบ การยอมรับ และความสัมพันธ์ในช่วงท้ายของชีวิต โดยการประยุกต์ใช้ในบริบทไทยควรคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และรสนิยมดนตรีของผู้ป่วย กรณีตัวอย่างสะท้อนให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันระหว่างดนตรีบำบัดและการสนับสนุนทางจิตสังคมสามารถเปลี่ยนความเจ็บปวดให้เป็นพื้นที่แห่งความหมาย ความรัก และการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

คำสำคัญ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ดนตรีบำบัด, นักสังคมสงเคราะห์, การเยียวยา

¹ ดร., อาจารย์ประจำสาขาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

^{2,3} นักศึกษาปริญญาโทสาขาดนตรีบำบัด คณะศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Dr., Lecturer in the Social Work Program, Mahamakut Buddhist University Isan Campus

^{2,3} Master's Degree Students in Music Therapy, Faculty of Graduate Studies, Khon Kaen University

Abstract

This analytical and integrative academic article aims to (1) explain the mechanisms and theoretical foundations of music therapy, (2) expand the role of social workers in providing psychosocial support, (3) propose practical approaches for integrating music therapy with social work practice to enhance the quality of life of end-of-life patients, and (4) analyze its application in the Thai context through a case example. End-of-life patients often experience profound silence in verbal communication and emotional expression due to physical pain, anxiety, and psychological preparation for death. The findings from the analysis and synthesis indicate that music therapy can alleviate pain, reduce anxiety, and open pathways for emotional and spiritual communication. Social workers play a crucial role in assessing psychosocial needs, providing counseling, and facilitating collaboration among families and interdisciplinary care teams, thereby ensuring that music therapy is aligned with patients' life contexts and personal values. Such integration contributes to improved quality of life, enhanced peace, acceptance, and strengthened relationships during the final stage of life. In the Thai context, effective application requires sensitivity to cultural beliefs, values, and musical preferences. The case example demonstrates that collaboration between music therapy and psychosocial support can transform silence into a meaningful space of connection, love, and a dignified and peaceful dying process.

Keywords

end-of-life patients, music therapy, social workers, healing

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life patients) คือผู้ที่อยู่ในช่วงท้ายของการดำเนินโรค ซึ่งอาจยาวนานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนก่อนเสียชีวิต ช่วงเวลานี้มักมาพร้อมกับการสูญเสียพลังการสื่อสาร ทั้งการพูด สีน้หน้าและภาษากาย อันเป็นผลจากข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น ความอ่อนแอ อาการเหนื่อยล้า ภาวะหายใจลำบาก รวมถึงความวิตกกังวล ความเศร้า และการครุ่นคิดถึงความตาย ความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ใช่เพียงการหยุดพูด แต่ยังสะท้อนการหดตัวของโลกส่วนตัวลงเหลือเพียงพื้นที่ภายในจิตใจ ซึ่งอาจเป็นผลจากความเหนื่อยล้าทางกายและอารมณ์ (McIlfatrick et al., 2017) หรือเป็นกลไกป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด อย่างไรก็ตาม ความเจ็บปวดนี้มักนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและการตัดขาดจากผู้อื่น

ดนตรีในฐานะ “ภาษาสากล” สามารถข้ามข้อจำกัดดังกล่าว เพื่อสื่อสารและเยียวยาได้อย่างลึกซึ้ง (Koelsch, 2014) ไม่ว่าจะเป็นการฟังเพลงโปรด การร้องเพลงที่มีความหมาย หรือฟังดนตรีจังหวะช้าและนุ่มนวล ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และเปิดทางสู่การมีปฏิสัมพันธ์อีกครั้ง งานวิจัยชี้ว่าดนตรีบำบัดช่วยบรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความสงบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Bradt & Dileo, 2014) โดยกระตุ้นให้สมองหลั่งสารโดปามีนและเอนดอร์ฟิน รวมถึงปรับจังหวะหัวใจและการหายใจให้อยู่ในภาวะสงบ

ในมิติทางสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Social Work) มีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการทางจิตสังคม ให้การปรึกษา ลดความวิตกกังวล สนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อผสมผสานบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์กับดนตรีบำบัด จะเกิดการทำงานร่วมที่ช่วย “เปลี่ยนความเจ็บปวดให้เป็นเสียง” ทั้งในความหมายเชิงกายภาพและสัญลักษณ์ เสียงเพลงสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มร้องเพลงตาม เคาะจังหวะ ยิ้ม หรือสบตา ซึ่งเป็นสัญญาณของการกลับมามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Approach) ระหว่างนักดนตรีบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล กำหนดเป้าหมายร่วม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การนำเพลงที่มีความหมายทางอารมณ์จากวัยเด็กมาประยุกต์ใช้เพื่อกระตุ้นความทรงจำเชิงบวก นอกจากนี้ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการเลือกเพลง ร้อง และอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระหว่างกิจกรรมดนตรี เพื่อเสริมสร้างความผูกพัน ลดความโดดเดี่ยว และสร้างความทรงจำอันมีค่าที่คงอยู่แม้หลังจากการจากไป

ในทางกลับกัน เมื่อดนตรีบำบัดถูกบูรณาการเข้ากับการสนับสนุนทางจิตสังคมของนักสังคมสงเคราะห์ การดูแลจะขยายจากการบำบัดเชิงอารมณ์สู่การเยียวยาแบบองค์รวม นักสังคมสงเคราะห์สามารถทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การปรึกษา ส่งเสริมความสัมพันธ์ และออกแบบกิจกรรมดนตรีร่วมกับนักดนตรีบำบัดให้สอดคล้องกับรสนิยม ความเชื่อ และบริบทชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นที่เข้าใจ ลดความโดดเดี่ยว และสามารถเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ขณะเดียวกัน ครอบครัวก็ได้รับการเสริมพลังทางอารมณ์และการเรียนรู้ที่จะยอมรับการสูญเสียอย่างอ่อนโยน

