

# ม้านั่งมีหู

Bench with Ears

## รายงาน การอบรมอาสาสมัคร สุขภาพจิตในชุมชน

# Table of **CONTENTS**

- 03 ภาพรวมของโครงการ**
- 04 หลักการและเหตุผล**
- 07 แรงแบนดาลใจของโครงการ**
- 09 สถานการณ์ในประเทศไทย**
- 10 เกี่ยวกับโครงการมานั่งมีหู**
- 11 รายชื่อผู้ผ่านการอบรม**
- 13 ความพึงพอใจในการจัดการอบรม**
- 19 ภาพประกอบการฝึกอบรม**
- 21 ภาคผนวก**

# ภาพรวมของโครงการ

โครงการมานั่งมีหู มุ่งเน้นเพื่อพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทย ด้วยการเสริมพลังให้สมาชิกในชุมชนมีทักษะและความรู้ในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการการสนับสนุน โครงการนี้ได้รับแรงบันดาลใจจาก ม้านั่งมิตรภาพ (Friendship Bench Model) ซึ่งเป็นแนวทางที่ประสบความสำเร็จในประเทศซิมบับเวในการให้บริการสุขภาพจิตระดับชุมชนในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด โดยโครงการมานั่งมีหูเปิดรับสมัครอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนและจัดการอบรมโดยมีผู้ผ่านการอบรมทั้งสิ้นจำนวน 35 คน มาจากหลากหลายอาชีพ เช่น นักสร้างสุครอบครัว ครูปฐมวัย นักวิจัย หมออดูโอฟ นักตรวจสอบบัญชี นักวาดภาพประกอบหนังสือนิทาน เป็นต้น



**พศ.ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล**

Co - Founder TIMS

**อมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์**

Founder & CEO Sati App

# 35

อาสาสมัครผู้ผ่านการอบรม  
อาสาสุขภาพจิตในชุมชน



# หลักการและเหตุผล

เนื่องด้วย คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประจำปีงบประมาณ 2566 เพื่อพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนา กลไกสนับสนุนเครือข่ายนักดูแลสุขภาพใจชุมชน อันทำงานสอดคล้องประสานไปกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่อย่างทั่วถึงในอนาคต

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 ทั้งนี้ปัญหาทางสุขภาพจิตหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและทันต่อที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะทางสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น และนำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 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 โดยเด็กและเยาวชนที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคตที่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี มีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 17.6 ซึ่งการฆ่าตัวตายนี้นับว่าเป็นการเสียชีวิตอันดับ 3 ของกลุ่มวัยรุ่นไทย ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนยังพบว่า 1 ใน 14 ของเด็กที่มีอายุระหว่าง 5-9 ปี และ 1 ใน 7 ของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี มีความผิดปกติด้านจิตประสาทและอารมณ์ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่กำลังประสบกับปัญหาทางสุขภาพจิตแตกต่างกัน โครงสร้างของสังคมไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนั้น ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือป้องกันได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมีผู้สูงอายุกว่า 8 แสนคนกำลังใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม และในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 90 ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ยังไม่เท่าที่ควร

ปัจจุบัน ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตมากกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน อันประกอบไปด้วยสถานบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เปิดให้บริการทั้งสิ้น 20 แห่งทั่วประเทศ ทั้งยังมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในกำกับดูแลของมหาวิทยาลัยอีกหลายแห่งที่เปิดให้บริการแบบครบวงจร เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมถึงการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งเป็นผลให้มีผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้นตามมาด้วย ในปี พ.ศ.2565 พบว่าผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเข้ารับบริการกว่า 2.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชสะสมกว่า 3.99 ล้านคน ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว 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 16 ได้พิจารณาและเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาคือความรุนแรงในสังคมไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกมิติ ความรุนแรงเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลแต่ละคน กว่ายังส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมอย่างซับซ้อน ด้วยเหตุนี้การสร้างสังคมไทยที่ไร้ความรุนแรงและมีสุขภาพภาวะทางจิตอย่างยั่งยืนจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในการพัฒนา “ระบบสุขภาพภาวะทางจิต” นั้น จำเป็นต้องครอบคลุมทุกภาคส่วนและทุกระดับของสังคม ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาทักษะสุขภาพจิตส่วนบุคคล การปรับปรุงพฤติกรรมและวิถีชีวิต การเยียวยาและรักษา รวมถึงการออกแบบและพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกับหลักสากล โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ซึ่งนโยบายเหล่านี้ต้องเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพภาวะทางจิตที่ดีให้แก่ประชากรในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ให้สอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริม ป้องกันและคัดกรอง รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจที่กำหนดสุขภาพจิตที่มีลักษณะการดำเนินการเป็นเชิงรุก และกระจายอย่างทั่วถึงโดยปราศจากอคติจากผู้ป่วย ให้สามารถเข้าถึงได้ตามขั้นตอนการดูแลองค์ประกอบในระบบสุขภาพภาวะทางจิต สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และบริบทของชุมชน โดยคำนึงถึงกติกากัน พันธสัญญา และข้อตกลงทั้งในและระหว่างประเทศ เพื่อให้สังคมโดยรวมมีความยั่งยืนทางสุขภาพจิตและสามารถรับมือกับความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ



จากสถานการณ์ สาเหตุ ปัญหา รวมทั้งนโยบายเกี่ยวกับการยกระดับระบบสุขภาพจิตของคนในสังคมไทยดังที่กล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าประเด็นเรื่องสุขภาพจิตเป็นความท้าทายที่ทุกคนและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง แม้ว่าการสาธารณสุขไทยจะก้าวหน้าและพัฒนาไปอย่างมากเมื่อเทียบกับในอดีต แต่สุขภาพจิตของประชาชนไม่ได้ยึดโยงอยู่กับมิติด้านระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว สุขภาพจิตของสังคมไทยยังรวมถึงทุกมิติรอบด้านทั้งพฤติกรรมและอารมณ์ส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพสังคม ค่านิยม และการตีตราภายในสังคมตลอดจนถึงนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากขาดความเข้าใจถึงอนาคตของสุขภาพจิตในสังคมไทยโดยละเอียด อาจส่งผลให้สังคมไทยต้องเผชิญกับผลกระทบด้านสุขภาพจิตอย่างรุนแรงในอนาคต ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาระบบสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพนั้นจึงต้องเริ่มตั้งแต่ฐานราก นั่นก็คือ บ้าน ชุมชนและสังคม ซึ่งกลไกที่สำคัญที่สุดคือบ้านที่ขับเคลื่อนด้วยครอบครัวและกลุ่มเพื่อน อันมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพจิต โดยการส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะตามแนวทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) และการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้ครอบครัวสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร และเป็นหน่วยสนับสนุนทางจิตใจที่ใกล้ชิดที่สุดในการช่วยดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกได้อย่างเหมาะสม กลไกที่สำคัญลำดับถัดมาคือชุมชนและสังคม รวมถึงสถานศึกษาและสถานประกอบการที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพจิตด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งการขับเคลื่อนด้วยผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในสาขาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นนักจิตวิทยา นักดูแลสุขภาพใจ นักพัฒนาสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ผู้แทนทางศาสนา ครูและอาจารย์ อินฟลูเอนเซอร์ สื่อมวลชน ธุรกิจเอกชน เจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคง รวมถึงผู้มีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและข้ามผ่านความเจ็บป่วยมาได้แล้ว โดยให้กลุ่มเหล่านี้มีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนในการสนับสนุน กลไกนโยบายและการบริการในระบบสุขภาพจิตของประเทศ ด้วยการใช้ความรู้ ทักษะ เครื่องมือ งบประมาณ มาตรฐาน อาชีพและคุณวุฒิวิชาชีพ โครงสร้างโอกาสและเงื่อนไขทางสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงานมาช่วยให้การสร้างเสริมและดูแลสุขภาพจิตของประชากรทุกกลุ่มเป็นไปได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว สอดคล้องกับวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และพื้นที่ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในการพัฒนาสุขภาพจิตของคนในสังคม

จากแนวคิดตามที่กล่าวไว้ข้างต้น จึงนำมาสู่การพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน อันเป็นแนวทางที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพจิตของประเทศ หลักการพื้นฐานที่อยู่เบื้องหลังโครงการนี้คือการเชื่อว่าการพัฒนาตัวแบบและกระบวนการดังกล่าวจะนำไปสู่การสร้างกลไกการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพสำหรับเครือข่ายนักดูแลสุขภาพใจในชุมชน โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากโครงการมานั่งมิตรภาพ (Friendship Bench) ที่เริ่มต้นจากมานั่งไม้ที่ตั้งอยู่บริเวณสถานพยาบาลปฐมภูมิในเขตชุมชนเมืองของซิมบับเว ซึ่งได้นำมาใช้เป็นสถานที่สำหรับการคิดกรองและบำบัดผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตผ่านการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (Lay Health Workers: LHWs) หรือนุคลากรสาธารณสุขที่ไม่มีการฝึกอบรมทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ ที่ได้รับการฝึกอบรมดูแลและสนับสนุนทางจิตใจให้แก่ผู้ที่มาที่นั่งไม้ นั่งนี้ โครงการนี้ได้กลายเป็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จด้านการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด ด้วยการสร้างพื้นที่ที่เป็นมิตรและเปิดกว้างสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ และยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้บริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน



# แรงบันดาลใจของโครงการ

นับแต่กลางปี 2018 จนถึงต้นปี 2020 กรุงฮาราเรได้ดำเนินงานโครงการมานั่งมิตรภาพสำหรับเยาวชน (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 เนื่องจากเคยประสบกับการนิทาและการตัดสินจากผู้อื่น

ต่อมาในระยะที่สอง ผู้เข้าร่วมเริ่มให้ความไว้วางใจ มีรู้สึกปลอดภัยสบายใจ มองเห็นโอกาสที่ปัญหาจะหมดไป เนื่องจากนักบำบัดมีความเข้าใจ ให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีการรักษาความลับและการหาข้อตกลงร่วมกัน จึงส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความตื่นตัวที่จะกลับมาร่วมกิจกรรมอีกในครั้งถัดไป

