

รายงานขั้นต้น โครงการม้านั่งมีหู



จัดทำโดย
บริษัท สติ แอป จำกัด



รายงานขั้นต้น โครงการมานั่งมีหู

1. หลักการและเหตุผล

เนื่องด้วย คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประจำปีงบประมาณ 2566 เพื่อพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายนักดูแลสุขภาพใจชุมชน อันทำงานสอดคล้องประสานไปกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่อย่างทั่วถึงในอนาคต โดยดำเนินการจัดซื้อโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 และหนังสือด่วนที่สุดกรมบัญชีกลางที่ กค.0405/ว.322 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2560

สถานการณ์ทางสุขภาพจิตในประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะที่ท้าทาย ประชากรไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้คนจำนวนมากกำลังใช้ชีวิตท่ามกลางความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง และอาการเจ็บป่วยจากปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช ถึงแม้ว่าความสนใจเรื่องบริการด้านสุขภาพจิตของคนไทยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทว่าการเข้าถึงบริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมมากนัก จากสถิติล่าสุดพบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า ภายในระยะเวลาเพียง 6 ปี จากเดิม 1.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2558 เป็น 2.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2564 โดยมีการคาดการณ์ว่าคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวนมากถึง 1.5 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ.2565 พบว่ามีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ทั้งนี้ปัญหาทางสุขภาพจิตหากมิได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และทันท่วงทีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะทางสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น และนำไปสู่เหตุการณ์ที่

ไม่เพียงประสงค์ อันก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อผู้ป่วย บุคคลรอบข้างและสังคมเป็นวงกว้าง จะเห็นได้จากสถิติในเดือนกันยายน ปี พ.ศ.2565 ระบุว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ความรุนแรงที่ผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวชรวมกว่า 3,815 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเวชกลับมาก่อเหตุรุนแรงซ้ำอีกถึง 510 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 อีกทั้งยังพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของคนไทย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้ามีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 20 เท่า และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 70 โดยเด็กและเยาวชนที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ ในอนาคตที่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี มีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 17.6 ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้นนับว่าเป็นการเสียชีวิตอันดับ 3 ของกลุ่มวัยรุ่นไทย ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนยังพบว่า 1 ใน 14 ของเด็กที่มีอายุระหว่าง 5-9 ปี และ 1 ใน 7 ของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี มีความผิดปกติด้านจิตประสาทและอารมณ์ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุก็กำลังประสบกับปัญหาทางสุขภาพจิตเฉกเช่นเดียวกัน โครงสร้างของสังคมไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนั้น ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาที่มีได้รับการแก้ไขหรือป้องกันได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมีผู้สูงอายุกว่า 8 แสนคนกำลังใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม และในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 90 ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นกับสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่ยังไม่ดีเท่าที่ควร

ปัจจุบัน ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตมากกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน อันประกอบไปด้วยสถานบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เปิดให้บริการทั้งสิ้น 20 แห่งทั่วประเทศ ทั้งยังมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในกำกับดูแลของมหาวิทยาลัยอีกหลายแห่งที่เปิดให้บริการแบบครบวงจร เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมถึงการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

และการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งเป็นผลให้มีผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้นตามมาด้วย ในปี พ.ศ.2565 พบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับบริการกว่า 2.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชสะสมกว่า 3.99 ล้านคน ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวคุณ อันนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพจิต จากข้อมูลรายงานในปีเดียวกันนี้ยังพบอีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ประสบปัญหาภาวะหมดไฟสูงถึงร้อยละ 12.2 จากเดิมร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ.2563 ซึ่งจำนวนจิตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครทั้งหมดมีเพียง 822 คน แบ่งเป็นจิตแพทย์ทั่วไป 632 คน และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 190 คน เมื่อเทียบกับประเทศอื่น เช่น สวิตเซอร์แลนด์ (47.47) ญี่ปุ่น (12.55) และเกาหลีใต้ (7.91) เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิต

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ได้พิจารณาและเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไว้ความรุนแรง โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกมิติ ความรุนแรงเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลแต่ละคน ทว่ายังส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมอย่างซับซ้อน ด้วยเหตุนี้การสร้างสังคมไทยที่ไว้ความรุนแรงและมีสุขภาพทางจิตอย่างยั่งยืนจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในการพัฒนา “ระบบสุขภาพทางจิต” นั้น จำเป็นต้องครอบคลุมทุกภาคส่วนและทุกระดับของสังคม ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาทักษะสุขภาพจิตส่วนบุคคล การปรับปรุงพฤติกรรมและวิถีชีวิต การเยียวยาและรักษา รวมถึงการออกแบบและพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกับหลักสากล โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ซึ่งนโยบายเหล่านี้ต้องเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทางจิตที่ดีให้แก่ประชากรในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ให้สอดคล้องกับแนวทางการสร้าง

