A FUTURE WHERE MINDS BLOOM

TIMS 2025-2026 REPORT



Thailand Institute for
Mental Health Sustainability

สารบัญ

1
Introduction
บทนำ

สารจาก สสส.
p. 5

สารจากพวกเรา
p. 5

สร้างสังคมที่ดีต่อใจ:
5 หลักคิดเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต
p. 6

2
TIMS Survey 2026: ผลสำรวจดัชนีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย)

เมื่อ “ชุมชนเมือง”
สะท้อนภาพความเหนื่อยล้าทางใจ
p. 17

แรงงานกระจุกกับความทุกข์ทางใจ
p. 21

3
Mind First Aid
การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น

In Conversation with:
เมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ
ผู้จัดการโครงการ Mind First Aid
p. 25

ระบบ e-learning เพื่อทุกคน
p. 28

Mind First Aid Mini Booklet
คู่มือเล่มเล็กของนักรับฟัง
p. 29

พัฒนานักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นในกลุ่มคนพิการ
p. 30

นักรับฟังพลังพิเศษ
p. 32

งานแถลงข่าวและเสวนา
“คืนความรู้ โครงการ Mind First Aid”
p. 33

4
Organizational Mental Health
สุขภาพใจในองค์กร

Thai Mind Awards: รางวัลการคัดเลือกสุดยอดองค์กรสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต
p. 37

In Conversation with:
เกรียงไกร อยู่ยืน
ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
บริษัท บี.กริม เพาเวอร์ จำกัด (มหาชน)
และกลุ่ม บี.กริม
p. 39

Healthier, Longer, Better Lives:
คำมั่นสัญญาที่ AIA มี
ต่อทั้งลูกค้าและพนักงาน
p. 42

Workshop ดูแลใจ...ใครว่าไม่สำคัญ
p. 44

5
Mental Health Communication
การสื่อสารสุขภาพจิต

การสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต
p. 47

คู่มือแนวทางการสื่อสารสุขภาพจิต
ในภาวะวิกฤต
p. 50

MasterPeace ฟิวชันของใจ:
ปรุงจิตวิทยาระดับชาติใหม่ให้คนชิม
p. 52

6
Highlight Activities
กิจกรรมสำคัญ

Heart Line “สายใจ...เคียงคุณ”
p. 57

Better Mind Better Bangkok 2025
p. 58

Mind Month 2026 เดือนแห่งสุขภาพใจ
p. 61

ภาพยนตร์สั้น “When The Bench Hears”
p. 64

TIMS คว้ารางวัลเกียรติยศ
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร
p. 66

