

ม้านั่งมีหู

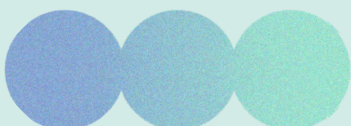
กลไกดูแลสุขภาวะทางจิตในชุมชนที่เข้าถึงได้

พฤษภาคม พ.ศ. 2568

- ม้านั่งมีหู (Bench with Ears) เป็นกลไกส่งเสริมและป้องกันสุขภาวะทางจิตในชุมชนที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยใช้อาสาสมัครสุขภาพจิต (“เพื่อนรับฟัง”) เป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพใจในระดับชุมชน
- ม้านั่งมีหูไม่ใช่บริการคัดกรอง วินิจฉัย หรือบำบัดรักษาทางจิตเวช แต่เป็นรูปแบบของการถ่ายโอนบทบาท (task-shifting) ด้านการดูแลสุขภาพจิตจากภาคการแพทย์สู่ประชาสังคมและชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพทางจิตของประเทศ และลดภาระของบุคลากรเฉพาะทางที่มีอยู่อย่างจำกัด
- กลไกนี้มุ่งดูแลปัญหาสุขภาพจิตขั้นพื้นฐาน เช่น ความเครียด วิตกกังวล หรืออารมณ์ด้านลบ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือความพยายามทำร้ายตนเอง
- ม้านั่งมีหูสามารถขยายผลและประยุกต์ใช้ได้หลากหลายบริบท เช่น สวนสาธารณะ โรงเรียน วัด คลินิกชุมชน และพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพทางจิตเชิงรุกที่เข้าถึงง่ายและยั่งยืนในระดับชุมชน

ที่มาและความสำคัญ

- ประเทศไทยกำลังเผชิญภาวะวิกฤตสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า มีผู้ป่วยจิตเวชกว่า 2.9 ล้านคน และผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตแต่ยังไม่ได้รับการรักษากว่า 10 ล้านคน ขณะที่ทั่วประเทศมีจิตแพทย์เพียง 1.2 คนต่อประชากร 100,000 คน ต่ำกว่ามาตรฐานองค์การอนามัยโลกอย่างมาก
- การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของคนไทยจึงยังจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและกลุ่มประชากรเปราะบาง ทำให้ผู้คนจำนวนมากไม่ได้รับความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และบางส่วนพัฒนาไปสู่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือการทำความร้ายตนเอง
- ในต่างประเทศ ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จคือ โครงการ “ม้านั่งมิตรภาพ” (Friendship Bench) ของประเทศซิมบับเว ซึ่งพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาช่องว่างในระบบการดูแลสุขภาพจิต เช่นเดียวกับประเทศไทย โดยใช้ “ผู้สูงอายุในชุมชน” ที่เป็นที่ยอมรับและไว้วางใจ มาเป็นผู้รับฟังที่ผ่านการอบรมให้ “ฟังอย่างเข้าใจ” และ “ชวนคุยอย่างมีโครงสร้าง”
- โครงการดังกล่าวพิสูจน์แล้วว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน ลดอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และความโดดเดี่ยวทางสังคม จนได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกและนานาชาติว่าเป็นนวัตกรรมสุขภาพจิตชุมชนที่มีประสิทธิภาพและขยายผลได้ทั่วโลก
- แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในรูปแบบของ “ม้านั่งมีหู” ซึ่งทำหน้าที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการรับฟัง พุดคุย และดูแลสุขภาพทางจิตใจของผู้คนในชุมชน อันสามารถหนุนเสริมหรือเป็นทางเลือกการบำบัดหรือรักษาทางการแพทย์



ข้อค้นพบสำคัญ

- ม้านั่งมีหูเป็นตัวอย่างของกลไกการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตชุมชนและการบำบัดสุขภาพจิตแบบเข้มข้นต่ำ (low-intensity intervention) ที่**ต้นทุนต่ำแต่ผลลัพธ์สูง**ในแง่การกระตุ้นให้คนระบายความทุกข์ใจ และส่งเสริมการขอความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต อย่างไรก็ดี ม้านั่งมีหูไม่สามารถทดแทนการบำบัดรักษาจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาวิชาชีพได้
- ม้านั่งมีหูแสดงให้เห็นถึงตัวของระบบส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตในชุมชนที่ทำงานบนหลักการสำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่

การเข้าถึง (accessibility)

ให้ความหมายใหม่กับพื้นที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ กลายเป็น**พื้นที่ปลอดภัย**ที่ทุกคนสามารถเข้ามาระบายเรื่องราวความทุกข์ใจ โดย**ไม่มีค่าใช้จ่าย** และไม่ต้องใช้เทคโนโลยีหรือระบบนัดหมายที่ซับซ้อน