เสริม ป้องกันและคัดกรอง รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจที่กำหนดสุขภาพจิตที่มีลักษณะการดำเนินการเป็นเชิงรุก และกระจายอย่างทั่วถึงโดยปราศจากตีตราผู้ป่วย ให้สามารถเข้าถึงได้ตามขั้นตอนการดูแลของกลไกในระบบสุขภาพทางจิต สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และบริบทของชุมชน โดยคำนึงถึงกติกากันธสัญญา และข้อตกลงทั้งในและระหว่างประเทศ เพื่อให้สังคมโดยรวมมีความยั่งยืนทางสุขภาพจิตและสามารถรับมือกับความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ สาเหตุ ปัญหา รวมทั้งนโยบายเกี่ยวกับการยกระดับระบบสุขภาพจิตของคนในสังคมไทยดังที่กล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าประเด็นเรื่องสุขภาพจิตเป็นความท้าทายที่ทุกคนและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง แม้ว่าการสาธารณสุขไทยจะก้าวหน้าและพัฒนาไปอย่างมากเมื่อเทียบกับในอดีต แต่สุขภาพจิตของประชาชนไม่ได้ยึดโยงอยู่กับมิติด้านระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว สุขภาพจิตของสังคมไทยยังรวมไปถึงทุกมิติรอบด้านทั้งพฤติกรรมและอารมณ์ส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพสังคม ค่านิยม และการตีตราภายในสังคมตลอดจนถึงนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากขาดความเข้าใจถึงอนาคตของสุขภาพจิตในสังคมไทยโดยละเอียด อาจส่งผลให้สังคมไทยต้องเผชิญกับผลกระทบด้านสุขภาพจิตอย่างรุนแรงในอนาคต ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาระบบสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพนั้นจึงต้องเริ่มตั้งแต่ฐานราก นั่นก็คือบ้าน ชุมชนและสังคม ซึ่งกลไกที่สำคัญที่สุดคือบ้านที่ขับเคลื่อนด้วยครอบครัวและกลุ่มเพื่อน อันมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพจิต โดยการส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะตามแนวทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) และการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้ครอบครัวสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร และเป็นหน่วยสนับสนุนทางจิตใจที่ใกล้ชิดที่สุดในการช่วยดูแลสุขภาพทางจิตของสมาชิกได้อย่างเหมาะสม กลไกที่สำคัญลำดับถัดมาคือชุมชนและสังคม รวมถึงสถานศึกษาและสถานประกอบการที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพ

จิตด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งการขับเคลื่อนด้วยผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในสาขาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นนักจิตวิทยา นักดูแลสุขภาพใจ นักพัฒนาสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ผู้แทนทางศาสนา ครูและอาจารย์ อินฟลูเอนเซอร์ สื่อมวลชน ธุรกิจเอกชน เจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคง รวมถึงผู้ที่มีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและข้ามผ่านความเจ็บป่วยมาได้แล้ว โดยให้กลุ่มเหล่านี้มีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนในการสนับสนุนกลไกนโยบายและการบริการในระบบสุขภาพทางจิตของประเทศ ด้วยการใช้ความรู้ ทักษะ เครื่องมือ งบประมาณ มาตรฐานอาชีพและคุณวุฒิวิชาชีพ โครงสร้างโอกาสและเงื่อนไขทางสังคมที่เอื้อต่อการทำงานมาช่วยให้การสร้างเสริมและดูแลสุขภาพจิตของประชากรทุกกลุ่มเป็นไปได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว สอดคล้องกับวิถีชีวิตสภาพแวดล้อม และพื้นที่ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในการพัฒนาสุขภาพจิตของคนในสังคม

