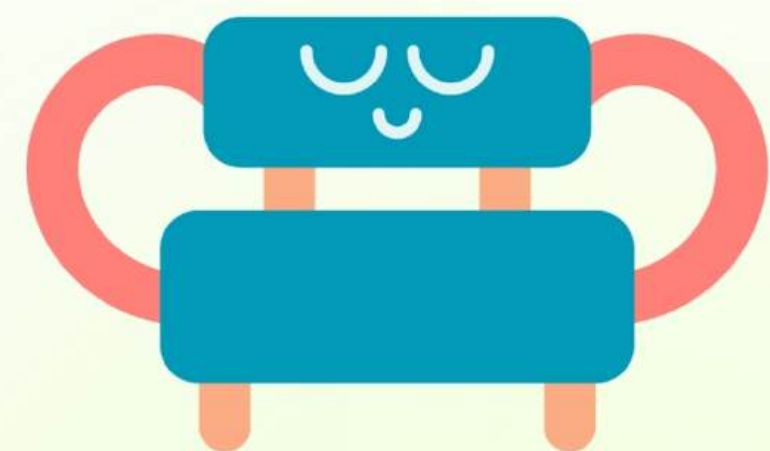
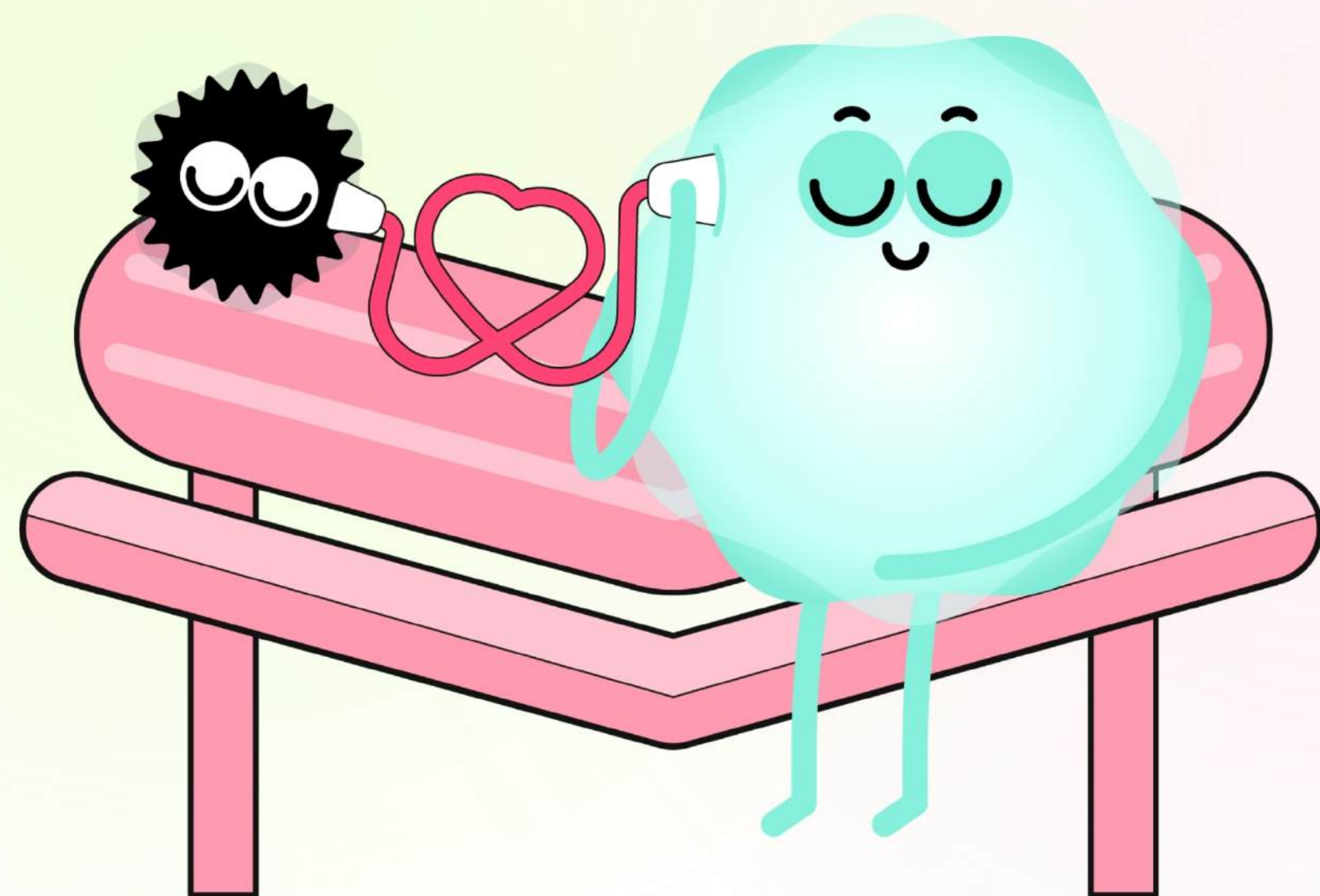




ม้านั่งมีหู

Bench with Ears



โครงการโดย





พันธกิจของเรา



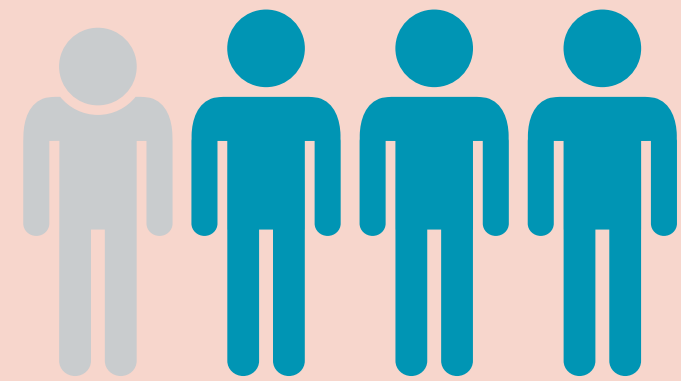


วิกฤตสุขภาพจิตในปัจจุบัน

สถานการณ์ โลก ปัจจุบัน

1 in 4 individuals lives with a mental health disorder

Globally, close to one billion people live with a mental disorder, with depression affecting over 5% of global population. Nearly half of these people live in the South-East Asia and Western Pacific Region



1 Trillion USD lost in productivity annually

Anxiety and depression, two of the most prevalent mental disorders, annually cost the global economy \$1 trillion in lost productivity. Estimated lost to global economy due to mental health by 2030 is \$16.3 trillion.



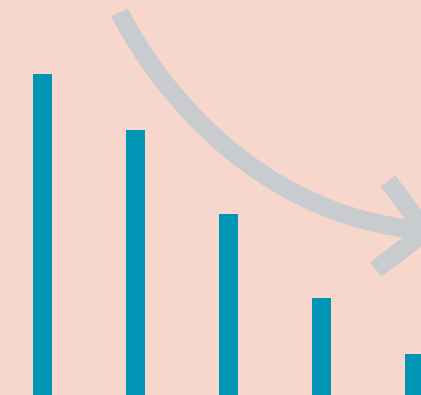
1.32 Million USD cost to economy per suicide

More than 97% of this cost is lost to productivity and remaining 3% are costs associated with medical treatment



Only 2.5 USD per capita invested into our mental wellbeing

Global median expenditure for mental health was only \$2.5 per capita, compared to \$141 per capita for general domestic health. Mental health receives only 2% of national health expenditures.



สถานการณ์ ใน ประเทศไทย

9 Minutes 55 Seconds one suicide attempt in Thailand

1 suicide attempt happen every 9 min 55 sec in Thailand, and based on information by the Department of Mental Health, 1 person dies of suicide every 2 hours.



3 Million People suffer from poor mental health

More than 3 million people in Thailand have been diagnosed with mental health disorder. It is estimated that at least 10 million people (1 in 8) are living with mental health disorder, with 7 million currently not receiving support or treatment



Limited Access to mental health care provider

Thailand currently has shortages of mental health care provided with merely 1.2 Psychiatrist and 1.57 licences psychologist available per 100,000 people



High Cost major barrier to receiving care

Even with the availability of national health care coverage, accessing mental health care still cost a lot, either financially or months long waiting time to gain access to care.



1.2 จิตแพทย์ / 1.5 นักจิตวิทยา

ต่อ

ประชากร 100,000 คน



อัตราการหมดไฟของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

เพิ่มขึ้น
15 เท่า

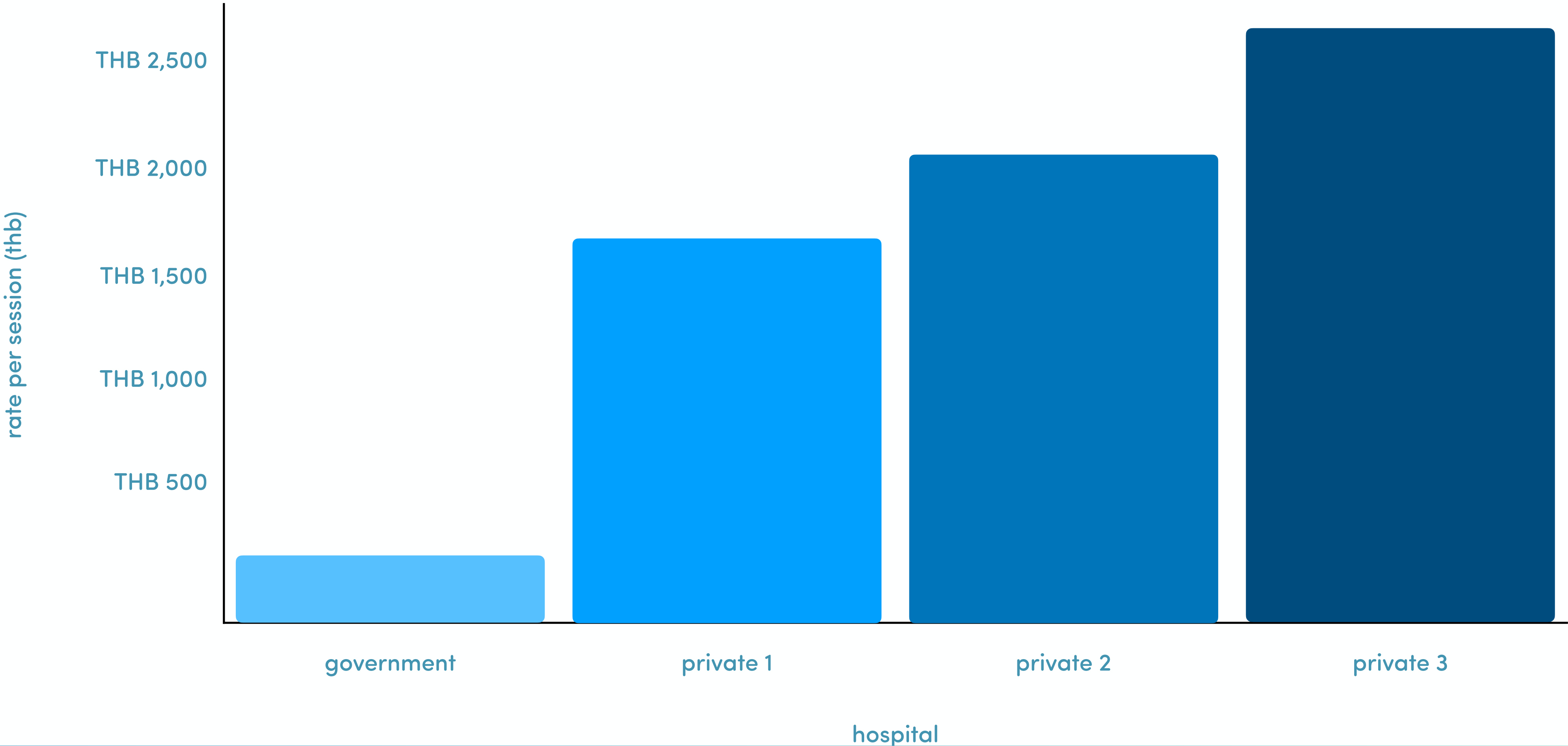
ระหว่างปี 2019 - 2022

ค่าใช้จ่าย: อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต

ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในการดูแลสุขภาพจิต กลายเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่ทำให้หลายคนไม่สามารถเข้าถึงการดูแลและการรักษาที่จำเป็นได้