กระทั่งถึงระยะที่สาม ผู้เข้าร่วมประสบกับการเติบโตทางบุคลิกภาพ มีความเป็นอิสระและความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น มีความพร้อมรับมือกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รู้จักการปรับใช้ทัศนคติที่ดีในการรับมือกับช่วงเวลาที่ยากลำบาก เรียนรู้วิธีการโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์และจัดการกับความโกรธของตนเองได้ดี

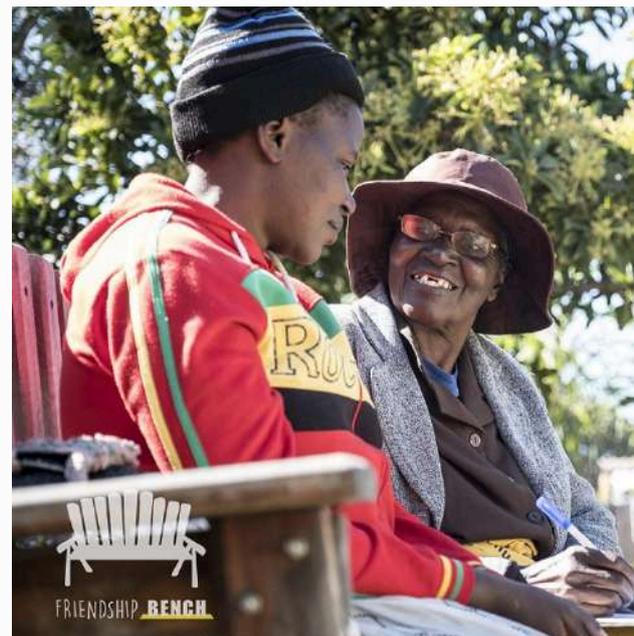


ผลการดำเนินงานดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่านักบำบัดไม่เพียงแต่ช่วยเหลือในด้านจิตวิทยาและอารมณ์ของเยาวชน แต่ยังเป็นการช่วยให้เยาวชนในชุมชนกรุงฮาราเรได้ค้นพบความหวัง และสร้างความแรงบันดาลใจในการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมยังสามารถสร้างแนวทางในการดูแลตนเอง และการพัฒนาตนเองในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นโครงการนี้จึงเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของเยาวชนในกรุงฮาราเรให้ดีขึ้น 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 (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 และเพิ่มความสามารถในการยอมรับสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการยึดมั่นในการรับประทานยาต้านไวรัส (ART) ตามคำแนะนำของแพทย์มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีสุขภาพและความเป็นอยู่ดียิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (LHWs) เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการบำบัดแบบการแก้ปัญหา (PST) และมีคุณสมบัติที่เหมาะสม จึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพต่อการช่วยลดต้นทุนด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับความทุกข์ทางจิตใจในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด จากแนวทางการฝึกอบรมของโครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (VHWs) สำหรับสตรีชนบทในซิมบับเว เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทักษะการให้คำปรึกษา การสวมบทบาท และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีทีมผู้ฝึกอบรมที่ประกอบไปด้วยพยาบาลวิจัย พยาบาลสุขภาพจิตประจำอำเภอ และผู้ฝึกอบรมมานั่งมิตรภาพมาทำงานร่วมกัน เพื่อให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้คำปรึกษาตลอดจนช่วยเหลือผู้เข้าร่วมฝึกอบรม ผลการดำเนินงานชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการสนับสนุนจากทีมที่มีประสบการณ์ ได้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีทักษะและความรู้ที่จำเป็นต่อการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ รวมถึงสามารถเอาชนะความกลัว ความสงสัยในตนเอง และยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น โครงการมานั่งมิตรภาพ (Friendship Bench) นับเป็นโครงการที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง เนื่องจากมีการผสมผสานปัจจัยหลักสี่ประการอันประกอบด้วยความเหมาะสมทางสังคมและวัฒนธรรม การได้รับความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (LHWs) การปรับรูปแบบการช่วยเหลือทางจิตใจให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (VHWs) อันมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการให้บรรลุเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพจิต และสร้างความเชื่อมโยงในชุมชน อย่างไรก็ตาม Abas et al. (2016) ได้ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินโครงการได้ประสบปัญหาในการติดตามผลการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นผลให้การติดตามผู้รับบริการ (Follow-ups) และการจัดหายาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) ในสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทั้งยังรวมถึงการขาดการเข้าถึงบริการ อดคิดการขาดรูปแบบทฤษฎีที่เหมาะสม และภาวะทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง (LHWs) ด้วยเช่นเดียวกัน



# สถานการณ์ในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ทว่าหลายพื้นที่ชุมชนยังคงมีความขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่ห่างไกลจากศูนย์กลางทางการแพทย์ เนื่องจากจำนวนจิตแพทย์ในประเทศไทยมีเพียง 1.2 คน ต่อประชากรจำนวน 100,000 คน และการกระจุกตัวของจิตแพทย์ที่กระจุกตัวในพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล ส่งผลให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องยากและมีความจำกัด ด้วยเหตุนี้ โครงการพัฒนาต้นแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน จึงเกิดขึ้นจากความต้องการที่จะเพิ่มพูนความตระหนักรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชน โดยให้การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครที่เป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนเอง ซึ่งจะช่วยในการสร้างความใกล้ชิดและความไว้วางใจในกระบวนการดูแลและให้การสนับสนุนทางจิตใจ เนื่องจากอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างสมาชิกชุมชนในท้องถิ่นกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยอาสาสมัครเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการรับฟัง แนะนำวิธีการดูแลตัวเองเบื้องต้น และประสานงานกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการดูแลและสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงเป็นการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตให้แก่สมาชิกในชุมชน



**ชุมชนขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการด้านสุขภาพจิต**



**การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องยากและมีความจำกัด**

ดังนั้น การมีอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างถูกต้อง จึงมีได้เพียงแค่ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดเท่านั้น แต่ยังช่วยให้การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน ทั้งนี้ การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนยังเป็นการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตในระดับชุมชน อันนำไปสู่การลดอคติและการตีตราเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในสังคม ซึ่งการมีชุมชนที่มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตจะช่วยให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในสังคมอย่างแท้จริงและยั่งยืนในระยะยาว

# โครงการมานั่งมีหู

โครงการนี้ จึงมุ่งเน้นการพัฒนาตัวแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิต รวมถึงการพัฒนากระบวนการทำงานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชุมชนต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีสุขภาพทางจิตใจที่ดี การดำเนินโครงการนี้จะเป็นการวางรากฐานที่มั่นคงโดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าเพื่อให้ชุมชนสามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ชุมชนในอนาคต



## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายนักดูแลสุขภาพใจชุมชน อันทำงานสอดคล้องกับบุคลากรทางจิตเวชและวิชาชีพด้านสุขภาพจิต

เพื่อพัฒนาตัวแบบและกระบวนการอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนที่สอดคล้องกับกรอบทิศทางนโยบายพัฒนาระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง



## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเยียวยาสุขภาพจิตเบื้องต้น

ผู้เข้ารับการอบรมสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสุขภาพจิต เช่น การฟังแบบ Active Listening และทักษะการสะท้อนความเป็นต้น



## กลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับบริการ: บุคคลทั่วไป ไม่จำกัดเพศ อายุ

นักรับฟัง: ผู้เกษียณอายุ, ผู้ที่มีอายุมากกว่า 22 ปีขึ้นไป, นักศึกษาปริญญาโท สาขาจิตวิทยา การปรึกษา



# รายชื่อผู้ผ่านการอบรม

วันที่ 11 มกราคม 2568

อรอนงค์ ทักณาพิทักษ์  
ศราวดี วิชญาโนทัย  
มนสุภาว์ สองเมือง  
สมชาย สุริยะศิริบุตร  
จรัสพร สุวรรณ  
ฐิติวัฒน์ ศิริแสงเจริญ  
ณัฐจारी เจริญจิตมั่น  
อริย์รัช อัศวมงคลพงษ์  
ชรรณจา แซ่อ้าว  
พัชรพร ริมทาง

เอกปวีณ อนุสนธิ์  
ประภัสสรีย์ จันทรโง้วมณี  
นภา รวมลาก  
ติณณ์รมนต์ แยมสวัสดี  
กชพร ราชแก้ว  
วนาลี ราชรักษ์  
กรกช เจษฎาอารักษ์กุล  
วลัยลักษณ์ ตั้งตติยภัทร์  
เมธาสิทธิ์ ศรีโมรา  
ธนรัตน์ ตั้งสุขเสริมกุล

วันที่ 18 มกราคม 2568

อลิสสา สารวงศ์จันทร์  
โสภิสร์ นิพิฐุรัชชนะผล  
บุญญิศา รัตนรุจ  
ธารทิพย์ จิรภัฏจนะ  
เอกวัฒน์ ตั้งเสริมวงศ์  
ชนลณี พันทวี  
ภาณุวัฒน์ อภิวัฒน์ชัย  
สิทธิชัย บุญกันเรือง

ทัศนีย์ ลิ้มประธาน  
บัตนทิตา โชติรัตน์  
อุทัยวรรณ ชุมตันติ  
สุรัตน์ คงความเจริญ  
ลีลา วังรุ่งเรืองถาวร  
คัทธพร ขำพิศ  
วรุตม์ เลิศศราวุฑ

# รายละเอียดของผู้เข้าร่วมอบรม

จากกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ที่มีอายุ 22 ปี ขึ้นไป ไม่ว่าจะเป็นผู้เกษียณอายุ ผู้ที่กำลังศึกษาต่อด้านจิตวิทยาและผู้ที่ตั้งใจอยาก เป็นนักรับฟังเพื่อเป็นอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 43 ปี เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท ผู้เกษียณอายุ และผู้ว่างงาน ข้อมูลที่น่าสนใจ คือ ผู้ที่สนใจอยากเป็นอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนนั้น มาจากหลากหลายอาชีพ เช่น นักสร้างสุขครอบครัว ครูปฐมวัย นักวิจัย หมอคู่มือ นักตรวจสอบบัญชี นักวาดภาพประกอบหนังสือนิทาน เป็นต้น