งานวิจัยต่างประเทศยืนยันว่าดนตรีบำบัดสามารถช่วยบรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวล และเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Bradt & Dileo, 2014; Koelsch, 2014) ขณะเดียวกัน Garcia-Gil และคณะ (2021) พบว่าการบูรณาการดนตรีบำบัดเข้ากับการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทเอเชีย Lee และคณะ (2016) ศึกษาในเกาหลีใต้พบว่าเพลงพื้นบ้านและเพลงศาสนา มีบทบาทสำคัญในการปลอบประโลมผู้สูงอายุ ส่วนในประเทศไทย งานวิจัยของศิริพร ศรีสุข (2562) ระบุว่าการใช้เพลงไทยเดิมและเพลงลูกทุ่งในการดูแลผู้สูงอายุใกล้เสียชีวิตช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความผูกพันกับครอบครัว นอกจากนี้ วนิดา สติประเสริฐ และชัชฎ์ ยี่เกียน (2565) พบว่าการเปิดดนตรีระหว่างการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดยไม่ใช้

ยาระงับความรู้สึกสามารถลดความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ขวัญทิ และคณะ (2022) รายงานว่าดนตรีบำบัดช่วยบรรเทาอาการไม่สบายหลังการรักษาด้วย TACE ในผู้ป่วยมะเร็งตับ และงานวิจัยของกริพงษ์ เจริญแพทย์ และคณะ (2559) ยังชี้ให้เห็นว่าการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันได้อย่างมีนัยสำคัญ งานเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าดนตรีบำบัดในบริบทไทยไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการทางกายและใจ แต่ยังมีศักยภาพในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในครอบครัวและสร้างคุณค่าเชิงจิตวิญญาณ

แม้ดนตรีบำบัดจะได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือเยียวยาทางอารมณ์ที่ทรงพลัง แต่หากดำเนินการโดยปราศจากระบบสนับสนุนทางจิตสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจยังมีช่องว่างหลายประการ เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับเพียงการผ่อนคลายชั่วขณะโดยไม่สามารถจัดการกับความกลัว ความสูญเสีย หรือความขัดแย้งภายในครอบครัวได้อย่างลึกซึ้ง อีกทั้งยังขาดกลไกการเชื่อมโยงทรัพยากรทางสังคมที่จำเป็นต่อการดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่มีเพียงดนตรีบำบัดจึงอาจช่วยด้านอารมณ์แต่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อมิติความสัมพันธ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในสังคมไทยจึงมีความจำเป็น เพื่อสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและรสนิยมดนตรีของผู้ป่วยไทยโดยเฉพาะ ดังนั้นการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์เป็นแนวทางการดูแลที่เชื่อมโยงผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับโลกภายนอก เสริมพลังให้เผชิญช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบ อย่างสมศักดิ์ศรี และมีความหมาย เสียงเพลงจึงไม่เพียงเป็นศิลปะ แต่เป็นพลังเยียวยาที่ลึกซึ้งทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ และจิตวิญญาณ การใช้ดนตรีบำบัดเพียงลำพังอาจช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความวิตกกังวลได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมต่อความต้องการด้านจิตสังคม การขาดระบบสนับสนุนจากนักสังคมสงเคราะห์อาจทำให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมเข้ากับดนตรีบำบัดจึงช่วยเติมเต็มมิติทางอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างสมบูรณ์

ดนตรีบำบัด: หลักการและกลไกการเยียวยา

ดนตรีบำบัดเป็นกระบวนการใช้ดนตรีอย่างมีเป้าหมาย โดยนักดนตรีบำบัดที่มีคุณวุฒิ เพื่อสนับสนุนการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (American Music Therapy Association, 2020) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดนตรีบำบัดมีบทบาทสำคัญในการเยียวยาและเสริมคุณภาพชีวิต ผ่านกลไกการเยียวยาหลัก 3 ประการ

1. การกระตุ้นสมองและระบบประสาท

เสียงดนตรีสามารถกระตุ้นให้สมองหลั่งสารโดปามีน เอนดอร์ฟิน และออกซิโทซิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสุข ความรู้สึกผูกพัน และการบรรเทาความเจ็บปวด (Chanda & Levitin, 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด และมีทัศนคติที่ดีขึ้น

2. การปรับสมดุลอารมณ์และร่างกาย

จังหวะและทำนองที่เหมาะสมช่วยควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจช้าลง เกิดภาวะผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และช่วยให้อารมณ์มีความมั่นคงมากขึ้น

3. การเปิดพื้นที่ทางอารมณ์

ดนตรีทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกภายใน หรือทบทวนความทรงจำที่มีความหมายได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้คำพูด พื้นที่นี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้สื่อสารความต้องการ ความคิด และความรู้สึกอย่างอิสระ เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในช่วงเวลาสุดท้าย

ด้วยกลไกดังกล่าว ดนตรีบำบัดยังมีคุณค่าเชิงจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสียงดนตรีสามารถเป็นสื่อแห่งการปลอบประโลม (comforting presence) ที่ช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยกับความทรงจำดี ๆ และความหมายในชีวิต กระบวนการนี้ไม่เพียงส่งผลต่อผู้ป่วย แต่ยังสร้างบรรยากาศแห่งความสงบให้กับครอบครัวและทีมดูแลด้วย เมื่อบูรณาการ

ดนตรีบำบัดเข้ากับการดูแลทางจิตสังคมโดยนักสังคมสงเคราะห์ จะยิ่งเสริมให้การดูแลมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม นักสังคมสงเคราะห์สามารถใช้ข้อมูลจากการสังเกตและการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเลือกแนวทางดนตรีที่สอดคล้องกับรสนิยม ความเชื่อ และบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วย เช่น เพลงพื้นบ้าน เพลงบรรเลง หรือบทเพลงศาสนา ซึ่งสามารถกระตุ้นความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง (sense of belonging) และความสงบภายในได้อย่างชัดเจน ซึ่งในภาพรวมดนตรีบำบัดไม่ได้เป็นเพียงกิจกรรมเสริมแต่เป็นเครื่องมือการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ สามารถลดความเจ็บปวด ลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญการจากไปด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และความรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างแท้จริง