แผนภูมิด้านล่างแสดงการเปรียบเทียบอัตราค่ารักษาในการพบจิตแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ

หมายเหตุ: อัตรานี้เป็นค่ารักษาสำหรับการพบจิตแพทย์หนึ่งครั้ง ไม่รวมค่ายา



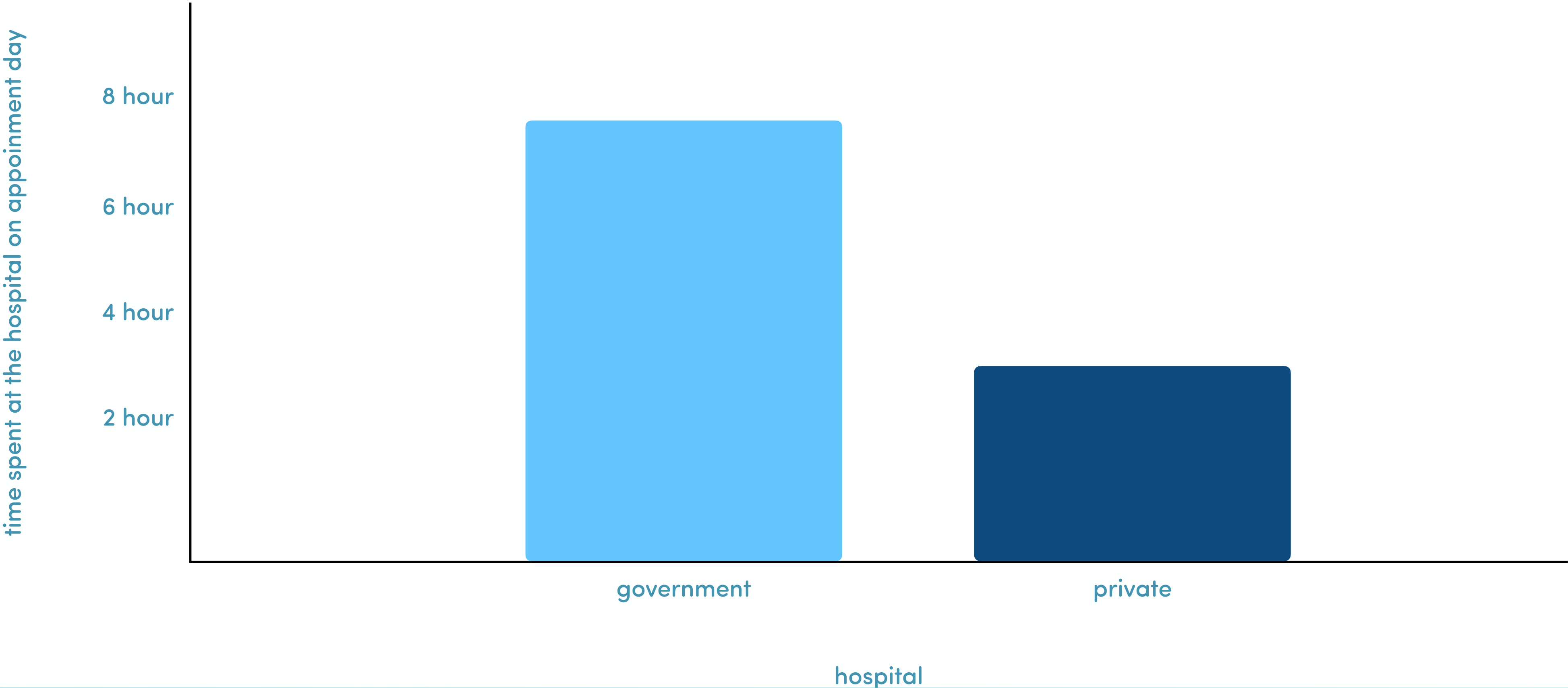
ค่าใช้จ่าย: อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต

จำนวนผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่จำกัด ประกอบกับความต้องการที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เวลารอคอยในการเข้ารับบริการยาวนานขึ้นอย่างมาก

ปัจจุบัน บุคคลหนึ่งอาจต้องรอเป็นระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือน กว่าจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้

นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีความต้องการสูง ผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลารอในวันนัดนานถึง 7 ชั่วโมง

สถานการณ์นี้กลายเป็นภาระที่สำคัญ โดยเฉพาะเมื่อ เวลา กลายเป็น ต้นทุนทางเศรษฐกิจ สำหรับหลายคน



แนวทางแก้ปัญหของเรา



เราใช้แนวทางการให้บริการที่เหมาะสมที่สุดตามกรอบขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นแนวทางหลักในการหาแนวทางแก้ปัญหาที่ดีที่สุดภายใต้บริบทปัจจุบัน

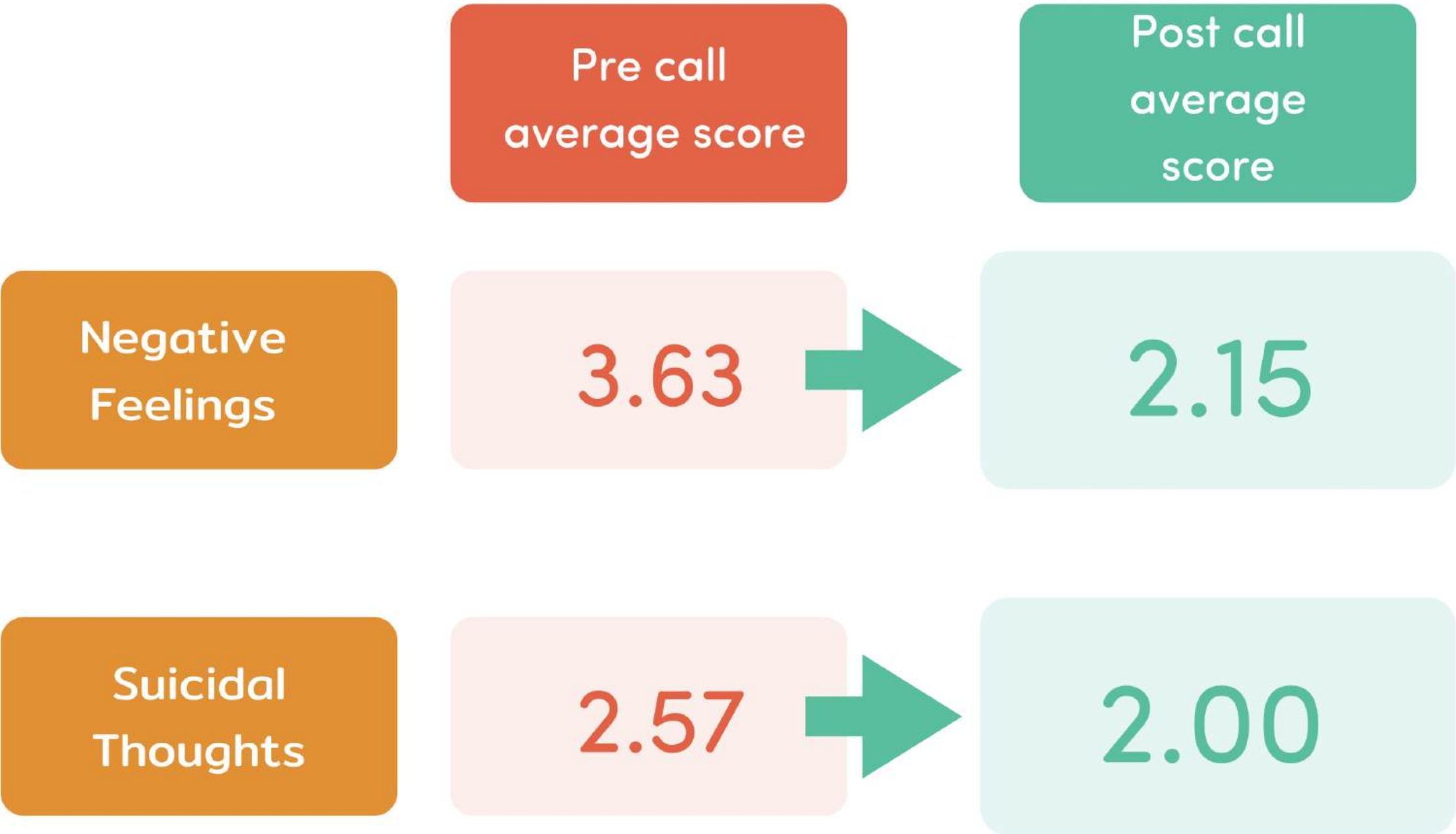
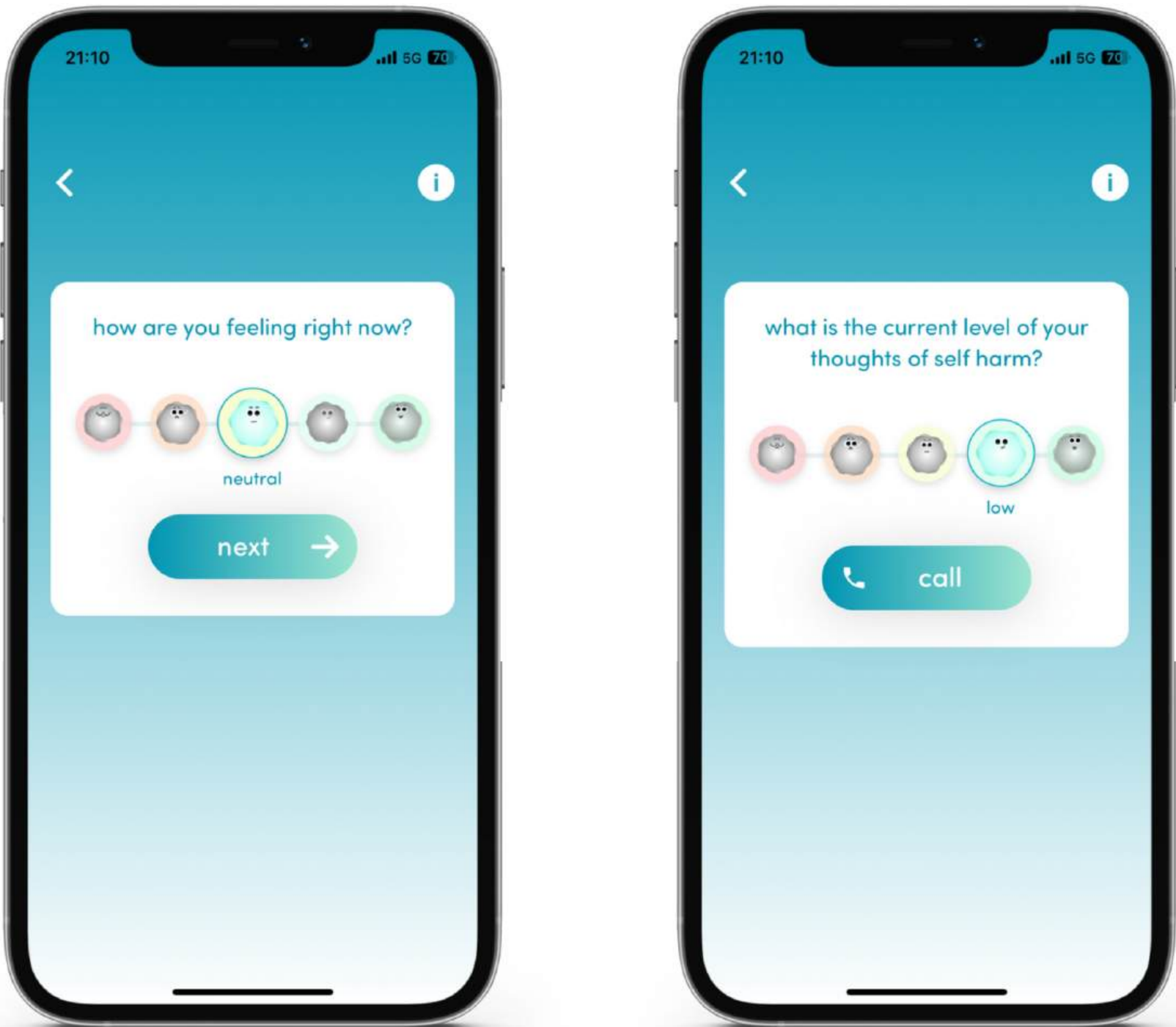
เราวางตำแหน่งองค์กรของเราในฐานะผู้นำในการสร้างระบบนิเวศด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุม ผ่านการใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมทางสังคม นโยบาย และเทคโนโลยี