การเสริมพลังชุมชน (empowerment)

พัฒนา**อาสาสมัครเพื่อนรับฟัง**จากกลุ่มคนหลายช่วงวัย เพศ และอาชีพ ให้สามารถรับฟังเบื้องต้นและส่งต่อความช่วยเหลือไปยังผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสม กลายเป็น**พลังชุมชน**สร้างเสริมสุขภาพจิต

การลดการตีตรา (destigmatization)

รับฟังแบบ**ไม่ตัดสิน**เพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจและความเห็นอกเห็นใจ → ช่วย**ลดความรู้สึกลดเดี่ยว**ของผู้มาใช้บริการ รวมถึง**ส่งเสริมให้การขอความช่วยเหลือ**เรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องธรรมดาในชีวิตประจำวัน

- **อาสาสมัครเพื่อนรับฟังต้องมีคุณสมบัติขั้นต้น** ได้แก่
 - ✓ ผ่านการ**อบรม**องค์ความรู้และทักษะการฟังเชิงลึกและไม่ตัดสิน (active listening)
 - ✓ ผ่านการ**อบรม**และ**ทดสอบ**จรรยาบรรณและการดูแลความปลอดภัยในระหว่างนั่งรับฟัง (standard & safety)
- ม้านั่งมีหูแสดงให้เห็นว่า**คนธรรมดาคนหนึ่ง** หากมีใจและมีคุณสมบัติขั้นต้น ก็สามารถรับฟังเรื่องราวความทุกข์ใจของคนอื่นได้ กลายเป็น**อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน** ซึ่งต้องทำหน้าที่ภายใต้การแนะนำและดูแลจากนักจิตวิทยาหรือนุเคราะห์การสาธารณสุข (supervisor) อาสาสมัครกลุ่มนี้ไม่ใช่จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา
- ม้านั่งมีหูเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการขับเคลื่อน**มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ครั้งที่ 16 เรื่อง “ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง” รวมถึงสนับสนุน**เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)** เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (ข้อ 3.4 ว่าด้วยการสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี)
- ม้านั่งมีหูคือการทำให้ฐานล่างสุดของตัวแบบ**พระมิดบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก** นั่นคือ **การดูแลกันเองในชุมชน** (informal community care) เป็นรูปธรรมและมีชีวิต เป็นพื้นที่ที่คนธรรมดาช่วยคนธรรมดาผ่านคำถามง่ายๆ อย่าง “วันนี้คุณรู้สึกอย่างไร” อันกลายเป็นจุดเริ่มต้นของระบบสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้สำหรับทุกคน

5 ขั้นตอนการให้บริการของม้านั่งมีหู

- 1 การชี้แจงเงื่อนไขและขอบเขตของการให้บริการ
- 2 การประเมินความรู้สึกก่อนเริ่ม
ผ่านคำถาม “วันนี้คุณรู้สึกอย่างไร” โดยกระตุ้นให้ผู้ให้บริการวัดความรู้สึกจากระดับ 1 ถึง 5 ว่าอยู่ที่ระดับใด
- 3 การพูดคุย
- 4 การประเมินความรู้สึกก่อนจบบทสนทนา
(ทำซ้ำเหมือนช่วงก่อนเริ่ม)
- 5 การกรอแบบบันทึกข้อมูล (อาสาสมัคร) และแบบประเมินความพึงพอใจ (ผู้ให้บริการ)



มีผู้ให้ความสนใจใช้บริการ

เป็นจำนวนมาก

จากระยะเวลาการให้บริการรวม 4 ชั่วโมงต่อวัน
มีจำนวนผู้ใช้บริการโดยเฉลี่ย 3.61 คนต่อวัน

มานั่งมีหูสามารถดึงดูดคนที่ผ่านไปมา

ให้มาพูดคุยและใช้บริการได้เป็นอย่างดี

จำนวนผู้ใช้บริการมากกว่า 60% เป็นผู้ที่ไม่ได้จองเวลาใช้บริการ (walk-in)

ความสัมพันธ์และความเครียดจากงาน คือ สาเหตุหลัก
สองอันดับแรกของความเครียดที่ทำให้คนมาใช้บริการ
ซึ่งรวมกันแล้วมากกว่า 61% จากประเด็นการใช้บริการทั้งหมด

เพศชายเปิดใจพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตใน
พื้นที่สาธารณะมากยิ่งขึ้น