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในกระบวนการดนตรีบำบัด

นักสังคมสงเคราะห์ในบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้ดนตรีบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยา มีบทบาทสำคัญในฐานะ “ผู้เชื่อมโยง” ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยทำหน้าที่ครอบคลุมทั้งการประเมินวางแผน ดำเนินการ และติดตามผล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการดนตรีบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการทางจิตสังคม นักสังคมสงเคราะห์จะสำรวจความต้องการ ความคาดหวัง และความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อระบุว่าดนตรีบำบัดสามารถตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้นได้อย่างไร กระบวนการนี้อาจรวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมรักษา เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านและนำไปสู่การวางแผนการบำบัดที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การให้การปรึกษาและสนับสนุนทางอารมณ์ นักสังคมสงเคราะห์สามารถใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือประกอบการสนทนา เพื่อสร้างความไว้วางใจและเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดความรู้สึก ความกลัว ความหวัง หรือความทรงจำที่สำคัญ เสียงดนตรีที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือมีความหมายพิเศษ อาจช่วยลดความตึงเครียดและกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารเชิงลึกมากขึ้น บทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยนักสังคมสงเคราะห์อาจชวนสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมในกิจกรรมดนตรี เช่น การร้องเพลง ฟังเพลง หรือเล่นดนตรีร่วมกัน เพื่อสร้างช่วงเวลาและความทรงจำที่มีความหมาย สิ่งนี้ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วย และเสริมสร้างสายสัมพันธ์ทางอารมณ์ภายในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การประสานงานและติดตามผล นักสังคมสงเคราะห์ทำงานร่วมกับนักดนตรีบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการบำบัด จากนั้นปรับแผนและวิธีการให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง

นอกจากบทบาทหลักที่กล่าวมาแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ยังทำหน้าที่เป็น “ผู้พิทักษ์เสียงของผู้ป่วย” (advocate for patient's voice) ในความหมายเชิงรูปธรรมและเชิงสัญลักษณ์ กล่าวคือ พวกเขามีหน้าที่ทำให้ความต้องการ ความชอบ และคุณค่าทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยสะท้อนออกมาในกระบวนการดนตรีบำบัดอย่างแท้จริง ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีรากฐานวัฒนธรรมท้องถิ่น เพลงพื้นบ้านหรือบทสวดทางศาสนาอาจถูกนำมาใช้ เพื่อสร้างความเชื่อมโยงกับอัตลักษณ์และความภาคภูมิใจในตนเอง การปรับกระบวนการบำบัดให้สอดคล้องกับบริบทเช่นนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลนั้น “เป็นของเขาโดยแท้” ไม่ใช่เพียงการใช้ดนตรีในเชิงทั่วไป ในอีกมิติหนึ่ง นักสังคมสงเคราะห์ยังทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ดนตรีเป็นตัวกลางเพื่อลดช่องว่างทางความเข้าใจ และช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลอย่างเต็มที่ ความร่วมมือในลักษณะนี้ไม่เพียงเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด แต่ยังเสริมสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกเป็นทีมเดียวกัน ท้ายที่สุด การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการหลอม

รวมศาสตร์และศิลป์เพื่อฟื้นฟูคุณภาพชีวิตอย่างลึกซึ้ง เสียงเพลงในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตจึงไม่เพียงเป็นท่วงทำนอง หากแต่เป็นเสียงแห่งการเชื่อมโยง ความรัก และการจากไปอย่างสงบพร้อมศักดิ์ศรี

การบูรณาการการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การบูรณาการดนตรีบำบัดเข้ากับการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยแนวทางสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Approach) เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แนวทางนี้เน้นการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างบุคลากรจากหลากหลายสาขา เช่น นักดนตรีบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล และผู้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย

องค์ประกอบของการบูรณาการการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์ประกอบของการบูรณาการการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 3 องค์ประกอบได้แก่

องค์ประกอบประการแรก คือ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ บุคลากรแต่ละฝ่ายต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผลการประเมิน และข้อสังเกตจากการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน การสื่อสารนี้ไม่เพียงช่วยลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ แต่ยังช่วยให้การบำบัดมีทิศทางที่สอดคล้องและต่อเนื่อง

องค์ประกอบประการที่สอง คือ การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกันระหว่างทีมดูแลและครอบครัว การตั้งเป้าหมายควรครอบคลุมทั้งด้านการบรรเทาอาการทางกาย เช่น การลดความเจ็บปวด และด้านการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต เช่น การเพิ่มความผ่อนคลาย ความสุข หรือการสร้างช่วงเวลาที่มีความหมายร่วมกันกับครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในขั้นตอนนี้มีความสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุด และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความชอบ ความทรงจำ และความหมายของดนตรีในชีวิตผู้ป่วย

องค์ประกอบประการที่สาม คือ การประเมินผลที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และความหมายเชิงจิตวิญญาณของผู้ป่วย ไม่เพียงวัดผลจากตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น การลดระดับความเจ็บปวดหรือความวิตกกังวล แต่ยังต้องพิจารณาปัจจัยเชิงคุณภาพ เช่น ความรู้สึกสงบ ความพึงพอใจในชีวิต หรือการยอมรับต่อการจากไป การประเมินในลักษณะนี้ต้องใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่แท้จริงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