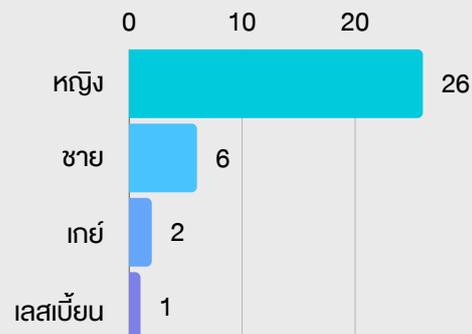
## อายุ

ผู้เข้าร่วมการอบรมเป็นอาสาสมัครสุขภาพจิตชุมชนมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 43 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 68 ปี



## เพศ

ผู้เข้าร่วมการอบรมเป็นอาสาสมัครสุขภาพจิตชุมชนส่วนใหญ่ คือ เพศหญิง รองลงมา คือ เพศชาย นอกจากนี้ยังมีเพศหลากหลาย เช่น เกย์ และเลสเบี้ยน เข้าร่วมอบรมด้วย



## อาชีพ

ผู้เข้าร่วมการอบรมเป็นนักรับฟังมาจากหลากหลายสาขาอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท รองลงมาเป็นผู้เกษียณอายุและประกอบธุรกิจส่วนตัว



# ประเมินความพึงพอใจในการจัดการอบรม

การจัดการอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน มีการวัดผลความพึงพอใจใน 3 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการกระบวนการและขั้นตอนการจัดอบรม 2. ด้านวิทยากร 3. ด้านคุณภาพการจัดการอบรม โดยมีผลเฉลี่ยความพึงพอใจในแต่ละด้าน ดังนี้

4.75

ด้านกระบวนการและขั้นตอนการจัดอบรม

4.91

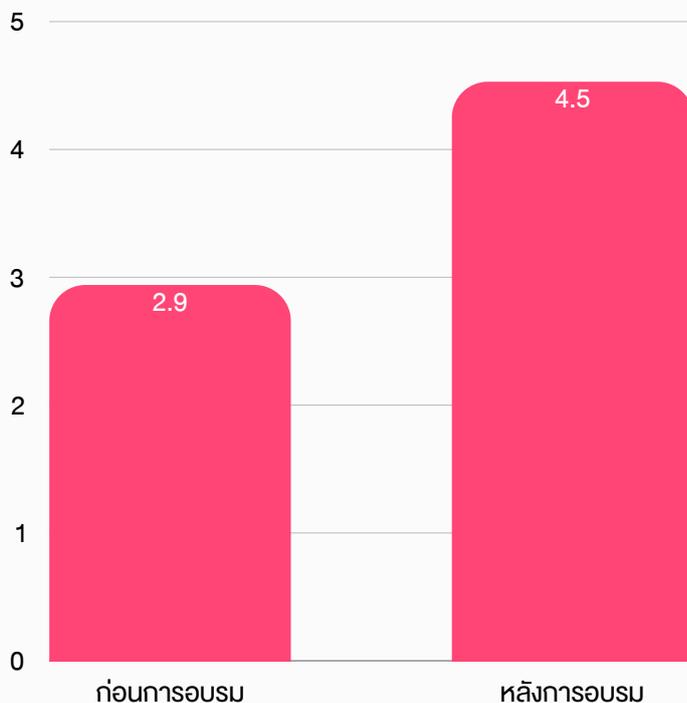
ด้านวิทยากร

4.91

ด้านคุณภาพการจัดการอบรม



● ความรู้ความเข้าใจในการฟังเชิงลึก (Active Listeni...