โดยเน้นการป้องกันเป็นหลัก ผ่านการเสริมพลังในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการสนับสนุนจากเพื่อนและชุมชน

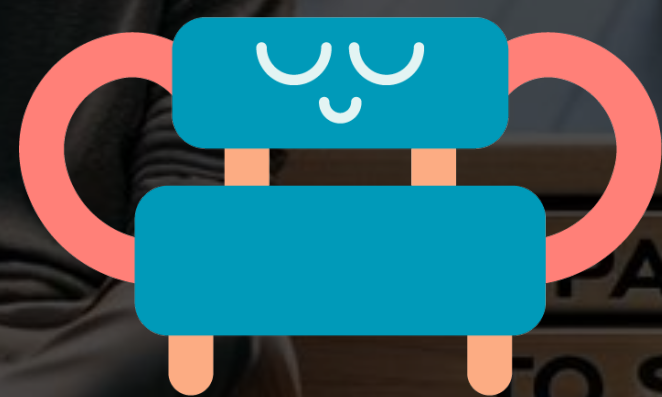
Pre & Post Peer Support Intervention

Of the 4,185 callers,

“negative feelings” and “suicidal thoughts” were lower after peer support intervention, suggesting that talking and being listened to improves our users’ mental well-being.



โครงการ



ม้านั่งมีหู

Bench with Ears

พื้นที่แบ่งปันใจ

I AM HERE
TO LISTEN

เป้าหมายหลักของโครงการ “**มานั่งมีหู**” คือการสร้างพื้นที่ที่อบอุ่น เมตตา และปลอดภัย ที่ผู้คนในชุมชน

สามารถเข้ามาแบ่งปันประสบการณ์ ความท้าทาย และความสุขของตนเองได้

โครงการนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมบรรยากาศแห่งการรับฟังอย่างตั้งใจ ความเข้าใจ และการสนับสนุนซึ่งกัน

และกัน เพื่อช่วยบรรเทาความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

“**มานั่งมีหู**” มีเป้าหมายในการเติมเต็มช่องว่างของการดูแลสุขภาพจิต และเสริมสร้างความสัมพันธ์ใน

สังคมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น



SIDEWALK TALK

Friendship Bench ทำการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (หรือที่เรียกว่าบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ) ให้สามารถให้บริการบำบัดด้วยพฤติกรรมและความคิดขั้นพื้นฐาน (Cognitive Behavioural Therapy) โดยเน้นที่การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) การวางแผนกิจกรรม และการสนับสนุนแบบกลุ่มที่นำโดยเพื่อนในชุมชน

แนวทางการถ่ายโอนภารกิจนี้ช่วยให้เราสามารถส่งมอบบริการสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ และยั่งยืน เพื่อช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงการรักษาสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ



- ฝึกอบรมและสนับสนุนสมาชิกในชุมชนให้ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น
- สร้างพื้นที่ปลอดภัยในรูปแบบของมานั่งในชุมชน
- ให้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ควบคู่กับการสนับสนุนแบบกลุ่ม

Our impact to date

FRIENDSHIP **BENCH**

REACH

Over

2,000

community health workers
(‘grandmothers’)

trained



More than

351,017

**clients
served**



Active in

6

countries



IMPACT

RCT demonstrated a 60% improvement in quality of life
80% reduction in depression and suicidal ideation

JAMA | **Original Investigation**

Effect of a Primary Care–Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe

A Randomized Clinical Trial

Dixon Chibanda, MD; Helen A. Weiss, DPhil; Ruth Verhey, MSc; Victoria Simms, PhD; Ronald Munjoma, SLc; Simbarashe Rusakaniko, PhD; Alfred Chingono, MSc; Epiphania Munetsi, MPhil; Tarisai Bere, BA; Ethel Manda, BSc; Melanie Abas, MD; Ricardo Araya, PhD

IMPORTANCE Depression and anxiety are common mental disorders globally but are rarely recognized or treated in low-income settings. Task-shifting of mental health care to lay health workers (LHWs) might decrease the treatment gap.

OBJECTIVE To evaluate the effectiveness of a culturally adapted psychological intervention for common mental disorders delivered by LHWs in primary care.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS Cluster randomized clinical trial with 6 months' follow-up conducted from September 1, 2014, to May 25, 2015, in Harare, Zimbabwe. Twenty-four clinics were randomized 1:1 to the intervention or enhanced usual care (control). Participants were clinic attenders 18 years or older who screened positive for common mental disorders on the locally validated Shona Symptom Questionnaire (SSQ-14).

INTERVENTIONS The Friendship Bench intervention comprised 6 sessions of individual problem-solving therapy delivered by trained, supervised LHWs plus an optional 6-session peer support program. The control group received standard care plus information, education, and support on common mental disorders.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Primary outcome was common mental disorder measured at 6 months as a continuous variable via the SSQ-14 score, with a range of 0 (best) to 14 and a cutpoint of 9. The secondary outcome was depression symptoms measured as a binary variable via the 9-item Patient Health Questionnaire, with a range of 0 (best) to 27 and a cutpoint of 11. Outcomes were analyzed by modified intention-to-treat.

RESULTS Among 573 randomized patients (286 in the intervention group and 287 in the control group), 495 (86.4%) were women, median age was 33 years (interquartile range, 27-41 years), 238 (41.7%) were human immunodeficiency virus positive, and 521 (90.9%) completed follow-up at 6 months. Intervention group participants had fewer symptoms than control group participants on the SSQ-14 (3.81; 95% CI, 3.28 to 4.34 vs 8.90; 95% CI, 8.33 to 9.47; adjusted mean difference, −4.86; 95% CI, −5.63 to −4.10; *P* < .001; adjusted risk ratio [ARR], 0.21; 95% CI, 0.15 to 0.29; *P* < .001). Intervention group participants also had lower risk of symptoms of depression (13.7% vs 49.9%; ARR, 0.28; 95% CI, 0.22 to 0.34; *P* < .001).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Among individuals screening positive for common mental disorders in Zimbabwe, LHW-administered, primary care-based problem-solving therapy with education and support compared with standard care plus education and support resulted in improved symptoms at 6 months. Scaled-up primary care integration of this intervention should be evaluated.

TRIAL REGISTRATION pactr.org Identifier: [PACTR201410000876178](https://pactr.org/record/PACTR201410000876178)

JAMA. 2016;316(24):2618-2626. doi:10.1001/jama.2016.19102
Corrected on February 22, 2017.

- ← Editorial [page 2601](#)
- ← Related article [page 2609](#)
- + [Supplemental content](#)

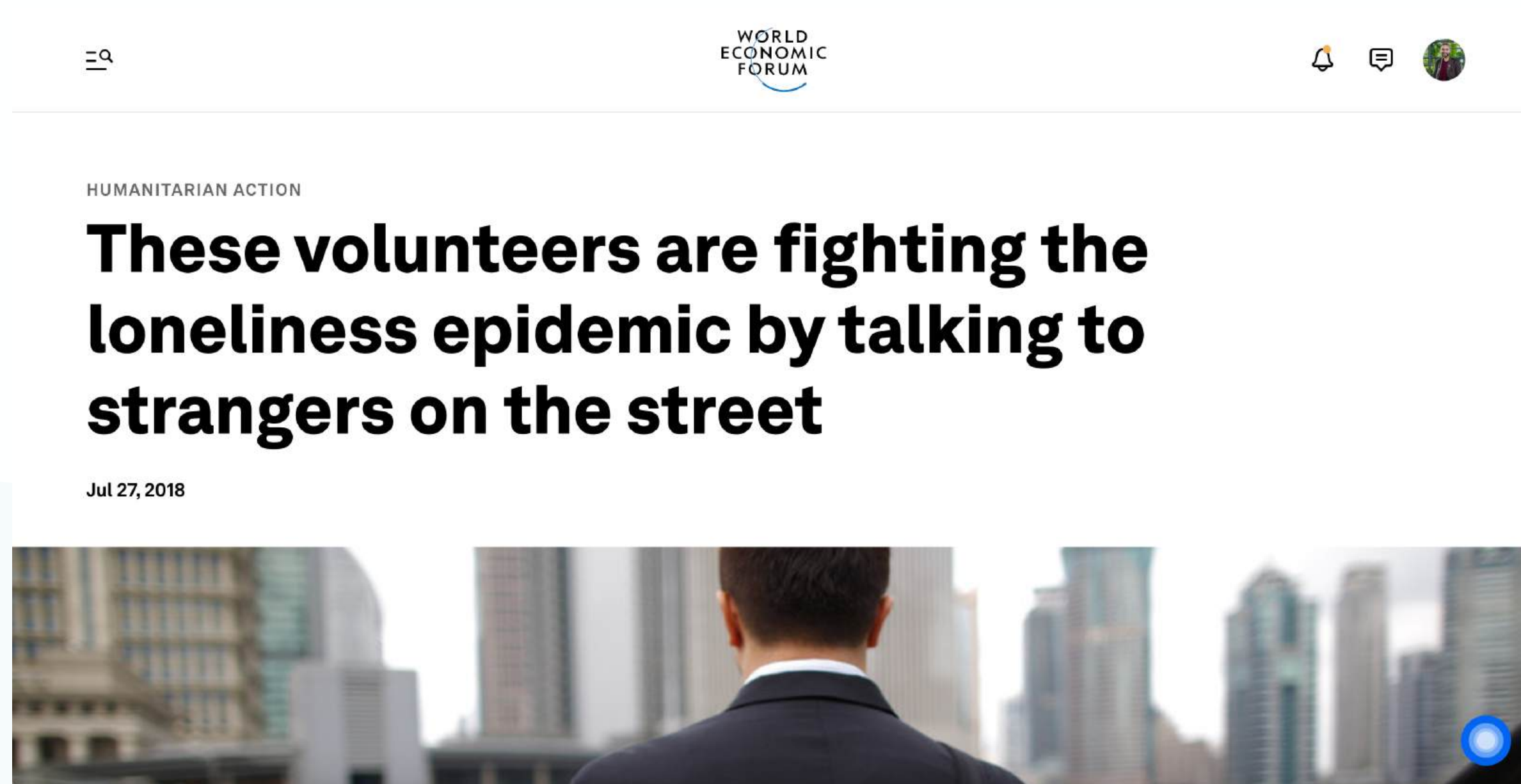
Author Affiliations: Zimbabwe AIDS Prevention Project–University of Zimbabwe Department of Community Medicine, Harare (Chibanda, Verhey, Munjoma, Rusakaniko, Munetsi, Bere, Manda); MRC Tropical Epidemiology Group, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom (Weiss, Simms); University of Zimbabwe College of Health Sciences, Harare (Chingono); King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, London, United Kingdom (Abas); London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom (Araya).