งานวิจัยของ Garcia-Gil และคณะ (2021) ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการบูรณาการดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐาน กลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มรู้สึกถึงความสงบ ความผ่อนคลาย และการยอมรับต่อสถานการณ์มากขึ้น อีกทั้งยังมีความผูกพันกับครอบครัวและผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น การบูรณาการดนตรีบำบัดเข้ากับการดูแลทางจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีคุณค่าในมิติการเสริมสร้างความหวังและการรักษาอัตลักษณ์ของผู้ป่วย แม้อยู่ในสภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอย การได้ฟังหรือมีส่วนร่วมกับดนตรีที่มีความหมายส่วนตัว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและยังคงเป็น “ตัวของตัวเอง” สิ่งนี้มีผลโดยตรงต่อการคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ในเชิงปฏิบัติ แนวทางดังกล่าวยังเปิดโอกาสให้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้ทำงานบนฐานของความเข้าใจร่วมกันต่อความต้องการเชิงลึกของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความปรารถนาที่จะทบทวนความทรงจำ ความตั้งใจที่จะสื่อสารกับครอบครัว หรือความต้องการใช้เวลาสุดท้ายอย่างสงบในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย การใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือกลางจึงช่วยเชื่อมโยงแง่มุมเหล่านี้เข้ากับแผนการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม ท้ายที่สุดการดำเนินงานในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยบรรเทาความทุกข์ทางกายและใจ แต่ยังสร้าง “พื้นที่ปลอดภัย” ทางอารมณ์ให้กับผู้ป่วย

ครอบครัว และทีมดูแล เสียงดนตรีจึงกลายเป็นสื่อที่ทำให้ทุกฝ่ายสามารถพบกันบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความรัก และความเคารพต่อคุณค่าของชีวิต จนถึงช่วงเวลาสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี

กรอบทฤษฎี (Theoretical Framework)

การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถอธิบายได้ผ่านหลายกรอบทฤษฎีที่สะท้อนมิติองค์รวมของมนุษย์ ดังนี้

1. กรอบแนวคิดชีว-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ (Biopsychosocial spiritual Model)

แบบจำลองนี้พัฒนาต่อยอดจาก Biopsychosocial model ของ Engel (1977) โดย Sulmasy (2002) เสนอให้เพิ่มมิติทางจิตวิญญาณเข้าไปเพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รอบด้านมากขึ้น ดนตรีบำบัดมีบทบาทในการบรรเทาความเจ็บปวดทางกาย ลดความทุกข์ทางใจ เสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และปลอบประโลมด้านจิตวิญญาณ ในขณะเดียวกันนักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ประเมินและสนับสนุนให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ

2. ทฤษฎีความเจ็บปวดแบบองค์รวม (Total Pain Theory: Cicely Saunders)

Saunders (1964) อธิบายว่า “ความเจ็บปวด” ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้จำกัดเพียงอาการทางกาย แต่รวมถึงความทุกข์ทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองจึงต้องคำนึงถึงความเจ็บปวดทั้งสี่ด้าน ดนตรีบำบัดสามารถเป็นเครื่องมือในการบรรเทาความเจ็บปวดแบบองค์รวม เช่น ลดอาการปวดและความวิตกกังวล กระตุ้นความทรงจำดี ๆ และสร้างความหมายเชิงจิตวิญญาณ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ช่วยสะท้อนเสียงของผู้ป่วยและสนับสนุนครอบครัวให้เผชิญความสูญเสียได้อย่างเข้มแข็ง

3. ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)

Maslow (1943) เสนอว่าความต้องการขั้นสูง เช่น การได้รับการยอมรับ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี และการค้นหาความหมายของชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่งในวาระสุดท้าย ดนตรีบำบัดช่วยตอบสนองความต้องการเหล่านี้โดยการเลือกเพลงที่สะท้อนอัตลักษณ์และคุณค่าของผู้ป่วย สร้างบรรยากาศแห่งการยอมรับ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์สนับสนุนให้ครอบครัวและทีมดูแลให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของผู้ป่วยจนถึงช่วงสุดท้าย

4. แนวคิดมนุษยนิยมของคาร์ล โรเจอร์ส (Humanistic Approach: Carl Rogers)

Rogers (1961) เน้นว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่าและศักยภาพที่จะพัฒนา การได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) และการสะท้อนความเข้าใจ (empathic understanding) เป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและพบความสงบ ดนตรีบำบัดจึงเป็น “พื้นที่ปลอดภัย” ให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดอารมณ์ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่รับฟังและสนับสนุนอย่างมีเมตตา การบูรณาการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญการจากไปด้วยศักดิ์ศรีและความสงบ

5. แนวคิดระบบนิเวศ (Ecological Systems Theory) ของ Bronfenbrenner (1979) อธิบายว่าผู้ป่วยได้รับอิทธิพลจากระบบต่าง ๆ ตั้งแต่ครอบครัวจนถึงสังคมโดยรอบ การเยียวยาจึงต้องพิจารณาทุกชั้นระบบ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสถาบันบริการสุขภาพ

6. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบในวรรณกรรมสากลทั้งสายจิตสังคมและระบาดวิทยาสังคม โดย House (1981) จัดจำแนกประเภทของการสนับสนุนไว้ 4 มิติ ได้แก่ (1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional) เช่น ความอบอุ่น การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ (2) การสนับสนุนเชิงข้อมูล (informational) เช่น คำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ (3) การสนับสนุนเชิงปฏิบัติ/เครื่องมือ (instrumental) เช่น การช่วยเหลือกิจวัตร การประสานทรัพยากร และ (4) การสนับสนุนเพื่อการประเมินตน (appraisal) เช่น การสะท้อนความรู้สึกและให้กำลังใจ ซึ่งกรอบนี้