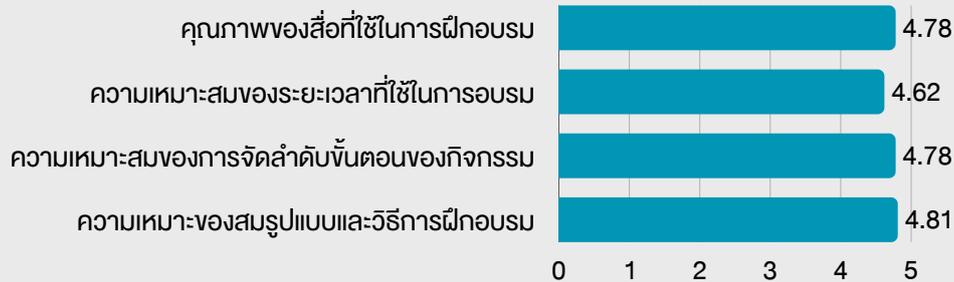
4.87

ความพึงพอใจโดยรวมที่มีต่อการอบรม



# รายละเอียดการประเมิน ความพึงพอใจในแต่ละด้าน

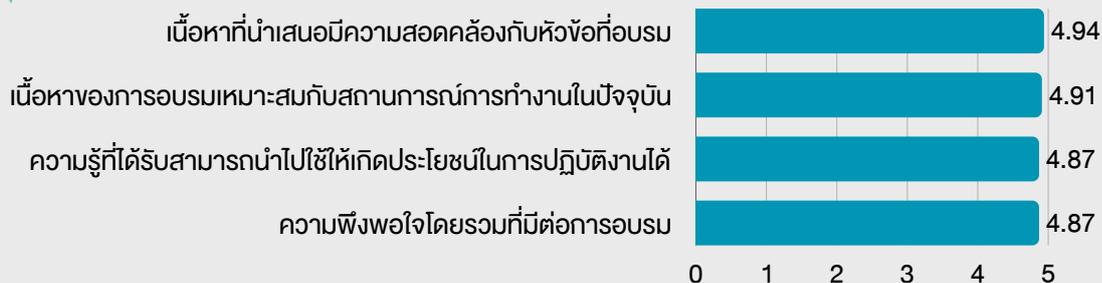
## ด้านกระบวนการและขั้นตอนการจัดอบรม



## ด้านวิทยากร



## ด้านคุณภาพการจัดอบรม



# สิ่งที่อาสาสมัคร สุขภาพจิตใน ชุมชนได้เรียนรู้ จากการเข้าร่วม การอบรม



จากการอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้ทักษะการรับฟังเชิงลึก (Active Listening) และฝึกปฏิบัติในการเป็นผู้รับฟังที่ดี โดยมีการสะท้อนความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมผ่าน 3 หัวข้อคือ 1. ความเข้าใจบทบาทของเพื่อนรับฟัง 2. เนื้อหาที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากที่เคยรับรู้ 3. การประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อไปต่อยอดในการเป็นอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน

“ เป็นเพื่อนรับฟังโดยไม่เอาความรู้สึกหรือประสบการณ์ของตนเองไปเปรียบเทียบกับผู้เข้ารับบริการ ”

## ความเข้าใจบทบาทของเพื่อนรับฟัง

- ช่วยรับฟังผู้ต้องการคนรับฟังโดยไม่ตัดสินให้กำลังใจ ให้รู้ว่ามีคนพร้อมรับฟัง และส่งต่อกรณีเกินความสามารถอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้เข้าถึงความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

- เป็นเพื่อนรับฟังโดยเคารพความรู้สึกและบริบทของผู้เข้ารับบริการ เก็บรักษาความลับของผู้เล่า สนับสนุนและสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้เล่ารู้สึกสบายใจและกล้าที่จะเปิดใจ ไม่จำเป็นต้องแก้ปัญหา

- เป็นผู้รับฟังความกังวลใจ สะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้รับบริการ ไม่ใช่ผู้บำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

- เป็นด่านแรกในการช่วยเหลือผู้เล่าที่มีเรื่องราวที่อยากให้มีผู้รับฟัง มุ่งเน้นการรับฟังอย่างเข้าใจและไม่ตัดสินเพื่อช่วยเยียวยาจิตใจผู้เล่าในขั้นต้น และคัดกรองผู้ที่อาจมีความเสี่ยงพร้อมแนะนำให้ไปพบจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัดในกรณีที่มีภาวะหรือโรคทางจิตเวชมาเกี่ยวข้อง



## การประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อไป ต่อยอดในการเป็นอาสาสมัคร สุขภาพจิตในชุมชน

- จะนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ โดยอาจจะเริ่มจากการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและเป็นมิตรให้กับผู้พูด เช่น การปรับน้ำเสียงและท่าทางให้ผ่อนคลาย เพื่อให้เขารู้สึกสบายใจที่จะเปิดใจ จากนั้นจะนำทักษะการฟังอย่างตั้งใจมาใช้ โดยไม่เพียงแต่ฟังคำพูด แต่จะใส่ใจอารมณ์และความรู้สึกของเขาด้วย นอกจากนี้ จะระงับการแสดงออก เช่น ไม่แสดงความสงสารเกินไป หรือเอาความคิดตัวเองมาใส่ หรือเติมแต่งเพิ่มเติม แต่จะพยายามทำความเข้าใจจากมุมมองของเขาเพื่อช่วยให้เขา รู้สึกว่าได้รับการเข้าใจอย่างแท้จริง และเมื่อจำเป็นต้องตอบสนอง จะใช้วิธีการถามกลับหรือสะท้อนความรู้สึกของเขาแทนการเร่งเสนอวิธีแก้ปัญหา โดยทันที ถ้าคนที่มาใช้บริการมีพฤติกรรมเสี่ยง การทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมที่รุนแรงก็จะแนะนำการดูแลและกับผู้เชี่ยวชาญให้เพื่อส่งต่อเอส
- จะนำทักษะที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ไปใช้กับคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน คนทั่วไปเมื่อมีโอกาสได้รับฟัง
- จะใส่ใจความรู้สึกของผู้เล่ามากขึ้น ช่วยสะท้อนความรู้สึกให้ผู้เล่าได้เห็นมุมมองอารมณ์ ความคิด ของเขามากขึ้นมากขึ้น