TIMS in Media
p. 67

กิจกรรมอื่น ๆ
p. 70

7
Hope in Full Bloom
ความหวังอันแบ่งบาน

ถอดบทเรียนระบบนิเวศสุขภาวะทางจิต
p. 73

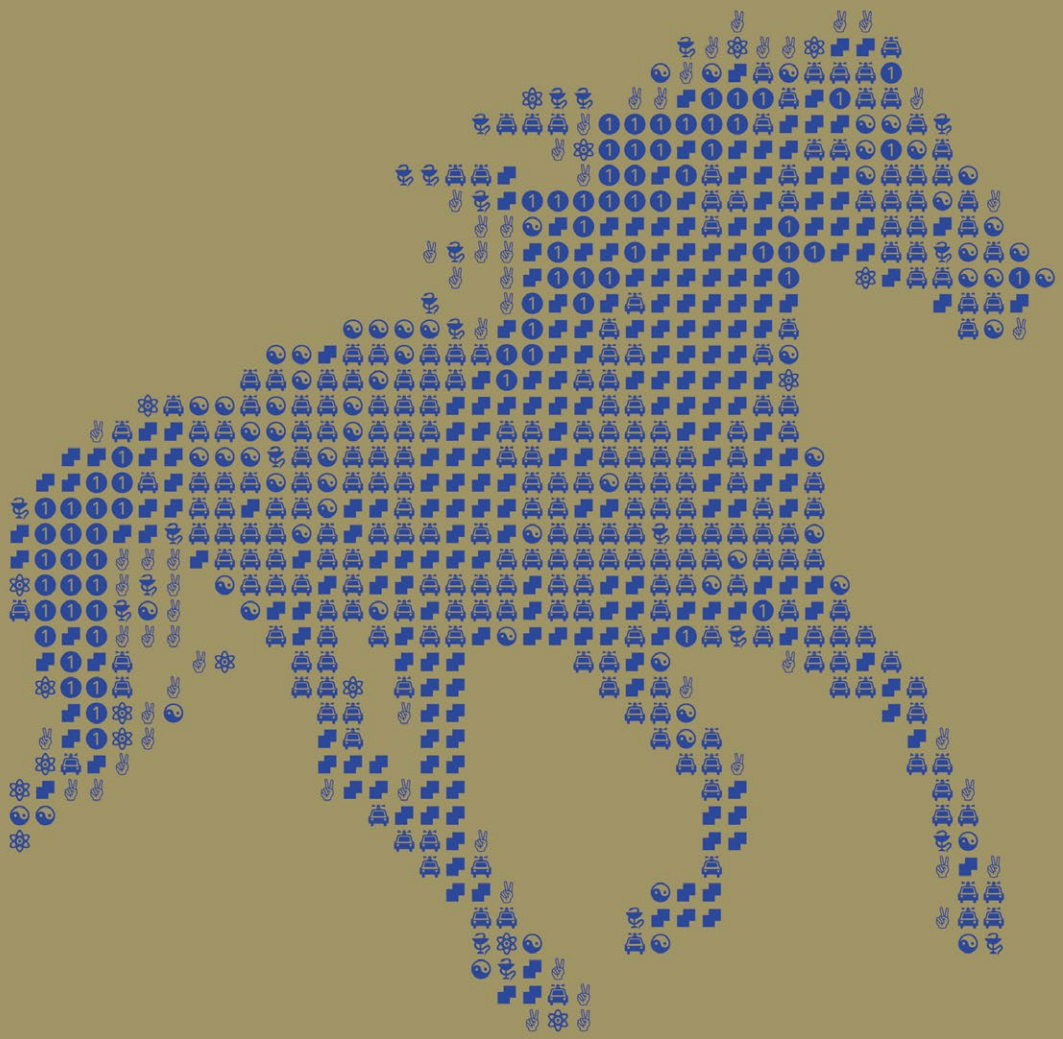
เสียงจากคนเบื้องหลัง TIMS
p. 77

รู้จัก TIMS
p. 81

Our Partners
p. 82

CHAPTER 1

INTRODUCTION



"Don't close the stable door after the horse has bolted"
— English proverb, c.1350

สารจาก สสส.

ในยุคสมัยที่สังคมไทยต้องเผชิญความท้าทายรอบด้าน ทั้งสภาวะเศรษฐกิจ ความขัดแย้ง และภัยพิบัติ ปัญหาสุขภาพจิตได้ทวีความรุนแรงจนกลายเป็นวิกฤตสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็ก เยาวชน คนทำงาน จนถึงผู้สูงอายุ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยึดมั่นในพันธกิจยกระดับสุขภาวะของคนไทยให้สมบูรณ์ทั้งสี่มิติ กาย ใจ สังคม และปัญญา โดยพร้อมทำหน้าที่เป็นผู้นำและกลไกหลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติอย่างเข้มข้น

สสส. นำกรอบแนวคิดกฎบัตรออตตาวามาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างระบบสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง ผ่านสี่ทิศทางสำคัญ คือ การสร้างสรรค์องค์ความรู้ทางวิชาการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ การเสริมพลังในระดับพื้นที่ทั้งในชุมชน โรงเรียน และสถานประกอบการ การผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อคุ้มครองสุขภาวะทางจิตในเชิงโครงสร้าง ตลอดจนการปลูกฝังความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่พร้อมรับมือกับทุกความเปลี่ยนแปลง