สอดคล้องโดยตรงกับบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในทีม palliative ที่ต้อง “ออกแบบ” แพคเกจการสนับสนุนให้ครบทั้งสี่ด้าน ควบคู่กับกิจกรรมดนตรีบำบัด ในแง่กลไกผลลัพธ์ Cohen และ Wills (1985) เสนอ buffering hypothesis อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นกันชนลดผลกระทบด้านลบของความเครียดต่อสุขภาวะ โดยเฉพาะในสถานการณ์ทุกข์ยากสูง อย่างไรก็ตามการวิจัยที่สนับสนุนด้วยหลักฐานจากสายระบาดวิทยาสังคมที่ชี้ว่าเครือข่ายและความผูกพันทางสังคมสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า (Berkman & Glass, 2000) รวมถึงหลักฐานชีวสรีรวิทยาที่อธิบายเส้นทางอัตโนมัติ ต่อมไร้ท่อภูมิคุ้มกัน ซึ่งเชื่อมโยงการสนับสนุนกับการลดอักเสบ ความดัน และอาการเจ็บปวด (Uchino, 2006) ประเด็นนี้ช่วยเสริมเหตุผลว่าทำไม การ จับคู่ดนตรีบำบัดกับโครงสร้างสนับสนุนทางสังคม จึงมักให้ผลที่เด่นชัดกว่าการใช้ดนตรีลำพัง Thoits (2011) ขยายความว่า การสนับสนุนที่มีความหมาย (meaningful support) ทำงานผ่านสองทางคือ (1) เสริมทรัพยากรภายใน การยอมรับ ตน การรู้สึกว่ามีคุณค่า และ (2) เสริมทรัพยากรภายนอก การเข้าถึงข้อมูลหรือบริการและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของดนตรีบำบัดที่มุ่งคืนเสียงและอัตลักษณ์ให้ผู้ป่วย เมื่อผสมผสานกับกระบวนการช่วยเหลือแบบมีส่วนร่วมของนักสังคมสงเคราะห์ จะเกิดพื้นที่ปลอดภัยที่เอื้อต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสารความต้องการลึก ๆ และการปิด บาดแผลเชิงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

บริบท palliative care ระดับนานาชาติ งานทบทวนอย่างเป็นระบบชี้ว่าการแทรกแซงที่สนับสนุนผู้ดูแล และ ครอบครัวด้วยองค์ประกอบเชิงให้ความรู้ ทักษะการเผชิญปัญหา การสนับสนุนอารมณ์ ช่วยลดภาระทางใจและปรับปรุง คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย (Candy et al., 2011) ขณะเดียวกัน หลักฐานเชิงระบบยังระบุว่ารูปแบบครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง และการประสานเครือข่ายบริการมีแนวโน้มเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลและลดความทุกข์ตอนท้ายชีวิต (Hudson et al., 2015) เมื่อนำมาจับคู่กับดนตรีบำบัด ซึ่งเปิดช่องทางการสื่อสารเชิงอารมณ์ นักสังคมสงเคราะห์สามารถใส่โครงการ สนับสนุนทั้งมิติให้กิจกรรมดนตรีมีความต่อเนื่อง เข้าถึงความต้องการจำเพาะบุคคล และเชื่อมโยงครอบครัวเข้ามาร่วมสร้าง ความหมายร่วมในวาระสุดท้าย

การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแนวทางที่สะท้อนการมอง ผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กรอบทฤษฎีที่นำมาใช้ ได้แก่ Biopsychosocial-spiritual Model, Total Pain Theory, Maslow's Hierarchy of Needs และ Humanistic Approach ต่างช่วยยืนยันถึงคุณค่าของ การเยียวยาที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความหมายของชีวิต ดนตรีบำบัดทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยสื่อสารอารมณ์ และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยง สนับสนุนครอบครัว และปกป้องสิทธิของผู้ป่วย การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยลดความทุกข์ แต่ยังเสริมสร้างความ ผูกพันภายในครอบครัวและทีมดูแล นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและการจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

มิติด้านจริยธรรมและคุณค่า

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการบูรณาการดนตรีบำบัดและงานสังคมสงเคราะห์ การยึดมั่นในหลักจริยธรรม วิชาชีพถือเป็นรากฐานสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยในช่วงเวลานี้มีความเปราะบางทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Saunders, 2000) การดำเนินงานจึงต้องคำนึงถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์และสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (Beauchamp & Childress, 2019; Banks, 2016) โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. การเคารพศักดิ์ศรี (Dignity)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงมีคุณค่าในความเป็นมนุษย์ การเลือกเพลงหรือกิจกรรมดนตรีจึงควรเคารพต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย (International Federation of Social Workers [IFSW], 2018) เช่น เพลงพื้นบ้าน บท สวด หรือดนตรีที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ซึ่งสะท้อนถึงอัตลักษณ์และศักดิ์ศรีของตนเอง

2. การตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination)

หลักสิทธิการกำหนดตนเองเป็นหัวใจของทั้งวิชาชีพสังคมสงเคราะห์และการดูแลแบบประคับประคอง (National Hospice and Palliative Care Organization [NHPCO], 2017) ผู้ป่วยควรมีสิทธิเลือกเพลงหรือกิจกรรมที่ตนพึงพอใจ นักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัดต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนเจตจำนง และหากไม่สามารถสื่อสารได้ ครอบครัวควรเป็นผู้แทนในการสะท้อนความต้องการ

3. การรักษาความลับ (Confidentiality)

เรื่องราวและอารมณ์ที่ผู้ป่วยถ่ายทอดผ่านเพลงมักมีความเป็นส่วนตัวสูง หลักจริยธรรมกำหนดให้นักวิชาชีพต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต (American Music Therapy Association [AMTA], 2020; กนิษฐา, 2561) สิ่งนี้สร้างความไว้วางใจและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออก

4. ความเป็นธรรมและความเสมอภาค (Justice and Equity)

ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับโอกาสเข้าถึงบริการดนตรีบำบัดอย่างเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติด้านเพศ วัย หรือฐานะ (IFSW, 2018; สุวัฒน์ กุญแจติกายณ์, 2564) นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องทำหน้าที่ลดอุปสรรคและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

5. คุณค่าทางมนุษยธรรม (Humanistic Value)

ดนตรีไม่ใช่เพียงเครื่องมือบำบัด แต่เป็นพลังทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแลเข้าด้วยกัน การให้คุณค่าทางมนุษยธรรมเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเผชิญวาระสุดท้ายด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และการยอมรับ (Rogers, 1961; Banks, 2016)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการบูรณาการดนตรีบำบัดและงานสังคมสงเคราะห์ จำเป็นต้องยึดมั่นในหลักจริยธรรมวิชาชีพอย่างเคร่งครัด เพราะผู้ป่วยในช่วงเวลานี้มีความเปราะบางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การทำงานจึงมิใช่เพียงการจัดกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน แต่เป็นการเคารพต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์และสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างแท้จริง ดนตรีสามารถเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการสะท้อนอัตลักษณ์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การเลือกเพลงหรือกิจกรรมดนตรีจึงควรสอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม และความพึงพอใจส่วนบุคคล อีกทั้งผู้ป่วยควรได้รับสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมในลักษณะใด และในกรณีที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ครอบครัวก็ควรมีส่วนร่วมในการสะท้อนเจตจำนงแทน

นอกจากนี้ เรื่องราวที่ผู้ป่วยถ่ายทอดผ่านบทเพลงมักมีความเป็นส่วนตัวและสะท้อนอารมณ์ลึกซึ้ง การรักษาความลับจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจในกระบวนการ ขณะเดียวกัน นักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัดควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติด้านเพศ วัย หรือสถานะทางเศรษฐกิจ ท้ายที่สุด คุณค่าที่สำคัญที่สุดคือการยึดหลักมนุษยธรรม มองดนตรีไม่ใช่เพียงเครื่องมือบำบัด หากแต่เป็นพลังทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเข้าด้วยกัน การให้คุณค่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และการยอมรับอย่างเต็มเปี่ยม

การประยุกต์ใช้ดนตรีบำบัดกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทไทย

การนำดนตรีบำบัดมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยควรให้ความสำคัญกับ บริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และระสนิยมดนตรีของผู้ป่วย เนื่องจากดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและวัฒนธรรมไทยที่มีความหลากหลายและลึกซึ้ง การประยุกต์ดังกล่าวสามารถทำได้หลายแนวทาง ดังนี้

1. เพลงพื้นบ้านและเพลงศาสนา

เพลงพื้นบ้าน เช่น เพลงหมอลำ เพลงลูกทุ่ง รวมถึงเพลงไทยเดิมและดนตรีบรรเลงไทย ล้วนมีพลังในการสร้างความคุ้นเคยและเชื่อมโยงผู้ป่วยกับรากทางวัฒนธรรมและความทรงจำเชิงบวก ขณะเดียวกันเพลงสวดมนต์หรือบทสวดทาง

ศาสนา เช่น พุทธศาสนา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบและยอมรับวาระสุดท้ายได้ง่ายขึ้น (ศิริพร ศรีสุข, 2562; วิชญ์ บุญรอด, 2019)

2. การใช้เครื่องดนตรีไทยง่าย ๆ เพื่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เครื่องดนตรีไทยที่เล่นง่าย เช่น ขลุ่ย ระนาดไม้เล็ก หรือฉิ่ง สามารถใช้เป็นสื่อกลางในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลใกล้ชิด การเล่นดนตรีร่วมกันไม่เพียงช่วยสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย แต่ยังเป็นกิจกรรมที่เสริมสายสัมพันธ์ในครอบครัว และสร้าง “ความทรงจำอันมีค่า” ที่จะคงอยู่แม้หลังการสูญเสีย (อุริพงษ์ เจริญแพทย์ และคณะ, 2559)

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสังคมสงเคราะห์

แม้นักสังคมสงเคราะห์ไม่จำเป็นต้องเป็นนักดนตรีมืออาชีพ แต่ควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการของดนตรีบำบัด การอบรมเสริม เช่น โมดูล “การใช้ดนตรีเพื่อการเยียวยา” ในหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ สามารถช่วยให้บุคลากรใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือเสริมในการประเมิน ให้คำปรึกษา และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุวัฒน์ กู้เกียรติกาญจน์., 2564; กนิษฐา ทองสมุทร, 2561) นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดการบูรณาการความรู้ด้านศิลปะและสังคมสงเคราะห์เข้าด้วยกันอย่างเหมาะสมกับบริบทไทย

ดังนั้นการประยุกต์ใช้ดนตรีบำบัดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย จำเป็นต้องคำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและความทรงจำที่ช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยกับอัตลักษณ์ของตนเอง เพลงพื้นบ้านและเพลงศาสนา เช่น หมอลำ ลูกทุ่ง ไทยเดิม หรือบทสวดมนต์ มีพลังในการสร้างความคุ้นเคย ความสงบ และการยอมรับต่อวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ การใช้เครื่องดนตรีไทยที่เล่นง่ายยังเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมดนตรี สร้างบรรยากาศผ่อนคลายและเสริมสร้างสายสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งกลายเป็นความทรงจำที่มีคุณค่าแม้ในยามหลังการสูญเสีย ขณะเดียวกัน นักสังคมสงเคราะห์ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับดนตรีบำบัด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการประเมิน ให้คำปรึกษา และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป ดนตรีบำบัดไม่เพียงทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเยียวยาทางอารมณ์ แต่ยังเป็นสื่อทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และความหมายที่ลึกซึ้งด้วย