จากแนวคิดตามที่กล่าวไว้ข้างต้น จึงนำมาสู่การพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน อันเป็นแนวทางที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพจิตของประเทศ หลักการพื้นฐานที่อยู่เบื้องหลัง โครงการนี้คือการเชื่อว่าการพัฒนาตัวแบบและกระบวนการดังกล่าวจะนำไปสู่การสร้างกลไกการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพสำหรับเครือข่ายนักดูแลสุขภาพใจในชุมชน โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากโครงการม้านั่งมิตรภาพ (Friendship Bench) ที่เริ่มต้นจากม้านั่งไม้ที่ตั้งอยู่บริเวณสถานพยาบาลปฐมภูมิในเขตชุมชนเมืองของซิมบับเว ซึ่งได้นำมาใช้เป็นสถานที่สำหรับการคัดกรองและบำบัดผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตผ่านการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (Lay Health Workers: LHWs) หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่มีการฝึกอบรมทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ ที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลและสนับสนุนทางจิตใจให้แก่ผู้ที่มานั่งที่ม้านั่งนี้ โครงการนี้ได้กลายเป็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จด้านการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด ด้วยการสร้าง

พื้นที่ที่เป็นมิตรและเปิดกว้างสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ และยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้บริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน

ต่อมานับแต่กลางปี 2018 จนถึงต้นปี 2020 กรุงเทพมหานครได้ดำเนินงานโครงการ ม้านั่งมิตรภาพสำหรับเยาวชน (Youth Friendship Bench Intervention: YouFB) โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นในช่วงอายุระหว่าง 16-19 ปี ที่ประสบกับปัญหาทางจิตใจและสังคมที่พบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่นตอนต้นด้วยวิธีการบำบัดแบบการแก้ปัญหา (problem-solving therapy: PST) และได้มีการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (LHWs) จากเดิมที่เป็นคุณยายมาเป็นนักศึกษาสาขาสังคมวิทยาและจิตวิทยาที่เข้าร่วมฝึกงานเป็นเวลา 1 ปี ก่อนเข้าสู่ปีสุดท้ายของการศึกษา เนื่องจากสามารถเข้าใจปัญหาของวัยรุ่นในช่วงวัยใกล้เคียงกันได้ดี รวมถึงยังได้ขยายการให้บริการในสถานพยาบาลไปสู่สวนสาธารณะ และสถานที่อื่น ๆ ในชุมชน โครงการนี้มีแนวทางการบำบัดประกอบด้วย 3 ระยะ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความไว้วางใจ การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และการเติบโตส่วนบุคคล ในระยะแรก ผู้เข้าร่วมยังมีความรู้สึกทุกข์ใจ รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และมีความกังวลเกี่ยวกับการบอกเล่าความรู้สึกของตนเอง เนื่องจากเคยประสบกับการนิินทาและการตัดสินจากผู้อื่น ต่อมาระยะที่สอง ผู้เข้าร่วมเริ่มให้ความไว้วางใจ มีรู้สึกปลอดภัย สบายใจ มองเห็นโอกาสที่ปัญหาจะหมดไป เนื่องจากนักบำบัดมีความเข้าใจ ให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีการรักษาความลับและการหาข้อตกลงร่วมกัน จึงส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความตื่นตัวที่จะกลับมาร่วมกิจกรรมอีกในครั้งถัดไป กระทั่งถึงระยะที่สาม ผู้เข้าร่วมประสบกับการเติบโตทางบุคลิกภาพ มีความเป็นอิสระและความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น มีความพร้อมรับมือกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รู้จักการปรับใช้ทัศนคติที่ดีในการรับมือกับช่วงเวลาที่ยากลำบาก เรียนรู้วิธีการโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์และจัดการกับความโกรธของตนเองได้ดี ผลการดำเนินงานดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่านักบำบัดไม่เพียงแต่ช่วยเหลือในด้าน