## สิ่งได้เรียนรู้อะไรเพิ่มเติมจาก การเข้าร่วมการฝึกอบรม

- เรียนรู้กระบวนการรับฟังที่ถูกต้อง การตั้งคำถาม การสะท้อนความรู้สึก การสรุปประเด็น และได้ฝึกปฏิบัติได้ลองใช้ทักษะต่าง ๆ
- ได้ฝึกรับฟังโดยแสดงออกด้วย สายตา ภาษากาย และน้ำเสียง โดยไม่ขัดจังหวะผู้เล่า และได้ลองสังเกตลักษณะท่าทางของผู้เล่า
- ได้เรียนรู้เรื่องอคติ ความหลากหลายของอารมณ์ จำนวนจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่มีในประเทศไทยต่อประชากร
- เข้าใจว่าความเทียบไม่ใช่สิ่งแย่งเสมอไป
- ได้เรียนรู้เพิ่มเติมหลายอย่างเกี่ยวกับการเป็นเพื่อนรับฟังที่ดี ทั้งการรับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน การตั้งคำถาม รู้จักและเข้าใจความรู้สึกของผู้พูด (empathy) แทนการแสดงความสงสาร (sympathy) ซึ่งช่วยให้เข้าใจและตอบสนองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ ยังได้เรียนรู้ข้อห้ามที่ไม่เคยรู้มาก่อน เช่น การไม่พูดแทรกหรือเร่งรีบเสนอวิธีแก้ปัญหาโดยไม่ฟังให้จบ หรือพยายามแก้ปัญหาแทนโดยที่เขายังไม่ได้ขอ เราควรแค่เป็นพื้นที่ให้เขาระบายและช่วยเขา รู้สึกดีขึ้นจากการได้พูดอย่างสบายใจ เพราะถ้าเราให้คำปรึกษาหรือการแก้ไขที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม อาจจะทำให้เขารู้สึกแย่กว่าเดิมได้



“

ได้ฝึกทักษะการแนะนำตัว การสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อทำให้ผู้เล่ารู้สึกปลอดภัยที่จะเล่าเรื่องราวของตนเอง



## ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มวันในการจัดกิจกรรมให้ได้ลงลึกในแต่ละทักษะมากขึ้น
- อยากให้โครงการบ้านิ่งมีหู สร้างเมล็ดพันธุ์ที่มีประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์แบบนี้ ได้ขยายพันธุ์ต่อยอดไปได้อีกเยอะๆ และไม่หยุดที่จะให้พวกเราได้มีโอกาสพัฒนาซ้ำ ๆ พัฒนาตึ้นเรื่อย ๆ
- เพิ่มสถานการณ์ตัวอย่างที่อาจจะเกิดขึ้นจริงเมื่อปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น

“อยากให้ผู้ที่มีอำนาจในเชิงนโยบายสนับสนุนให้เกิดการอบรมแบบนี้ต่อไปและ สนับสนุนให้เกิดบ้านิ่งมีหูในพื้นที่จริงในหลากหลายสถานที่



# หลักสูตรการ อบรมที่อยากให้มีในอนาคต



“ การรับมือกับมีจลาชีพ  
หรือผู้ไม่ประสงค์ดีที่มา  
ในรูปแบบของผู้เล่า

“ การยอมรับความไม่  
สมบูรณ์ของตัวเองใน  
โลกที่เปลี่ยนแปลงเร็ว

“ การสร้างความสัมพันธ์  
ที่ดีกับผู้คน

“ ทักษะการช่วยเหลือสภาพ  
จิตใจพนักงานในองค์กร

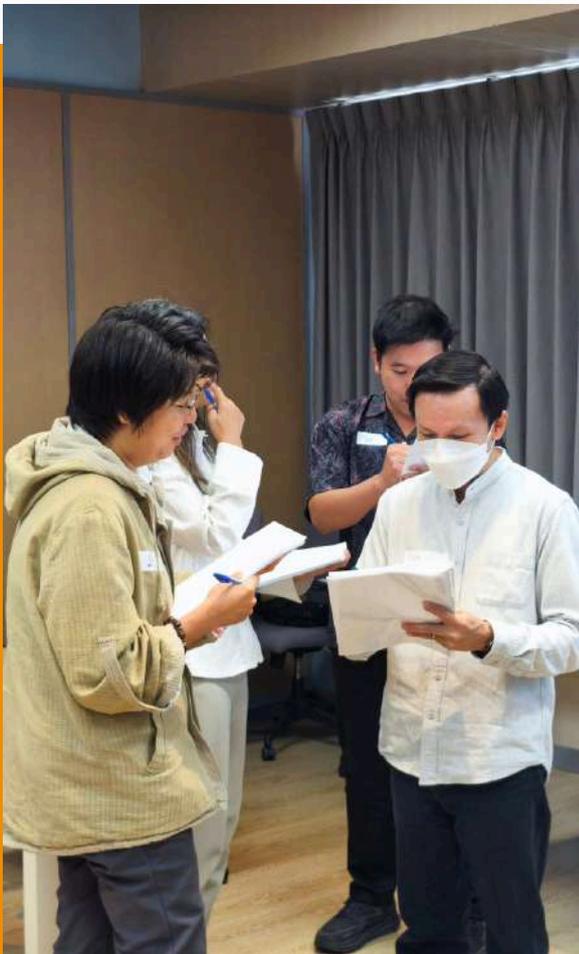


“ มาตรฐานและความ  
ปลอดภัยในการเป็นอาสา  
สมัครสุขภาพจิตในชุมชน

“ การป้องกันการฆ่าตัวตาย

# ภาพประกอบ การฝึกอบรม

ภาพการอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิตในชุมชน  
จัดการอบรมขึ้นในวันเสาร์ที่ 11 มกราคม 2568  
และวันเสาร์ที่ 18 มกราคม 2568