ยิ่งไปกว่านั้น การสนับสนุนสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ถือเป็นหัวใจสำคัญในการแปลงงานวิจัยและนวัตกรรมให้กลายเป็นเครื่องมือดูแลจิตใจที่เข้าถึงได้จริง สามารถเยียวยา และยกระดับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที รายงานประจำปีฉบับนี้จึงเป็นเสมือนเข็มทิศยุทธศาสตร์ที่มุ่งหวังให้ผู้นำและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มาร่วมกันสร้างระบบนิเวศทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะ สสส. เชื่อมั่นว่าจิตใจที่เข้มแข็งและมีสุขภาวะทางจิตที่สมบูรณ์คือทุนมนุษย์ที่ทรงพลังที่สุดในการนำพาประเทศไทยให้ก้าวผ่านทุกวิกฤตได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

ดร. นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม
รองผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
และรักษาการผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สารจากพวกเรา

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา “สุขภาพจิต” ได้กลายเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของสังคมไทย ไม่ใช่เพียงเพราะจำนวนผู้เผชิญความเปราะบางทางใจเป็นที่รับรู้มากขึ้นเท่านั้น แต่เพราะสังคมไทยเริ่มเห็นชัดขึ้นว่าสุขภาพจิตเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งกับคุณภาพชีวิตและโครงสร้างทางสังคมที่ผู้คนใช้ชีวิตอยู่ในทุกวัน ด้วยเหตุนี้ สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) จึงก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นกลไกทางวิชาการเชิงยุทธศาสตร์ที่ช่วยขยับงานสุขภาพจิตของประเทศไทยจากการตั้งรับไปสู่การสร้างระบบนิเวศที่เอื้อให้ผู้คน “อยู่ดีทางใจ” ได้อย่างยั่งยืน โดยทำหน้าที่เป็นพื้นที่กลางที่เชื่อมความรู้ นโยบาย นวัตกรรม และพลังของภาคีจากหลายภาคส่วน

วิสัยทัศน์ของ TIMS คือการเป็นสถาบันวิชาการเชิงยุทธศาสตร์ที่ประสานพลังทางสังคม วางอยู่บนบทบาทหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การวิจัยและสร้างองค์ความรู้ข้ามศาสตร์ การผลักดันนโยบายและการสื่อสารสาธารณะ การเชื่อมโยงขบวนและเครือข่าย และการพัฒนานวัตกรรม TIMS วางตำแหน่งตนเองเป็น “คลังสมองเชิงยุทธศาสตร์” (strategic think tank) ที่ไม่ได้จบลงที่การผลิตรายงาน แต่ต้องการทำให้งานวิจัย นโยบาย นวัตกรรม และเครือข่าย กลายเป็นแรงขับเคลื่อนเชิงระบบที่สามารถขยายผลได้จริง

ในระดับผลผลิตและผลลัพธ์ TIMS มุ่งสร้างสิ่งสำคัญ คือ ความรู้ มุมมอง เครื่องมือใหม่ และขีดความสามารถของภาคี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร ภาคประชาสังคมและผู้ประกอบการทางสังคม และองค์กรวิชาชีพและอาสาสมัคร ทั้งนี้เพื่อเสริมความเข้าใจในการขับเคลื่อนระบบนิเวศสุขภาพจิตเชิงระบบ และสร้างกลไกความรับผิดชอบที่ชัดเจนขึ้น