จิตวิทยาและอารมณ์ของเยาวชน แต่ยังเป็นความช่วยเหลือให้เยาวชนในชุมชนกรุงฮานอยได้ค้นพบความหวัง และสร้างความแรงบันดาลใจในการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมยังสามารถสร้างแนวทางในการดูแลตนเอง และการพัฒนาตนเองในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โครงการนี้จึงเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของเยาวชนในกรุงฮานอยให้ดีขึ้น และเป็นตัวอย่างที่ดีในการนำไปปรับใช้กับชุมชนอื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาโรคความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อย (Common Mental Disorders: CMDs) ระบุว่าวิธีการบำบัดแบบการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST) สามารถลดอาการของโรคความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (Chibanda et al., 2016) ยิ่งไปกว่านั้นงานวิจัยที่ดำเนินการโดย Abas et al. (2016) และ Chibanda et al. (2016) ยังชี้ให้เห็นว่า การบำบัดด้วยวิธีการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST) ควบคู่กับการกำหนดกิจกรรมเชิงบวกที่เรียบง่าย (Simple positive activity scheduling) อาจเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสำหรับการแทรกแซงโรคความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อย (CMD) โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ได้มีการศึกษาด้านสุขภาพจิตโดยตรง (Task-shifted CMD Therapy) ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด เนื่องจากการบำบัดในรูปแบบนี้ไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะเฉพาะทางหรือการฝึกอบรมที่เข้มข้น จึงเอื้อให้นักบำบัดที่ไม่ได้จบการศึกษาด้านสุขภาพจิต (Lay counselors) สามารถดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้เข้าร่วมได้ง่ายและรวดเร็ว ด้วยกระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความสุขมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น ความรู้สึกถูกตีตราลดลง ความรู้สึกโดดเดี่ยวน้อยลง รู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมอาจได้รับปัจจัยป้องกันโรคซึมเศร้าในอนาคต สอดคล้องกับข้อสรุปจากบทความวิจัยของ Ouansafi et al. (2021) ที่ระบุว่า โครงการมานั่งมิตรภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(HIV) ได้ช่วยลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มความสามารถในการยอมรับสถานะการติดเชื้อ เอชไอวี รวมถึงการยึดมั่นในการรับประทานยาต้านไวรัส (ART) ตามคำแนะนำของ แพทย์มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีสุขภาพและความเป็นอยู่ดียิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (LHWs) เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการบำบัดแบบการแก้ปัญหา (PST) และมีคุณสมบัติที่เหมาะสม จึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพต่อการช่วยลดต้นทุนด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับความทุกข์ทางจิตใจในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด จากแนวทางการฝึกอบรมของโครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (VHWs) สำหรับสตรี ชนบทในซิมบับเว เพื่อช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทักษะการให้คำปรึกษา การสวมบทบาท และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีทีมผู้ฝึกอบรมที่ประกอบไปด้วยพยาบาล วิทยากรสุขภาพจิตประจำอำเภอ และผู้ฝึกอบรมมานั่งมิตรภาพมาทำงานร่วมกัน เพื่อให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้คำปรึกษาตลอดจนช่วยเหลือผู้เข้าร่วมฝึกอบรม ผลการดำเนินงานชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการสนับสนุนจากทีมที่มีประสบการณ์ ได้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีทักษะและความรู้ที่จำเป็นต่อการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ รวมถึงสามารถเอาชนะความกลัว ความสงสัยในตนเอง และยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น โครงการมานั่งมิตรภาพ (Friendship Bench) นับเป็นโครงการที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง เนื่องจากมีการผสมผสานปัจจัยหลักสี่ประการ อันประกอบด้วยความเหมาะสมทางสังคมและวัฒนธรรม การได้รับความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (LHWs) การปรับรูปแบบการช่วยเหลือทางจิตใจให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(VHWs) อันมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของ โครงการให้บรรลุเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพจิต และสร้างความเชื่อมโยงในชุมชน อย่างไรก็ตาม Abas et al. (2016) ได้ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินโครงการได้ประสบปัญหาในการติดตามผลการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นผลให้การติดตามผู้รับบริการ (follow-ups) และการจัดหายาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressants) ในสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ทั้งยังรวมถึงการขาดการเข้าถึงบริการ อดติ การขาดรูปแบบทฤษฎีที่เหมาะสม และภาวะทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (LHWs) ด้วยเช่นเดียวกัน

สำหรับประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ทว่าหลายพื้นที่ชุมชนยังคงมีความขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่ห่างไกลจากศูนย์กลางทางการแพทย์ ส่งผลให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องยากและมีความจำกัด ด้วยเหตุนี้ โครงการพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน จึงเกิดขึ้นจากความต้องการที่จะเพิ่มพูนความตระหนักรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครที่เป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนเอง ซึ่งจะช่วยในการสร้างความใกล้ชิดและความไว้วางใจในกระบวนการดูแลและให้การสนับสนุนทางจิตใจ เนื่องจากอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างสมาชิกชุมชนในท้องถิ่นกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยอาสาสมัครเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการรับฟัง แนะนำวิธีการดูแลตัวเองเบื้องต้น และประสานงานกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการดูแลและสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงเป็นการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตให้แก่สมาชิกในชุมชน ดังนั้น การมีอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างถูกต้อง จึงมิได้เพียงแต่ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดเท่านั้น แต่ยังช่วยให้การดูแลสุขภาพจิตใน

ชุมชนสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน ทั้งนี้ การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนยังเป็นการเสริมสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตในระดับชุมชน อันนำไปสู่การลดอคติและการตีตราเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในสังคม ซึ่งการมีชุมชนที่มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตจะช่วยทำให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในสังคมอย่างแท้จริงและยั่งยืนในระยะยาว

โครงการนี้ จึงมุ่งเน้นการพัฒนาตัวแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิต รวมถึงการพัฒนากระบวนการทำงานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชุมชนต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี การดำเนินโครงการนี้จะเป็นการวางรากฐานที่มั่นคงโดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าเพื่อให้ชุมชนสามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ชุมชนในอนาคต

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายนักดูแลสุขภาพใจชุมชน อันทำงานสอดประสานไปกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิต

2.2 เพื่อพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนที่สอดคล้องกับกรอบทิศทางนโยบายพัฒนาระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไว้ความรุนแรง

3. แผนการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงานภายในกรอบระยะเวลา 6 เดือน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ					
	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.
จัดทำรายงานขั้นต้น ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) แผนดำเนินการพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ	✓					
ออกแบบกระบวนการการอบรมและกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเยียวยาสุขภาพจิตเบื้องต้นและทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสุขภาพจิต เช่น การฟังแบบ Active Listening และ Reflection ในรูปแบบพบตัว (onsite) หรือโปรแกรมสนทนา (online) ตามความเหมาะสม		✓	✓			
จัดหาวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา การปรึกษาหรือสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้อง และผู้นำกลุ่ม รวมทั้งหมตอย่างน้อย 5 คน			✓	✓		
ผลิตและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ ประกอบการประกาศรับสมัครอาสาสมัครจากภาคีเครือข่ายอย่างน้อย 2 รายการ				✓		

<p>จัดหาและเตรียมสถานที่สำหรับการจัด อบรมและกิจกรรมแบบพบตัว (onsite) ให้แก่วิทยากรและผู้นำกลุ่มอย่างน้อย 5 คน และอาสาสมัครอย่างน้อย 30 คน รวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 5 ครั้ง</p>			✓			
<p>จัดหาและเตรียมสื่ออุปกรณ์ เครื่องมือ ให้เพียงพอต่อการอบรมและกิจกรรม แบบพบตัว (onsite) สำหรับวิทยากร และผู้นำกลุ่มอย่างน้อย 5 คน และอาสา สมัครอย่างน้อย 30 คน รวมทั้งสิ้นอย่าง น้อย 5 ครั้ง</p>			✓			
<p>จัดเตรียมจุดลงทะเบียนสำหรับอาสา สมัคร วิทยากร และผู้นำกลุ่มที่เข้าร่วม การอบรมและกิจกรรมแบบพบตัว (onsite) รวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 5 ครั้ง</p>				✓		
<p>จัดหาและเตรียมเครื่องดื่ม อาหารว่าง และอาหารกลางวันตามความเหมาะสม ให้เพียงพอต่อวิทยากรและผู้นำกลุ่ม อย่างน้อย 5 คน และอาสาสมัครอย่าง น้อย 30 คน ที่เข้าร่วมการอบรมและ กิจกรรมแบบพบตัว (onsite) รวมทั้งสิ้น อย่างน้อย 5 ครั้ง</p>				✓		
<p>บันทึกภาพนิ่งประกอบการอบรมและ กิจกรรม เพื่อนำมาติดต่อและเผยแพร่ แก่ประชาชนผ่านทางออนไลน์ของ โครง การฯ และผู้รับจ้าง (ถ้ามี)</p>				✓	✓	✓

<p>จัดทำแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ และรวบรวมข้อเสนอแนะจากอาสาสมัครและวิทยากร เพื่อนำไปปรับปรุงรายงานฉบับสมบูรณ์</p>					✓	✓
<p>จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย 1) บทสรุปผู้บริหาร 2) หลักการและเหตุผล 3) วัตถุประสงค์ 4) การทบทวนวรรณกรรมหรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง 5) ผลการศึกษาครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ 6) คู่มือพัฒนาอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน 7) ไฟล์ ภาพนิ่งประกอบการอบรมและกิจกรรมกระบวนการอาสาสมัครชุมชน 8) รายชื่ออาสาสมัครสุขภาพจิตชุมชนอย่างน้อย 30 คน</p>						✓

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเยียวยาสุขภาพจิตเบื้องต้น

4.2 ผู้เข้ารับการอบรมสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสุขภาพจิต เช่น การฟังแบบ Active Listening และ Reflection เป็นต้น