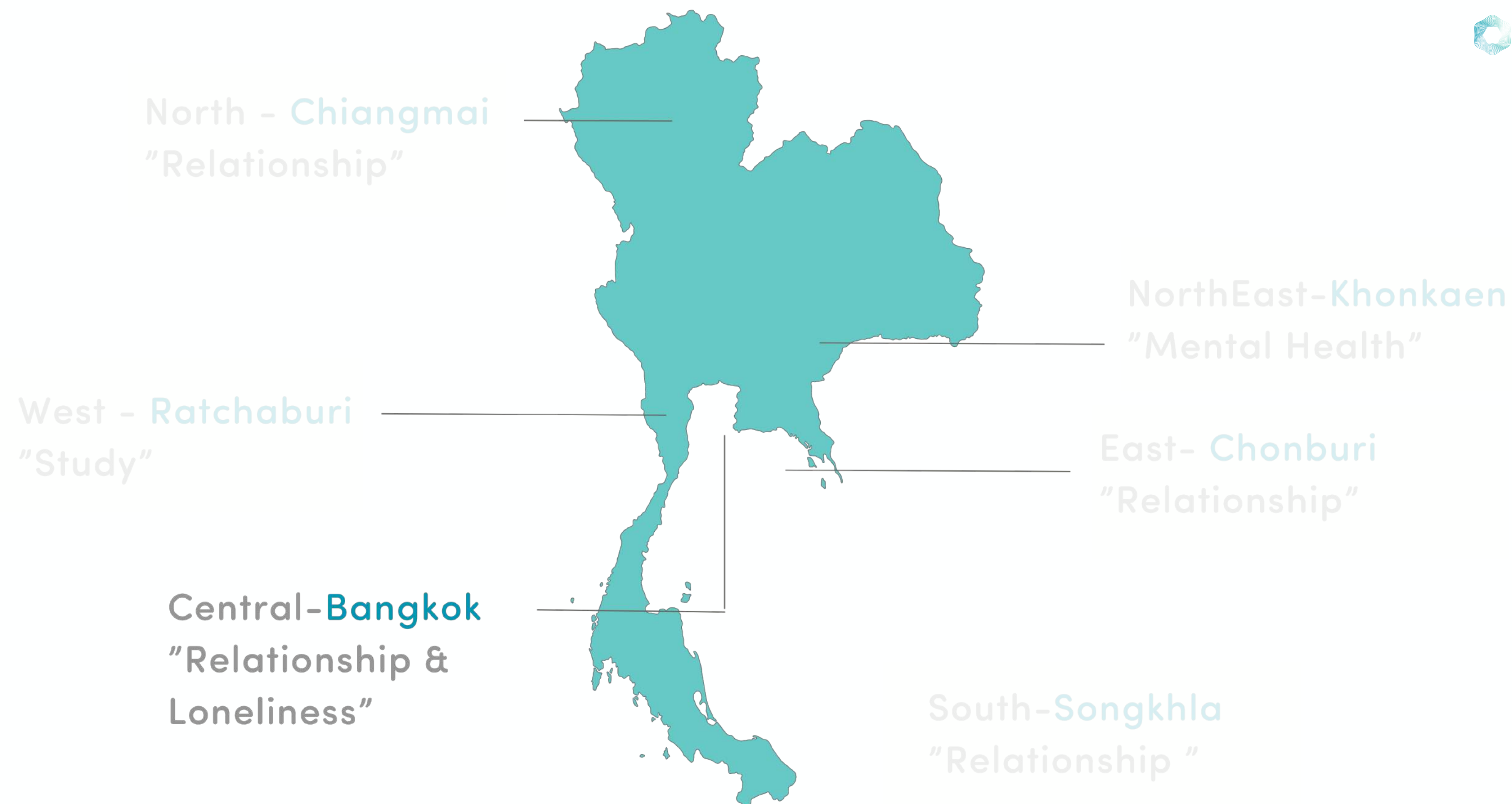
Corresponding Author: Dixon Chibanda, MD, Zimbabwe AIDS Prevention Project–University of Zimbabwe Department of Community Medicine, 92 Prince Edward St, Harare, Zimbabwe (dichi@zol.co.zw).



แม้จะมีแอปมากมายที่ช่วยให้คนในเมืองเชื่อมโยงถึงกันได้ง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีองค์การหนึ่งที่เลือกใช้วิธีเรียบง่ายและไม่ต้องพึ่งเทคโนโลยีเพื่อแก้ปัญหาคความโดดเดี่ยวที่คนเมืองต้องเผชิญ — นั่นคือ “การรับฟังริมถนน” (Street Listening)

อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมจาก Sidewalk Talk จะตั้งป้ายบนทางเท้าที่เขียนว่า “รับฟังฟรี” (Free Listening) และเปิดโอกาสให้ผู้คนที่เดินผ่านไปมาได้ระบายความในใจ โดยมีพวกเขาที่นั่งฟังอย่างตั้งใจและเต็มไปด้วยความเข้าใจ

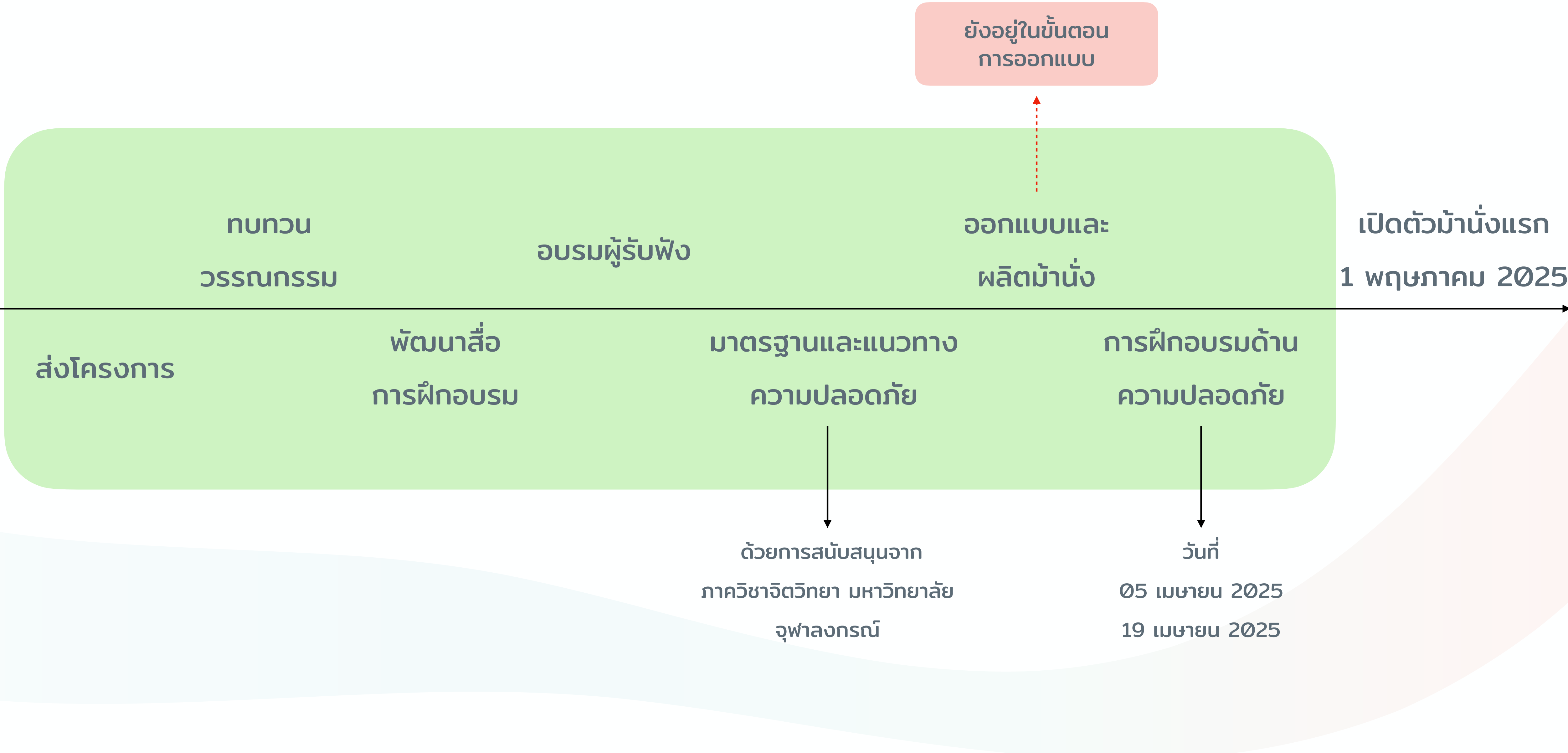




เมืองใหญ่ที่แออัดอาจเป็นสถานที่ที่ยากที่สุดในการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้คน

นักสังคมวิทยาชาวเยอรมัน Georg Simmel เคยสังเกตปรากฏการณ์นี้เมื่อกว่าหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมา โดยเขียนไว้ว่า:

“ไม่มีที่ใดที่ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและหลงทางได้เท่ากับการอยู่ท่ามกลางฝูงชนในเมืองใหญ่”