สัดส่วนผู้ใช้บริการระหว่างเพศหญิง (52.3%) และเพศชาย (40%)
มีช่องว่างน้อย คิดเป็นเพียง 12.3% เท่านั้น ซึ่งถือว่าช่องว่างนี้
ลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ใช้บริการ Sati App
ในระบบออนไลน์ที่มีอยู่ซึ่งมีความต่างถึง 47.9%

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ผลักดันการจัดตั้งหน่วยบริการองค์ภาคประชาชนด้านการ
สร้างเสริมสุขภาพจิต ตามมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อทำให้กลไกชุมชน เช่น
“มานั่งมีหู” ยั่งยืนและบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ
เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนอย่างทั่วถึง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ขยายผล
และบูรณาการมานั่งมีหูเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล (รพ.สต.) สวนสาธารณะ ศาสนสถาน และ
สถานศึกษา เพื่อเพิ่มพื้นที่รับฟัง ลดภาระบุคลากร
สุขภาพจิต อันสามารถนำไปสู่การลดปัญหา
สุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข เสริมบทบาท
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) เป็น “เพื่อนรับฟังประจำชุมชน”
เชื่อมโยงงานส่งเสริมสุขภาพจิตกับการเยี่ยม
บ้านและกิจกรรมชุมชน

ประสิทธิภาพจากตัวแบบ
และกระบวนการ

มานั่งมีหู
Bench with Ears



ผู้ใช้บริการมีความรู้สึกดีขึ้น
หลังได้พูดคุยกับคนที่รับฟัง
อย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน

ในการประเมินความรู้สึกจากระดับ 1 ถึง 5
ช่วงก่อนและหลังการใช้บริการของผู้ใช้บริการ
พบว่าก่อนพูดคุยมีความรู้เฉลี่ยที่ 2.72 และ
เพิ่มขึ้นจากหลังพูดคุยเป็น 3.92

สปสช. สสส. และ อปท. บูรณาการ
งบประมาณในระดับตำบล/อำเภอ
สนับสนุนการพัฒนาและดำเนินงาน
กลไกสุขภาพจิตชุมชน เช่น มานั่งมีหู

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 16 เรื่อง “ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทย
ไร้ความรุนแรง” โดยสนับสนุนการขยายผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ประสบการณ์ของกลไกสุขภาพจิตในชุมชน
เช่น มานั่งมีหู ที่เสริมพลังชุมชนให้ช่วยเหลือกันเองได้

ภาคเอกชน ศาสนสถาน สถานศึกษา
และสถานประกอบการ นำตัวแบบ
“มานั่งมีหู” ไปปรับใช้ในบริบทของตน
พัฒนาอาสาสมัครนักรับฟังและจัดตั้ง
พื้นที่รับฟัง เพื่อสร้างระบบส่งเสริม
และป้องกันสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่าย
ราคาถูกลง และยั่งยืน

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ

โครงการพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน

โครงการทดลองตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในพื้นที่นำร่อง

ผู้รับผิดชอบโครงการ

สตีแอป (Sati App)

E-mail: amorn@satiapp.co

เกี่ยวกับการศึกษา

โครงการนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาต้นแบบกลไกการดูแลสุขภาวะทางจิตในชุมชนที่เข้าถึงได้ อันเป็นการส่งเสริมให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตและเครือข่ายนักดูแลสุขภาพใจชุมชน ผ่านตัวแบบที่เรียกว่า “มานั่งมีหู” ซึ่งได้รับแรงบันดาลใจมาจาก Friendship Bench (ซิมบับเว) และ Sidewalk Talk (สหรัฐอเมริกา) โครงการดำเนินการพัฒนาองค์ความรู้และคู่มือสำหรับอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในมานั่งมีหู ฝึกอบรมอาสาสมัครซึ่งมีผู้ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 35 คน และทดลองตัวแบบและกระบวนการให้บริการดังกล่าวในพื้นที่นำร่อง 3 แห่ง ภายในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สวนจุกยาน 100 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สวนลุมพินี และสวนเบญจกิติ รวมระยะเวลาติดต่อกันกว่า 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคมและมีถุนายน พ.ศ. 2568 โดยมีระยะเวลาให้บริการรวม 4 ชั่วโมงต่อวัน ระหว่าง 16.00 – 20.00 น. ของวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และเสาร์ การให้บริการแต่ละครั้งจะอยู่ที่ประมาณ 40 นาที

ติดตามข่าวสารและงานของ TIMS

 <https://www.tims.psy.chula.ac.th>

 TIMS : สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต

 อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ถนนพระรามที่ 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บรรณารักษ์ TIMS Policy Brief

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรพัฒน์ อังศุขวาล

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)

E-mail: t.ungsuchaval@gmail.com