# ภาคผนวก

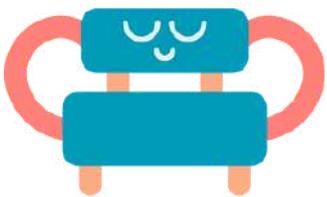
## แบบฟอร์มลงทะเบียนเข้าร่วมการอบรม

**แบบฟอร์มลงทะเบียนเข้าร่วมการอบรมเพื่อรับฟัง ในโครงการบ้านงูมีหู**  
วันที่ 11 มกราคม 2568

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เบอร์โทร	ลงชื่อ	การยินยอมให้ถ่ายภาพ เพื่อประกอบการรายงานโครงการ	หมายเหตุ
1	อรอนงค์ ทิศนาพิทักษ์	0879734481	อรอนงค์	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
2	ศรวาด วิษณุภาโนทัย	0974919695	ศรวาด A.	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
3	มนัสการ สองเมือง	0854903591	มนัสการ	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
4	สมชาย สุริยะศิริบุตร	0899262711	สมชาย	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
5	จรัสพร สุวรรณ	0619917894	จรัสพร	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	แพ้กึ่ง ปุ่ ครึ่ง
6	ฐิติวัฒน์ ศรีแสงเจริญ	0829454524	ฐิติวัฒน์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
7	ณัฐจรรย์ เจริญจิตมั่น	0819159935	ณัฐจรรย์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
8	อภิรักษ์ อัครมงคลพงษ์	0650437821	อภิรักษ์	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
9	ชรรณจา แซ่อ้าว	0868843900	ชรรณจา	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	อาหารไม่เผ็ดไม่เปรี้ยว
10	พิชชาพร ริมทาง	0938385024	พิชชาพร	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
11	ธนรัตน์ ตั้งสุขเสริมกุล	0882447996	ธนรัตน์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
12	เอกปวิณ อายเสณี	0889354295	เอกปวิณ อายเสณี	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
13	ประภัศริณี จันทร์ไข่มณี	0999988645	ประภัศริณี	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
14	จิงพันธ์ เตชะสุรดา	0967856190	จิงพันธ์	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
15	เนา รวบลดา	0988292945	เนา รวบลดา	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
16	ดิณเดธอนต์ แยมส์สวัสดิ์	0966378511	ดิณเดธอนต์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	แพ้เห็ดและถั่ว
17	กชพร ราชแก้ว	0878141180	กชพร	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
18	วนาลี ราชรักรักษ์	0922718247	วนาลี	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
19	กนกช เจษฎาอารักษ์กุล	0655369795	กนกช	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	กินเผ็ดไม่ได้
20	วลัยลักษณ์ ตั้งตติยภัทร์	0944504580	วลัยลักษณ์	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
21	เมธาสิทธิ์ ศรีโฆษา	0847321186	เมธาสิทธิ์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	

**แบบฟอร์มลงทะเบียนเข้าร่วมการอบรมเพื่อรับฟัง ในโครงการบ้านงูมีหู**  
วันที่ 18 มกราคม 2568

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เบอร์โทร	ลงชื่อ	การยินยอมให้ถ่ายภาพ เพื่อประกอบการรายงานโครงการ	หมายเหตุ
1	อภิสสา สภาวิวงศ์จันทร์	0870919355	อภิสสา	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
2	โศภิตา นิลพัชรรัชชผล	090984892	โศภิตา	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
3	ปณณิศา รัตนรุ่ง	0816691551	ปณณิศา	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
4	ธารทิพย์ จีรกุลงณะ	0928959059	ธารทิพย์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
5	เอกวิวัฒน์ ตั้งเสริมวงศ์	0948996545	เอกวิวัฒน์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
6	ณรงค์ศักดิ์ โชคดีพันธุ์	0614695428	ณรงค์ศักดิ์	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
7	เพ็ญเงินจันทร์ ต้นโพธิ์ทอง	0841155899	เพ็ญเงินจันทร์	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
8	นัยนภัค ชัยมีน	0820334570	นัยนภัค	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
9	เสวิมลศิริ กิติวิริยะกุล	0818446046	เสวิมลศิริ	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	มีงส์วีรดี
10	วิโนช ช่วยนิรันดร์	0825492826	วิโนช	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
11	ธนวิมล มีโย	0824691645	ธนวิมล	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
12	ชนนเดณี พันทวี	0968549355	ชนนเดณี	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
13	ภาณุวัฒน์ อภิวัฒน์ชัย	0840728223	ภาณุวัฒน์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
14	สิงหิณี บุษบงศ์เรือง	0626967995	สิงหิณี	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
15	ณัฐพรดา วงษ์คำภู	0990652990	ณัฐพรดา	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
16	ทีศนีเย์ สัมประฐาน	0919754065	ทีศนีเย์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	อาหารรสจืด
17	มันต์ชิตา โชติรัตน์	0899162902	มันต์ชิตา	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
18	อุทัยวรรณ ชุมพันธ์	0893963932	อุทัยวรรณ	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
19	นิรุทธิ์ หมายดี	0889708258	นิรุทธิ์	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
20	สุรรัตน์ คงความเจริญ	0898557431	สุรรัตน์	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
21	สิลา วังรุ่งเรืองถาวน	0818351899	สิลา	<input checked="" type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
22	คัทธพร ช่างพิศ	0829454246	คัทธพร	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	ไม่กินอาหารทะเล
23	วรุฒ เลิศศรารุส	0910946472	วรุฒ	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
24	ชาธิญา มานะทัตถภาการ	0863831238	ชาธิญา	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	



**ม้านั่งมีหู**  
Bench with Ears **ช**