บ้านงมิฮู

การอบรมทักษะการฟังเชิงลึก

มกราคม 2025



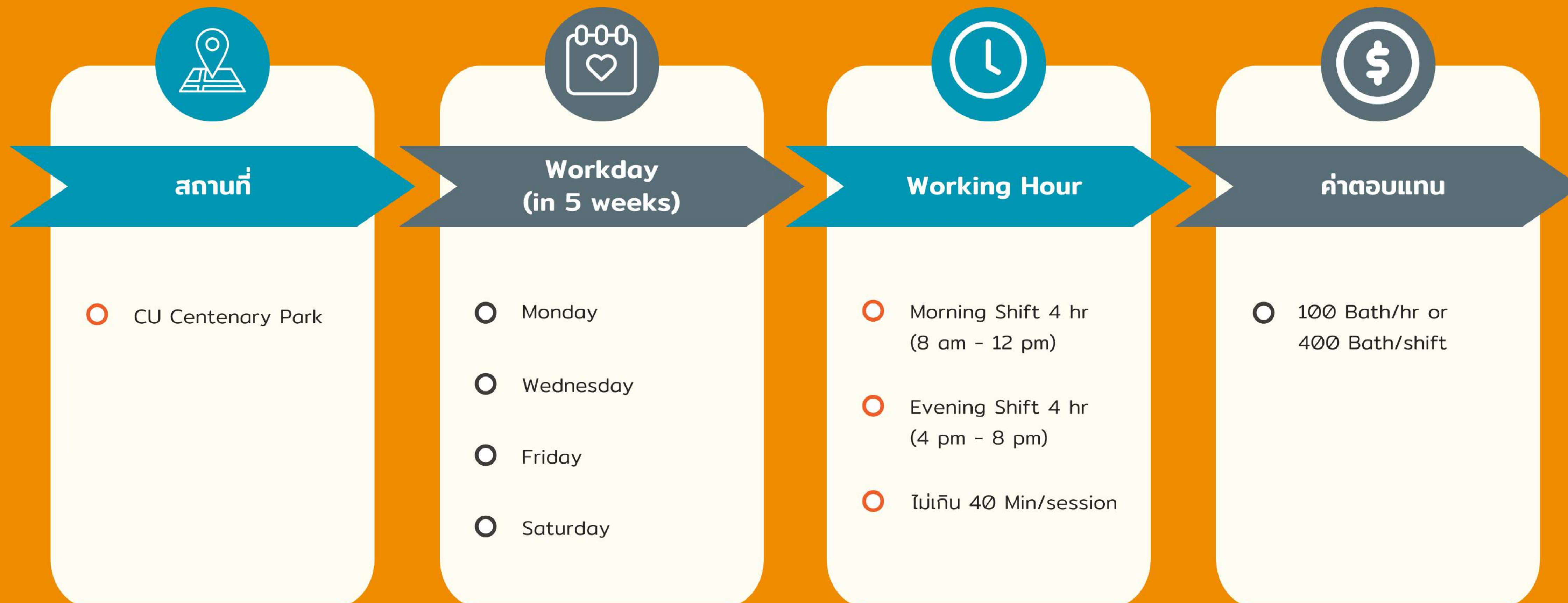
บ้านั่งมีหู

การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย

เมษายน 2025



การให้บริการ



USER FLOW



Check-in : Staff

Registration : กรอก Consent ตอนจอง
แล้วมาเช็คอิน Staff ให้ Consent Ticket

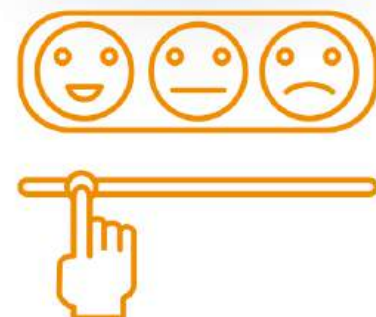
Walk-in : Staff ชี้แจงรายละเอียดการให้บริการ
ผู้ระบายนัดขอมอบ Consent Ticket Staff จักตัวให้



ประเมินความรู้สึก : เพื่อนรับฟัง

เพื่อนรับฟัง : แนะนำตัวเองชวนพูดคุย Small talk
แล้วให้ผู้ระบายเลื่อนประเมินความรู้สึกบนม้านั่ง

ผู้ระบาย : เลื่อนประเมินความรู้สึกบนม้านั่ง



พูดคุย

ผู้ระบายและเพื่อนรับฟังนั่งเว้นระยะห่าง
จากกันอย่างน้อย 50 เซนติเมตร
พูดคุยไม่ควรเกินรอบละ 40 นาที



หลังจบบทสนทนา

เพื่อนรับฟัง : กรอก Debrief Form

ผู้ระบาย : กรอกแบบประเมินความพึงพอใจ
ในการพูดคุย พับและยื่นให้ Staff



ก่อนจบบทสนทนา

เพื่อนรับฟัง : ชวนผู้ระบายเลื่อนประเมินความรู้สึกอีกครั้ง
เมื่อผู้ระบายประเมินแล้วยื่นกระดาษประเมินความพึงพอใจใน
การพูดคุยให้

ผู้ระบาย : เลื่อนประเมินความรู้สึกบนม้านั่ง และรับกระดาษ
ประเมินความพึงพอใจจากเพื่อนรับฟัง



ตัวมานั่งมีหู



Consent Ticket

- ♥ การใช้บริการบนมานั่งมีหูเป็นการพูดคุยเพียงครั้งเดียว จะไม่มีการนัดติดตามผล
- ♥ เพื่อนรับฟังจะเก็บข้อมูลของผู้เข้ารับบริการเป็นความลับ
- ♥ ผู้เข้ารับบริการสามารถปฏิเสธที่จะพูดคุยหรือให้ข้อมูลได้ หากรู้สึกกังวลใจหรือรู้สึกไม่ปลอดภัย

หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลได้ที่

Facebook Page: Sati

LINE Official: @sati

sign
here

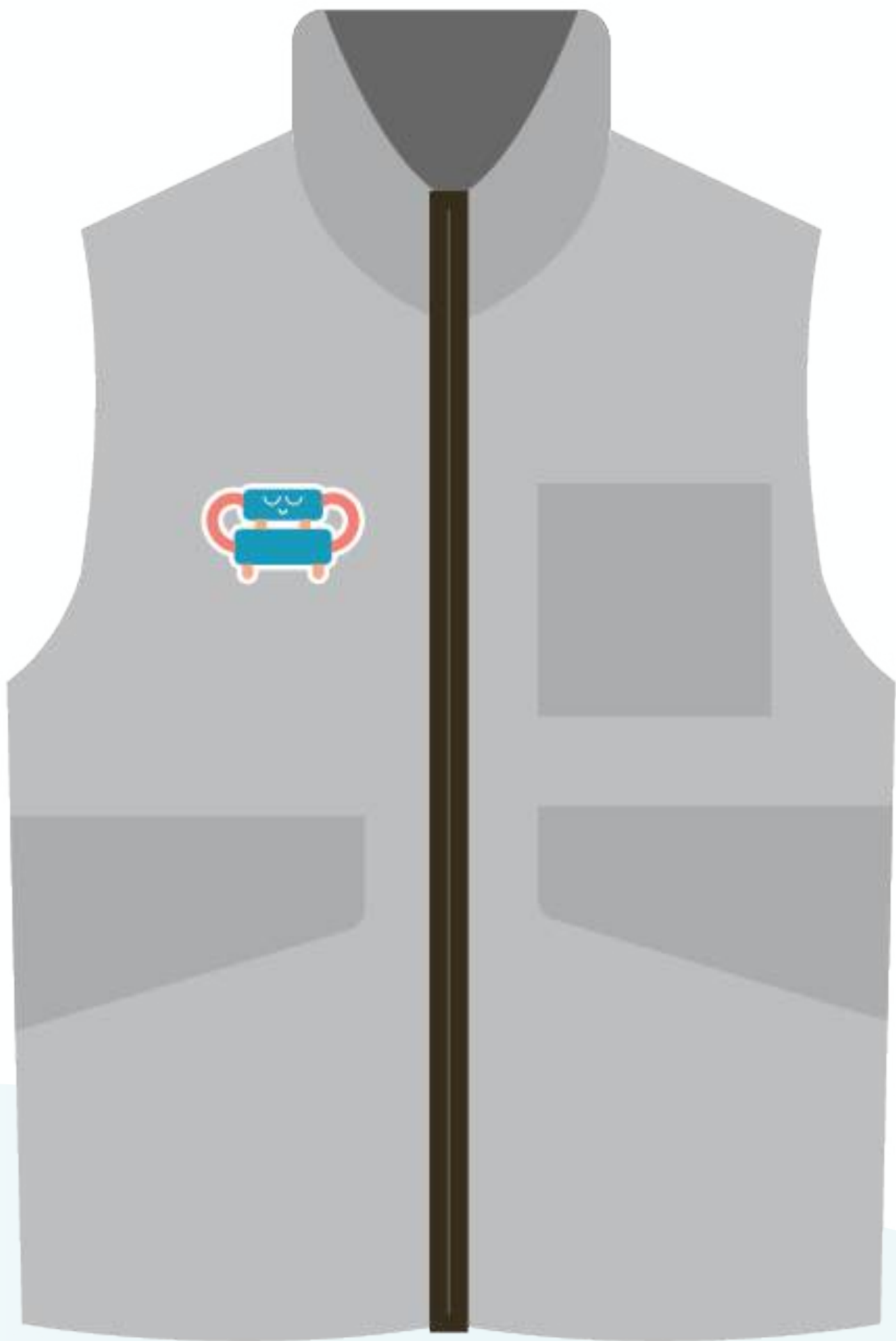


โน๊ต? OK ใช่มั้ย?
เธอเก่งมากเลยนะ
ที่มาได้ขนาดนี้ :)

KOENDANAJ.



ยูนิฟอร์มสำหรับเพื่อนรับฟัง





แบบประเมินอารมณ์

ชวนผู้เข้ารับบริการใช้อินความรู้สึก

ก่อนและหลังเข้ารับบริการ

“ช่วยบอกหน่อยได้ไหมว่าสีของความรู้สึกของคุณ
ตอนนี้เป็นสีอะไร”



**ยังอยู่ในขั้นตอนการออกแบบ

การจดสรุปข้อมูล

แบบฟอร์มสรุปการรับฟัง

ผู้เข้ารับบริการ :

วันที่ :

เพื่อนรับฟัง :