ภาพรวมดังกล่าวทำให้เห็นว่า TIMS ไม่ได้มองสุขภาพจิตเป็นเพียง “ปัญหาที่ต้องแก้” แต่เห็นสุขภาพจิตเป็น “ระบบนิเวศที่ต้องร่วมกันสร้าง” จุดแข็งสำคัญของ TIMS คือการทำงานบนรอยต่อระหว่างความรู้ นโยบาย นวัตกรรม และการเคลื่อนไหวทางสังคม อีกทั้งเติมเต็ม 3 ช่องว่างสำคัญ ได้แก่ ช่องว่างระหว่าง “ความรู้” กับ “การใช้ประโยชน์” เพราะงานวิชาการจำนวนมากยังไม่ถูกแปลงเป็นนโยบาย เครื่องมือ หรือมาตรการที่จับต้องได้ ช่องว่างระหว่าง “การรักษา” กับ “การสร้างเสริม” เพราะระบบสุขภาพจิตยังทำงานหนักที่ปลายน้ำ และช่องว่างระหว่าง “ผู้เชี่ยวชาญ” กับ “สังคม” เพราะสุขภาพจิตไม่ได้อยู่ที่ระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสังคมทั้งหมด

การสร้างความยั่งยืนทางสุขภาพจิตจึงต้องทำมากกว่าการลดอาการ แต่ต้องสร้างเงื่อนไขให้ผู้คนมีชีวิตที่มีความหมาย มีความสัมพันธ์ มีศักดิ์ศรี มีพื้นที่ปลอดภัย และมีทรัพยากรเพียงพอ รายงานฉบับนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงการบันทึกกิจกรรม แต่เป็นการบอกเล่าเส้นทางของการก่อร่างกลไกใหม่ในระบบสุขภาพจิตไทย กลไกที่ไม่เพียงตั้งคำถามว่า “เราจะดูแลคนที่ป่วยทางใจอย่างไร” แต่กล้าถามต่อไปว่า “เราจะร่วมกันสร้างสังคมแบบใด เพื่อให้ผู้คนอยู่ดีทางใจได้อย่างยั่งยืน”

สร้างสังคมที่ดีต่อใจ: 5 หลักคิดเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต

รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ร่วมก่อตั้งและกรรมการบริหารสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)

เมื่อพูดถึง “สุขภาพจิต” สังคมไทยมักนึกถึงโรงพยาบาล จิตแพทย์ ยา การบำบัด หรือบริการรักษาเมื่อคนคนหนึ่งป่วยแล้ว สิ่งเหล่านี้จำเป็นและยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์การทำงานเรื่องสุขภาพจิตในช่วงหลายปีที่ผ่านมาทำให้สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) เห็นว่า หากเรามองสุขภาพจิตในฐานะปัญหาปลายทางของการเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพจิตก็อาจตอบสนองต่อความทุกข์ทางใจของผู้คนได้ไม่ทัน ไม่ทั่วถึง และไม่ยั่งยืน

TIMS จึงชวนขยับคำถามเรื่องสุขภาพจิตให้กว้างขึ้น จากคำถามว่า “เราจะรักษาคนที่ป่วยทางใจอย่างไร” ไปสู่คำถามว่า “เราจะสร้างสังคมที่ดีต่อใจได้อย่างไร” สังคมที่ดีต่อใจในที่นี้ไม่ได้หมายถึงสังคมที่ปราศจากความทุกข์หรือความเปราะบาง แต่หมายถึงสังคมที่ผู้คนมีศักดิ์ศรี มีความหวัง มีความสัมพันธ์ มีพื้นที่ปลอดภัย มีทรัพยากรในการดำรงชีวิต และได้รับการดูแลก่อนที่ความทุกข์จะรุนแรงจนล้มลง

TIMS ตั้งอยู่บนความเชื่อพื้นฐานว่า สุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องของระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ ชุมชน สภาพแวดล้อม นโยบายสาธารณะ และโอกาสในการมีชีวิตที่มีความหมาย งานของ TIMS จึงไม่ได้มุ่งเพิ่มบริการรักษา แต่สนใจระบบ กลไก และเงื่อนไขทางสังคมที่เอื้อให้ผู้คนอยู่ดีทางใจได้มากขึ้น

บทความนี้นำเสนอ 5 หลักคิดสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการทำงานของ TIMS อันได้แก่