กรณีตัวอย่าง: การทำงานสังคมสงเคราะห์ในกระบวนการดนตรีบำบัด

นายประสิทธิ์ (นามสมมติ) ชายอายุ 60 ปี อดีตผู้อำนวยการโรงเรียน หลังเกษียณอายุได้เข้ารับการรักษาโรคระยะระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลจังหวัด ด้วยอาการเจ็บปวดเรื้อรังและความอ่อนแรงทำให้การสื่อสารลดลง ผู้ป่วยมักนั่งเงียบ ไม่พูดคุยกับทีมรักษาและครอบครัวเนื่องจากรู้สึกเหนื่อยล้าและไม่ต้องการเป็นภาระของใคร เดิมเป็นคนรักเสียงเพลง ชอบร้องเพลงลูกทุ่งและเพลงเพื่อชีวิต แต่เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่เงียบและเป็นทางการ ผู้ป่วยรู้สึกไม่กล้าแสดงออกและหลีกเลี่ยงการร้องเพลง

นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นสมาชิกของทีมดูแลแบบประคับประคองได้เข้าเยี่ยมเพื่อประเมินความต้องการทางจิตสังคม โดยเริ่มจากการพูดคุยอย่างอ่อนโยนและใช้เทคนิคการฟังเชิงลึก (active listening) พบว่าผู้ป่วยยังคงมีความผูกพันกับบทเพลงในอดีต และมีเพลงหลายเพลงที่สะท้อนความรักต่อครอบครัวและชีวิตในฐานะครู นักสังคมสงเคราะห์จึงประสานงานกับนักดนตรีบำบัดเพื่อจัดกิจกรรมดนตรีส่วนตัวในห้องพักผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงเอง

เมื่อเสียงเพลงแรกบรรเลง ผู้ป่วยเริ่มขยับริมฝีปากและร้องตามเบา ๆ สีหน้าเริ่มผ่อนคลาย จากนั้นสามารถเอ่ยชื่อเพลงที่ต้องการฟังเพิ่มเติม พร้อมเล่าให้ทีมฟังว่าทุกเพลงมีความหมายในแต่ละช่วงของชีวิต นักสังคมสงเคราะห์ใช้ช่วงเวลานี้ชวนผู้ป่วยสะท้อนความทรงจำ ความภาคภูมิใจ และความรักที่มีต่อครอบครัว พร้อมเชิญภรรยาและบุตรเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้ป่วยเลือกเพลง “จดหมายถึงพ่อ” เพื่อมอบให้ลูกชาย และเพลง “ชายแรงแต่นาง” ให้ภรรยา พร้อมกล่าวขอบคุณผ่านเสียงเพลง ครอบครัวร่วมร้องและเคาะจังหวะอย่างอบอุ่น บรรยากาศในห้องเต็มไปด้วยรอยยิ้ม น้ำตา และความเข้าใจซึ่งกันและกัน หลังจบกิจกรรม ผู้ป่วยรายงานว่าความปวดลดลง ความรู้สึกเศร้าหายไป และนอนหลับได้ดีขึ้น

ในวันต่อมา ทีมสหวิชาชีพสังเกตว่าผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นมากขึ้น ยิ้มและทักทายเจ้าหน้าที่ เมื่อนักสังคมสงเคราะห์เข้าพูดคุย ผู้ป่วยกล่าวว่า “ผมไม่กลัวอีกแล้ว อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด” หลังจากนั้นไม่นานผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ครอบครัวส่งจดหมายขอบคุณทีมดูแล โดยระบุว่า “ขอบคุณเสียงเพลงวันนั้น เพราะเป็นของขวัญชิ้นสำคัญที่ดีที่สุดของผมและแม่เลยครับ” ลูกชายกล่าว

กรณีนี้สะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์สามารถเปิดพื้นที่แห่งการสื่อสารและความรักในช่วงสุดท้ายของชีวิต เสียงเพลงไม่เพียงบรรเทาความเจ็บปวด แต่ยังเชื่อมโยงหัวใจของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแลให้ร่วมกันสร้างความหมายใหม่ของการจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ (ประกายเพชร แก้วอินทร์, 2567)

บทวิเคราะห์

การบูรณาการดนตรีบำบัดกับการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากดำเนินการตามแนวทางต่อไปนี้

1. พัฒนาความร่วมมือระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัดในสถานพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรตั้งอยู่บนความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัด ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน วางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และประชุมหารืออย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและปรับแผนให้เหมาะสม

2. จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านดนตรีบำบัดให้บุคลากรสังคมสงเคราะห์

แม้ไม่จำเป็นต้องเป็นนักดนตรีมืออาชีพ แต่นักสังคมสงเคราะห์ควรมีความรู้ความเข้าใจในหลักการดนตรีบำบัด เพื่อใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือเสริมการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การอบรมควรครอบคลุมพื้นฐานดนตรีบำบัด เทคนิคการสร้างบรรยากาศเชิงบวก และการเลือกเพลงที่เหมาะสมกับภาวะร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย

3. สนับสนุนการวิจัยเชิงประจักษ์ในบริบทไทย

แม้จะมีหลักฐานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมาก แต่การศึกษาในบริบทสังคมไทยยังมีจำกัด จึงควรส่งเสริมการวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อสร้างฐานข้อมูลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนาหลักปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการจริง

4. ส่งเสริมบทบาทครอบครัวในกระบวนการดนตรีบำบัด

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย การร่วมกิจกรรมดนตรี เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรีร่วมกัน สามารถเสริมความสัมพันธ์และสร้างความทรงจำที่มีคุณค่า พร้อมลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลมีความสมบูรณ์และมีความหมายมากขึ้น