สรุปข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้ารับบริการ

ความรู้สึกของผู้รับบริการ

เรื่องราวหลักของผู้รับบริการ

ก่อน



หลัง



ภาษาพูดและภาษากายของผู้รับบริการ

ความช่วยเหลือจากด้านอื่นๆ ที่ผู้เข้ารับบริการต้องการ

สรุปข้อมูลเกี่ยวกับเพื่อนรับฟัง

ทักษะที่เพื่อนรับฟังใช้ในการรับฟัง

อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการรับฟัง

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

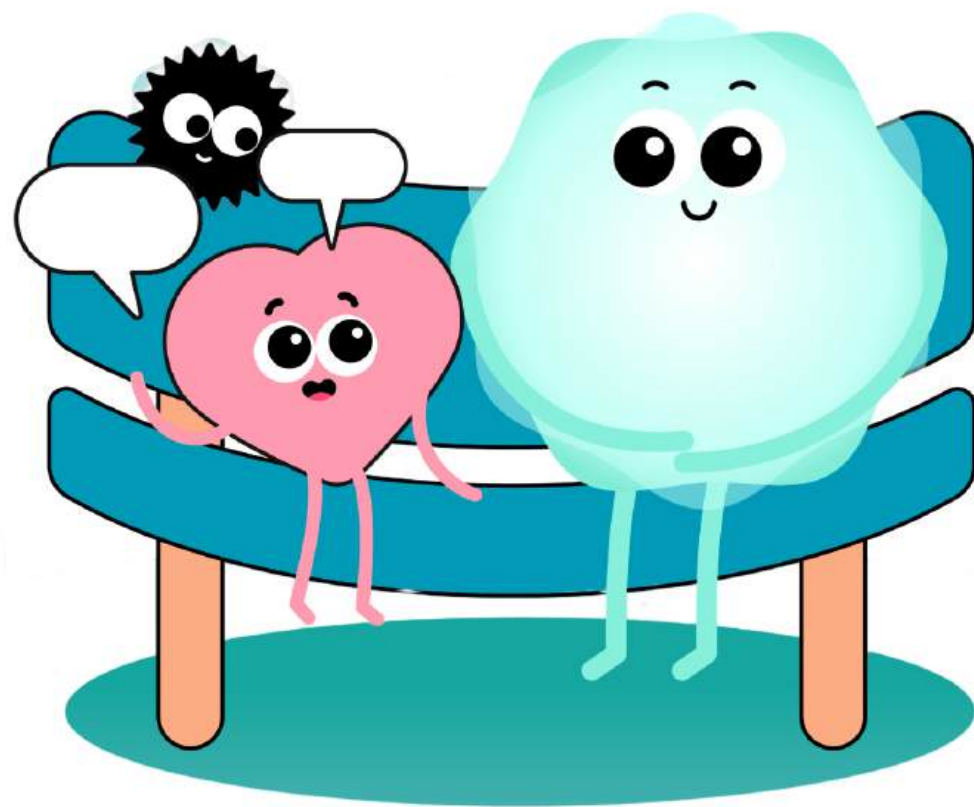
สิ่งที่เพื่อนรับฟังจะพัฒนาในครั้งต่อไป

สิ่งที่เพื่อนรับฟังต้องการความช่วยเหลือ

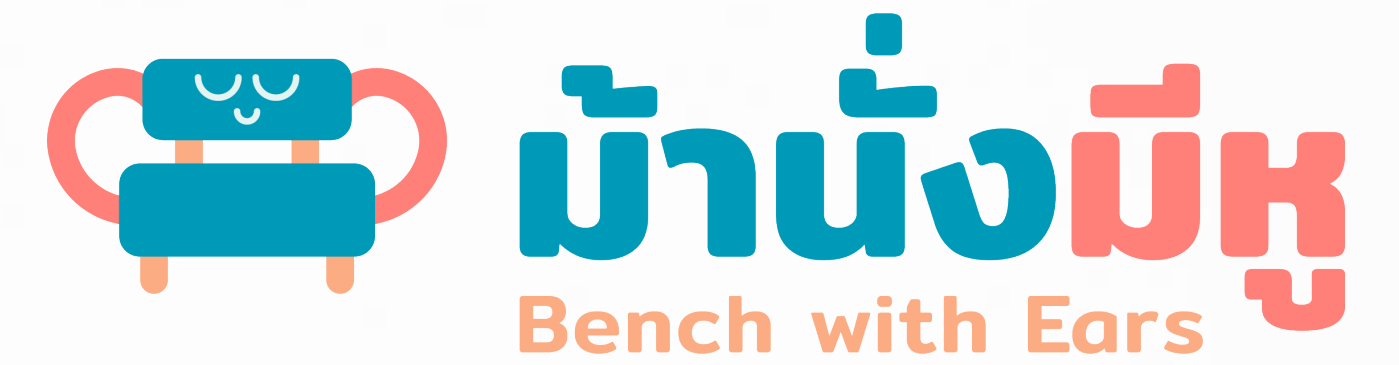
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