(1) การให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางจิต
(2) การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต
(3) การมองสุขภาพจิตผ่านระบบนิเวศและปัจจัยสังคม
(4) การพัฒนาพีระมิดการดูแลสุขภาพจิตที่มีฐานชุมชนเข้มแข็ง และ
(5) การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมเพื่อเชื่อมผู้คนกับความสัมพันธ์ ความหมาย และทรัพยากรสุขภาวะ

หลักคิดเหล่านี้ไม่ได้แยกขาดจากกัน แต่เชื่อมโยงกันในฐานะรากฐานของการสร้างสังคมที่ดีต่อใจ และเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะนำมาซึ่งความยั่งยืนทางสุขภาพจิตในระยะยาว

1. “สุขภาวะทางจิต” มาก่อนสุขภาพจิตในความหมายแคบ

หลักคิดแรกของ TIMS คือ การขยับจากการพูดถึง “สุขภาพจิต” ในฐานะภาวะเจ็บป่วย ไปสู่การพูดถึง “สุขภาวะทางจิต” ในฐานะคุณภาพของการมีชีวิตที่ดี ความสัมพันธ์ที่เกื้อกูล และเงื่อนไขทางสังคมที่เอื้อให้มนุษย์ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

จุดตั้งต้นนี้สอดคล้องกับนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่มองว่าสุขภาพไม่ใช่เพียง “การไม่มีโรค” แต่เป็นภาวะสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เมื่อนำแนวคิดนี้มาปรับใช้ต่อในด้านสุขภาพจิต ทำให้เราไม่จำกัดนิยามของสุขภาพจิตไว้เพียงการไม่มีโรคทางจิต การไม่มีอาการซึมเศร้า หรือการไม่อยู่ในระบบจิตเวช แต่รวมถึงความสามารถในการดำเนินชีวิต การมีความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ ความหวัง ความหมาย ศักดิ์ศรี และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเติบโต TIMS จึงไม่ได้เริ่มจากคำถามว่า “ใครป่วย” เท่านั้น แต่ถามว่า “อะไรทำให้คนอยู่ดีทางใจ” และ “สังคมแบบใดทำให้ผู้คนมีสุขภาวะทางจิตได้จริง”

แนวคิดนี้ช่วยให้เราหลุดจากมุมมองแบบ “พยาธิกำเนิด” (pathogenic view) ซึ่งมักมองสุขภาพจิตผ่านกรอบของความผิดปกติ อาการ ความเสี่ยง หรือการวินิจฉัยเป็นหลัก มุมมองเช่นนี้มีประโยชน์ต่อการรักษา แต่หากใช้เป็นกรอบหลักเพียงอย่างเดียว อาจทำให้มองข้ามชีวิต ความสัมพันธ์ ประสบการณ์ ความหวัง ความเจ็บปวด และเงื่อนไขทางสังคมที่ซับซ้อนของมนุษย์แต่ละคน

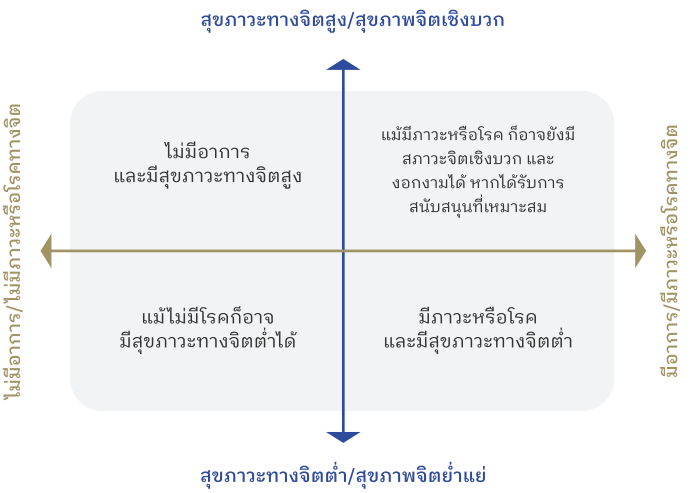
ในทางตรงกันข้าม แนวคิด “สุขภาวะทางจิต” ใกล้เคียงกับมุมมองแบบ salutogenic หรือ “สุขภาวะก่อกำเนิด” ซึ่งไม่ได้สนใจเพียงว่า “อะไรทำให้คนป่วย” แต่ให้ความสำคัญกับ “อะไรทำให้คนยังอยู่ได้ เติบโตได้ และเคลื่อนไปสู่สุขภาวะได้ แม้อยู่ท่ามกลางความเสี่ยงหรือความยากลำบาก” แนวคิดนี้จึงมองที่ sense of coherence หรือความรู้สึกว่าชีวิตพอจะเข้าใจได้ จัดการได้ และมีความหมายได้ อันมาจากการที่คนคนหนึ่งมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ ความเชื่อว่ามีทรัพยากรพอที่จะรับมือ และความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าให้พยายามต่อ