การนำข้อเสนอแนะดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ยังมีศักยภาพในการสร้าง “ระบบการดูแลแบบองค์รวม” ที่เชื่อมโยงศาสตร์การบำบัดทางศิลปะเข้ากับศาสตร์การช่วยเหลือทางสังคมได้อย่างลงตัว ไม่เพียงแต่จะช่วยบรรเทาอาการทางกายและใจของผู้ป่วย แต่ยังเสริมสร้างความรู้สึเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและครอบครัวให้ชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์การดูแลที่ไม่ถูกจำกัดเพียงการรักษาทางการแพทย์ แต่ครอบคลุมถึงมิติของความสัมพันธ์ ความหมาย และคุณค่าของชีวิต ในทางปฏิบัติ การทำงานร่วมกันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัด จะช่วยให้ทีมดูแลสามารถปรับกิจกรรมดนตรีให้สอดคล้องกับความชอบ ความทรงจำ และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย ทำให้การบำบัดมีความเป็นส่วนตัว

และมีพลังมากขึ้น ขณะเดียวกัน การเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวมีบทบาทอย่างแท้จริง ยังช่วยลดช่องว่างทางอารมณ์ สร้างโอกาสในการสื่อสาร และเก็บรักษาช่วงเวลาที่มีค่าร่วมกันจนถึงวาระสุดท้าย เมื่อดำเนินการอย่างเป็นระบบ แนวทางนี้จะไม่เพียงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังสร้างแบบแผนการดูแลที่มีความยั่งยืน และสามารถต่อยอดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยในระยะยาว

สรุป

ความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายไม่ใช่เพียงการขาดเสียงสนทนา หากแต่สะท้อนถึงการถดถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญความเจ็บปวด ความอ่อนแรง ภาวะซึมเศร้า และความกลัวต่อการสิ้นชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและการตัดขาดจากโลกภายนอก ดนตรีบำบัดได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยเปิดประตูสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น เสียงเพลงสามารถกระตุ้นสมองและระบบประสาทให้เกิดความสงบและผ่อนคลาย ปลุกเร้าความทรงจำ และเปิดพื้นที่ทางอารมณ์ให้ผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้สึกโดยไม่ต้องใช้ถ้อยคำ กิจกรรมอย่างการฟังเพลงโปรด การร้องเพลง หรือเล่นดนตรีร่วมกับผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีชีวิตชีวาอีกครั้งและฟื้นคืนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ดนตรีบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่อาจตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยได้ครบถ้วน จึงจำเป็นต้องบูรณาการกับการสนับสนุนทางจิตสังคมโดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการ ให้คำปรึกษา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้ช่วยให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับ เข้าใจ และมีศักดิ์ศรีในช่วงท้ายของชีวิต

ครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเยียวยา การร่วมฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรีง่าย ๆ กับผู้ป่วยไม่เพียงช่วยลดความตึงเครียดและความโดดเดี่ยว แต่ยังสร้างความทรงจำอันมีค่าและบรรยากาศแห่งการยอมรับ เสียงเพลงกลายเป็นสื่อกลางของความรักและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ทำให้ทุกฝ่ายสามารถบอกกล่าวและยอมรับการสูญเสียได้อย่างอ่อนโยน การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์จึงเป็นแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ฟื้นฟูคุณค่าของชีวิต และนำผู้ป่วยไปสู่การจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา ทองสมุทร. (2561). จริยธรรมวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในบริบทสังคมไทย. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 26(2), 45–63.
- ขวัญทิ, ว., และคณะ. (2022). ผลของดนตรีบำบัดต่ออาการหลังการอุดหลอดเลือดแดงด้วยสารเคมีในผู้ป่วยมะเร็ง
ตับ. *Annals of Palliative Medicine*, 11(3), 1–9. <https://doi.org/10.21037/apm-22-XXX>
- ประกายเพชร แก้วอินทร์. (2567). รายงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภูริพงษ์ เจริญแพทย์, และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *วารสารพยาบาลอโรบิคไทย*, 20(2), 37–48.
- ศิริพร ศรีสุข. (2562). การใช้เพลงไทยเดิมและเพลงลูกทุ่งเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย. *วารสารวิชาการ
พยาบาลไทย*, 35(2), 45–56.
- สุวัฒน์ กู้เกียรติกาญจน์. (2564). จริยธรรมและคุณค่าในการทำงานสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วนิดา สติประเสริฐ และชื่นฤทัย ยี่เกียน. (2565). ผลของดนตรีต่อความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดย
ไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(1), 50–60.
- วิษณุ บุญรอด. (2019). ตามนียบะบำบัด: ทางเลือกเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก*, 17(3), 112–120.
- American Music Therapy Association. (2020). *Music therapy and end-of-life care*.
<https://www.musictherapy.org>
- American Music Therapy Association. (2020). *Code of ethics*. <https://www.musictherapy.org/about/ethics>
- Banks, S. (2016). *Ethics and values in social work (5th ed.)*. Red Globe Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics (8th ed.)*. Oxford University
Press.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F.
Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*, pp. 137–173. Oxford University Press.
- Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database
of Systematic Reviews*, 2014(12), Article CD006902.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3>
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). Interventions for supporting informal
caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic
Reviews*, (6), CD007617.
- Chanda, M. L., & Levitin, D. J. (2013). The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(4), 1
79–193. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*,
98(2), 310–357.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Garcia-Gil, D., et al. (2021). Music therapy in palliative care: Benefits for patients and families. *Journal of Palliative Care*, 36(2), 87–95. <https://doi.org/10.1177/0825859720936802>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K. (2015). A systematic review of psychosocial interventions for family caregivers of palliative care patients. *Palliative Medicine*, 29(7), 583–598.
- International Federation of Social Workers. (2018). *Global social work statement of ethical principles*. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles>
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(3), 170–180. <https://doi.org/10.1038/nrn3666>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- McIlpatrick, S., Hasson, F., McLaughlin, D., Johnston, G., Roulston, A., Rutherford, L., & Noble, H. (2017). Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC Palliative Care*, 12, 34. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-34>
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2017). *Standards of practice for hospice programs*. NHPCO.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers' Journal*, 4(4), 68–73.
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7–13. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00110-5)
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(3), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.