อื่นๆ

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



ดีไซน์เบื้องต้นของม้านั่ง

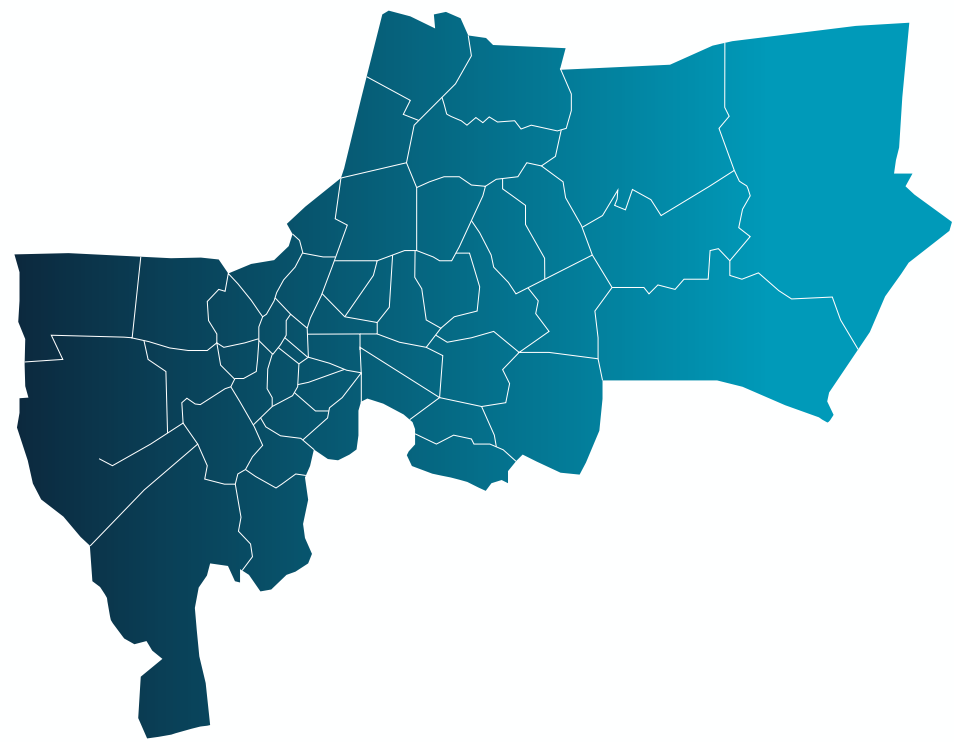


ที่เช็คความรู้สึก
ก่อน และ หลัง
ของผู้รับบริการ



โต๊ะสำหรับจัดสรุป
การรับฟัง

มานั่งมีหู - สถานที่ตั้งเบื้องต้นที่เสนอ



สวนร้อยปีจุฬาฯ

ใช้สถานที่ตั้งเบื้องต้นเพื่อสร้างการ

รับรู้และกระแสสังคม รวมถึงเลือก

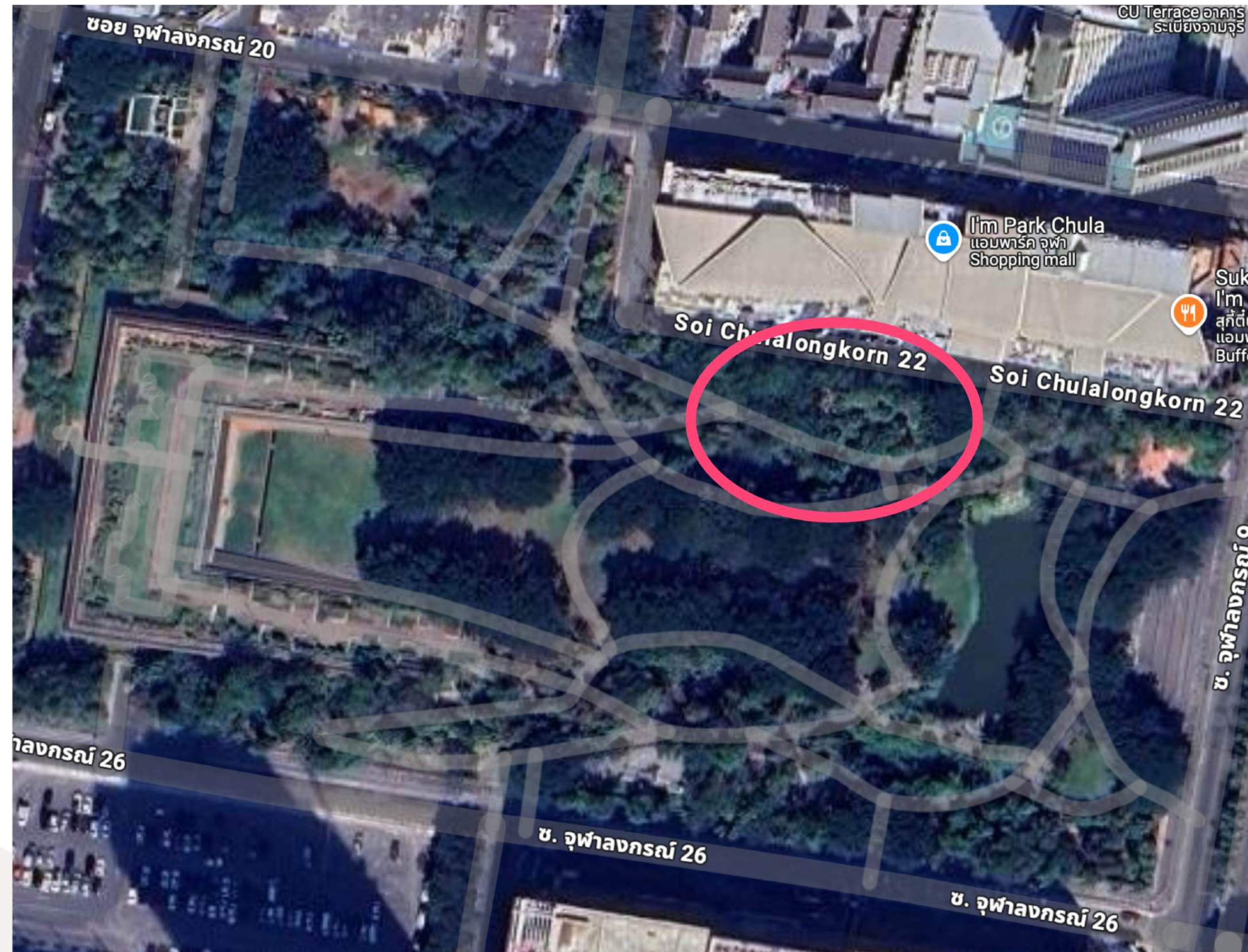
พื้นที่ที่มีการสัญจรสูงเพื่อดึงดูด

ภาคเอกชนให้มาสนับสนุนโครงการ

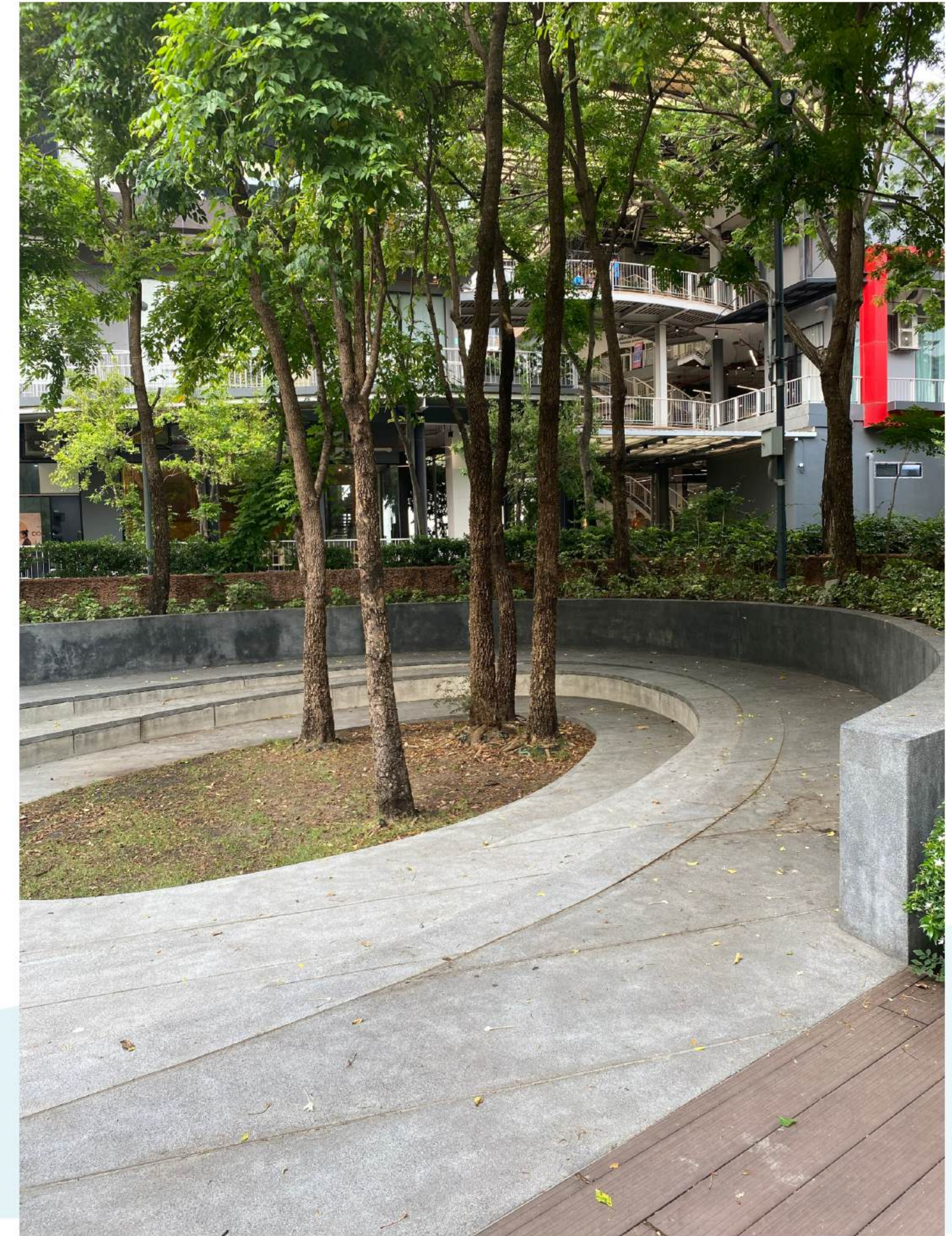
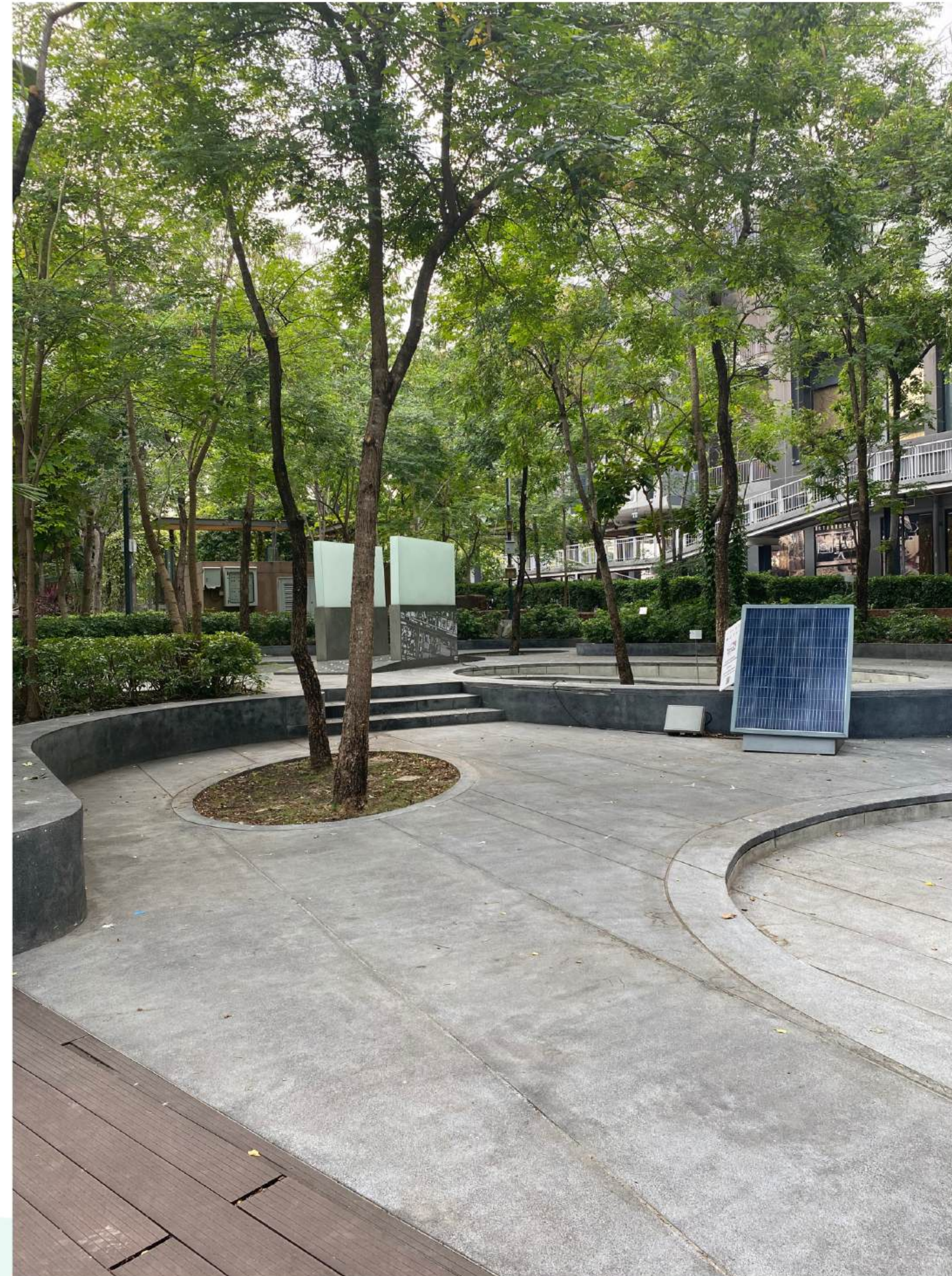
เซอร์เวย์ดูสถานที่ตั้งบ้านนั่ง สวน100ปีจุฬา



จุดมานั่งในสวน 100 ปี จุฬา



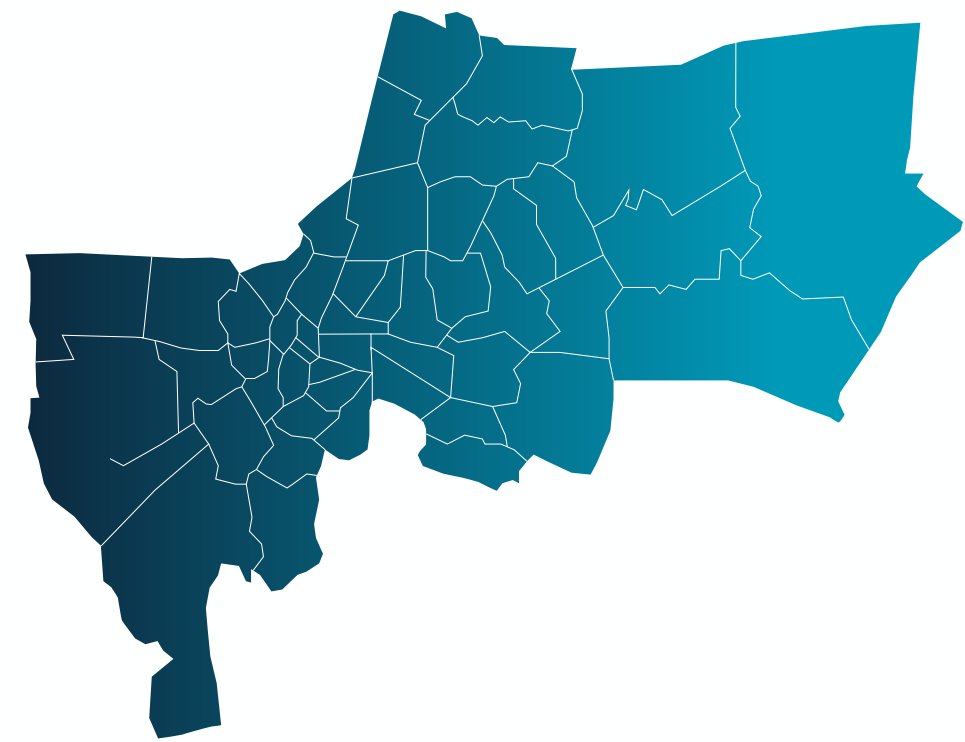
จุดมานั่งในสวน 100 ปี จุฬา



ประชุมหารือการตั้งบ้านนั่งกับกรุงเทพมหานคร



สถานที่อื่นๆ



สวนลุมพินี



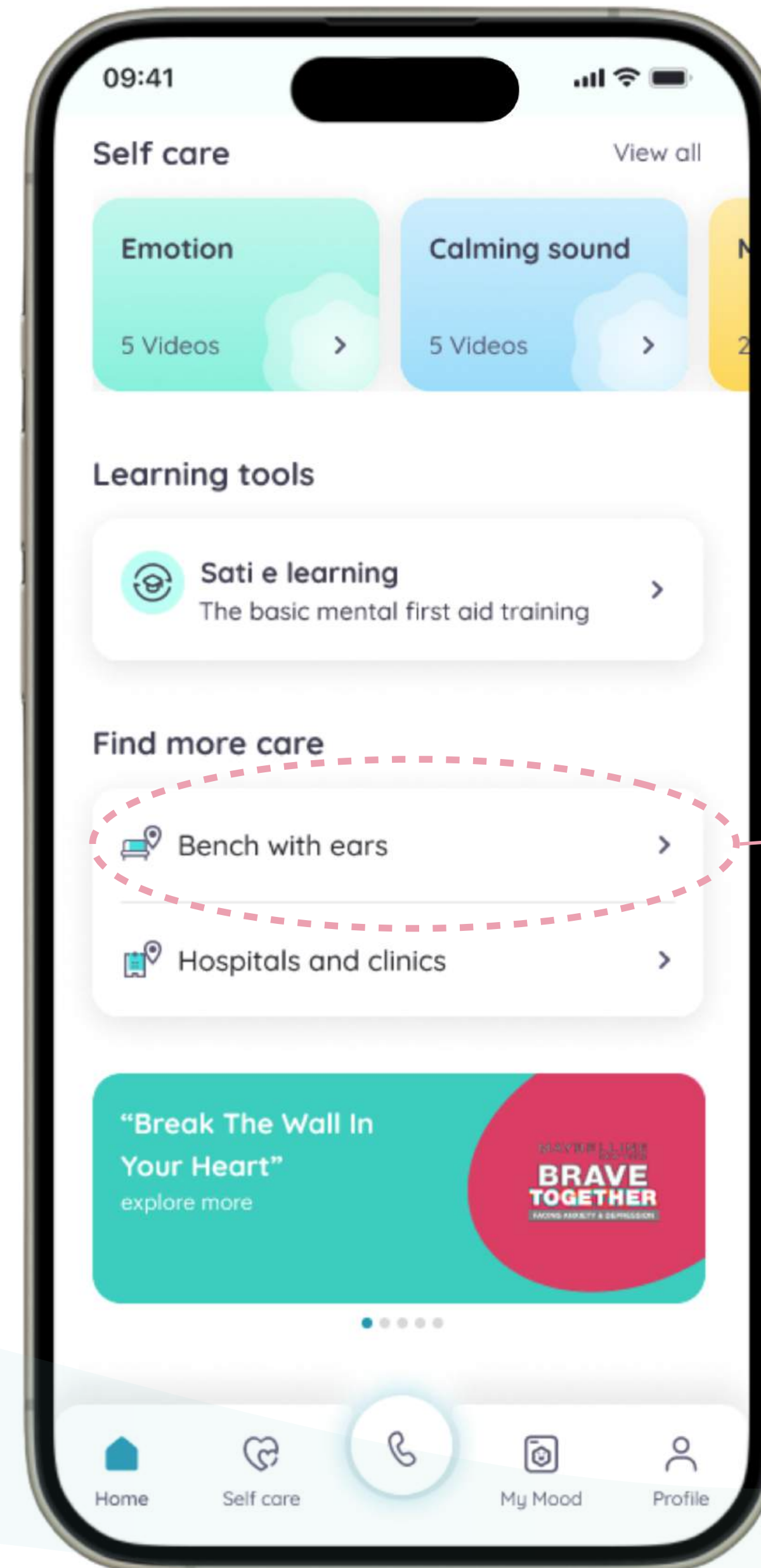
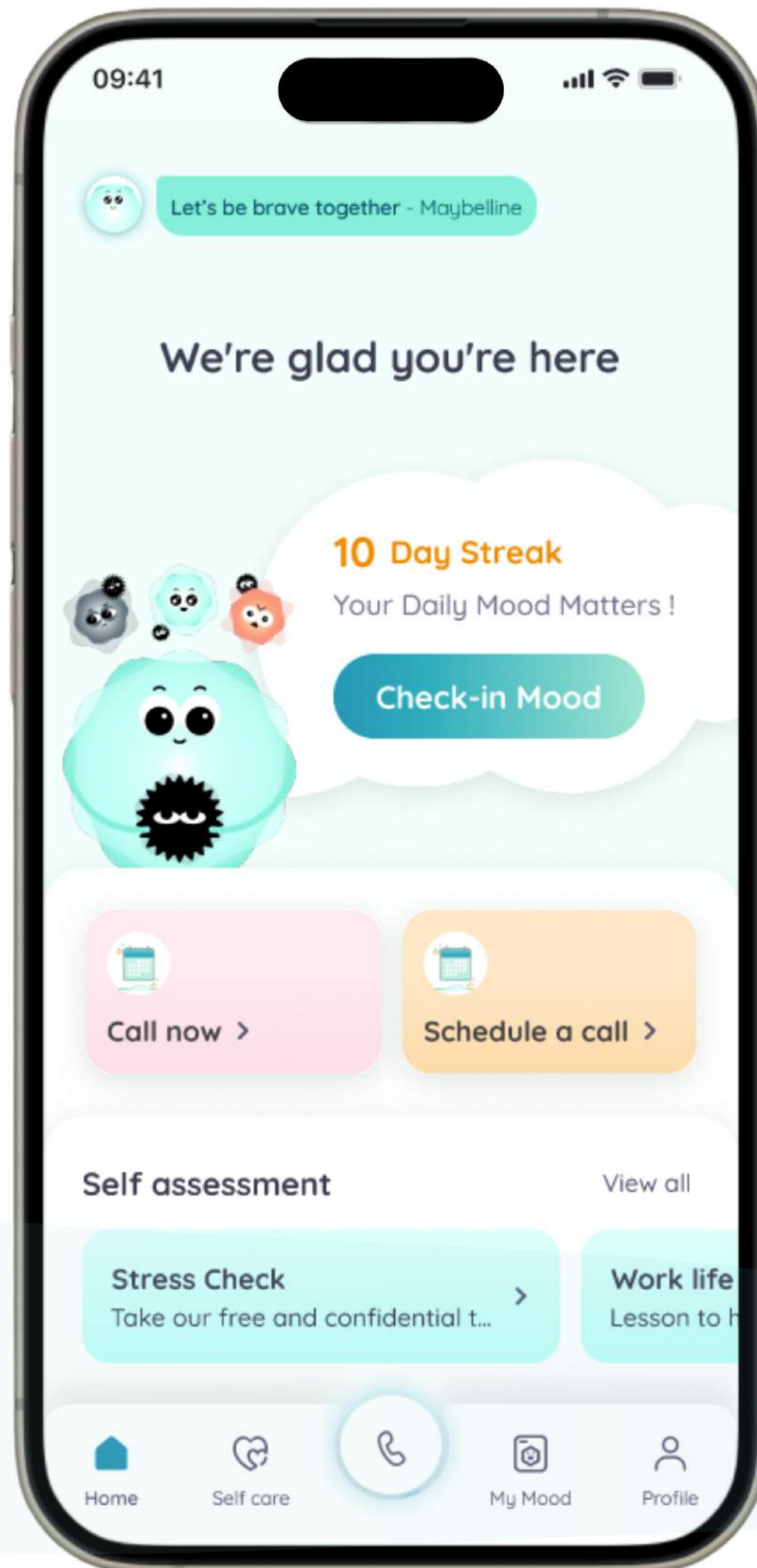
สวนเบญจกิติ



คลินิกชุมชน

ใช้สถานที่ตั้งเบื้องต้นเพื่อสร้างการ
รับรู้และกระแสสังคม รวมถึงเลือก
พื้นที่ที่มีการสัญจรสูงเพื่อดึงดูด
ภาคเอกชนให้มาสนับสนุนโครงการ

ในช่วงเวลานี้ จะมีการประเมินและคัด
เลือกชุมชนรายได้น้อยเพื่อนำร่อง
โครงการร่วมกับอาสาสมัครด้านสุขภาพ



การรวมระบบในอนาคต

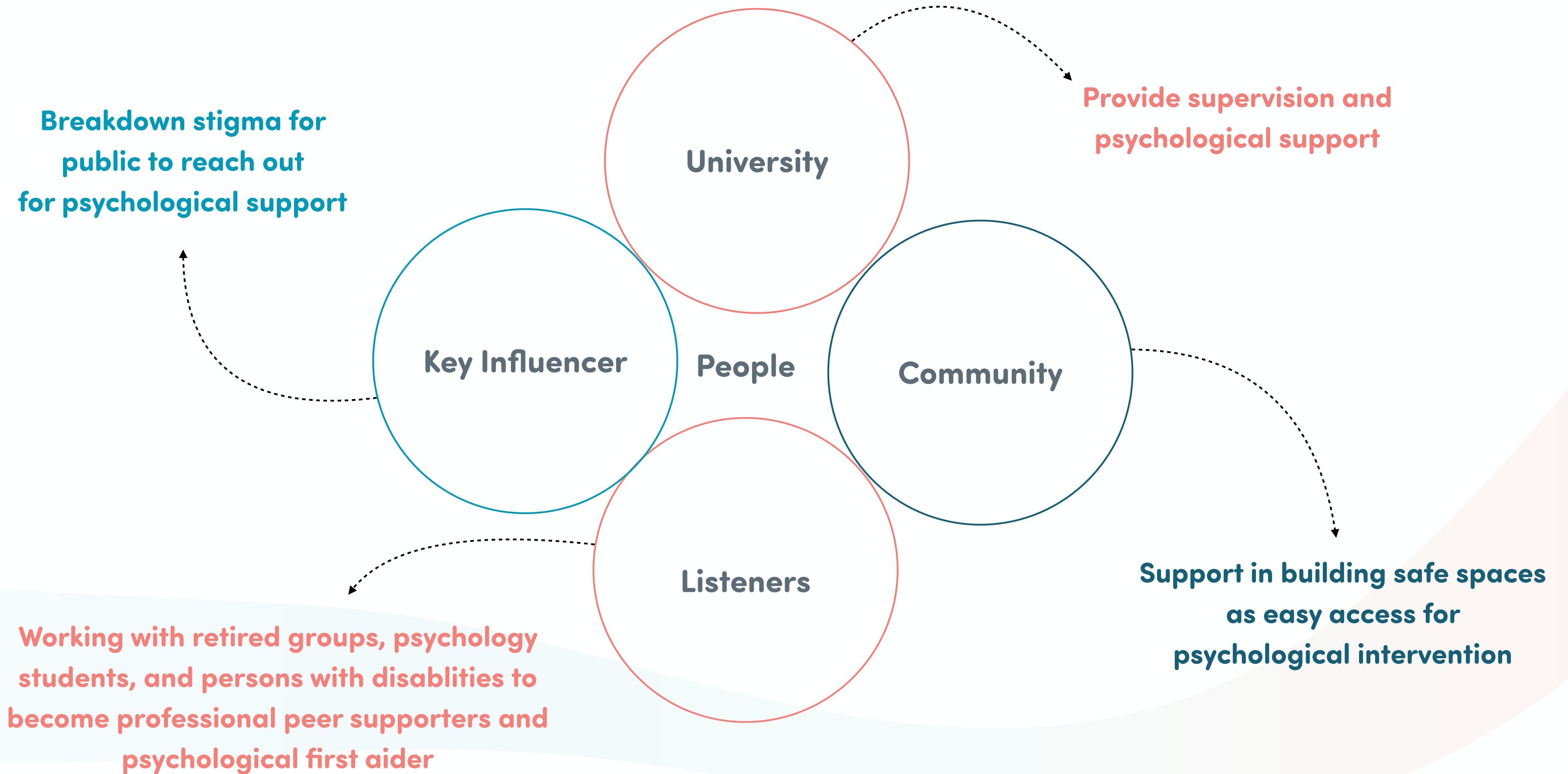
อนาคตสามารถดู

สถานะ

ที่ตั้ง

และทำการจอง

เวลาบนมานั่งได้





sati



ภาคเอกชนสามารถรับอุปการะม้านั่งแต่ละตัว สนับสนุนการพัฒนาและดูแลรักษาที่นั่งที่ติดตั้งแล้ว

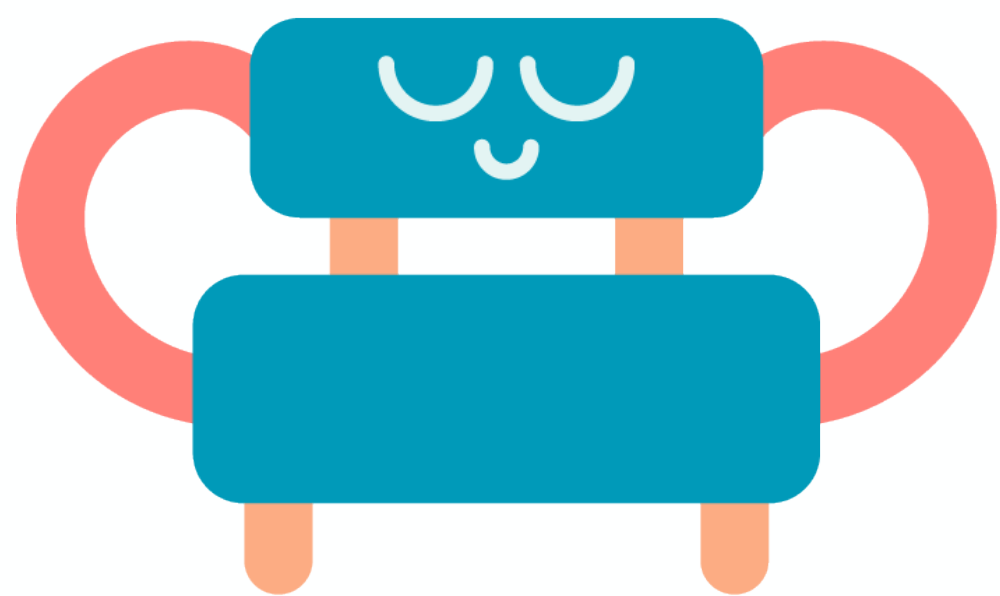


SOFT LAUNCH DAY

ພຖຸຮາກມ



โครงการ

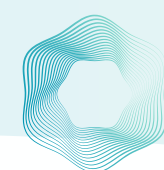


ม้านั่งมีหู

Bench with Ears

พื้นที่แบ่งปันใจ

โครงการโดย



sati