นี่คือจุดเปลี่ยนสำคัญของงานสุขภาพจิต เพราะหากเรามองสุขภาพจิตแบบพยาธิกำเนิด เราอาจเน้นการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา และลดอาการเป็นหลัก แต่เมื่อเรามองสุขภาวะทางจิตแบบ salutogenic เราจะถามต่อได้ว่า ผู้คนมีความสัมพันธ์ที่พึ่งพาได้หรือไม่ มีพื้นที่ปลอดภัยหรือไม่ มีโอกาสใช้ศักยภาพของตนเองหรือไม่ มีเวลาพักหรือไม่ มีงานและรายได้ที่ไม่บั่นทอนศักดิ์ศรีหรือไม่ และมีระบบสาธารณะที่ทำให้เขารู้สึกว่าชีวิตยังมีทางเลือกหรือไม่

กล่าวอีกนัยหนึ่ง “ความเจ็บป่วย/โรค” กับ “สุขภาวะ” ไม่ได้เป็นปลายตรงข้ามของเส้นเดียวกัน แต่แยกออกเป็นสองแกนที่สัมพันธ์กัน (ภาพที่ 1) สุขภาวะทางจิตจึงไม่ใช่เรื่องของ “การไม่มีโรคหรือภาวะผิดปกติ” แต่หมายถึงความรู้สึกเชิงบวกต่อชีวิต ความสามารถในการใช้ชีวิต และการรับมือกับความท้าทายต่าง ๆ ได้

“ ‘ความเจ็บป่วย/โรค’ กับ ‘สุขภาวะ’ จึงไม่ได้เป็นปลายตรงข้ามของเส้นเดียวกัน แต่แยกออกเป็นสองแกนที่สัมพันธ์กัน“

การลดโรคจึงไม่เท่ากับการสร้างสุขภาวะโดยอัตโนมัติ เพราะการรักษาโรคช่วยลดอาการ ความทุกข์ และความเสี่ยง แต่สุขภาวะต้องการปัจจัยเชิงบวกเพิ่มเติม เช่น



ภาพที่ 1 แบบจำลองแกนของความเจ็บป่วย/โรค กับสุขภาวะทางจิต

ความสัมพันธ์ทางสังคม ความหมายในชีวิต ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีส่วนร่วมในชุมชน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตจึงต้องทำทั้งระดับบุคคล ชุมชน และระบบ รวมถึงจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต เช่น ที่อยู่อาศัย การจ้างงาน รายได้ และสวัสดิการ

กรอบนี้สำคัญต่อ TIMS เพราะทำให้เห็นว่างานสุขภาพจิตไม่ควรถูกออกแบบเป็นเพียงการเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล เช่น ให้คนคิดบวก อดทน หรือปรับตัวให้ได้เท่านั้น แต่ควรตั้งคำถามต่อว่า การเห็นคุณค่าในตัวเองจะเกิดขึ้นได้อย่างไร ในระบบการศึกษาที่ทำให้เด็กรู้สึกล้มเหลวซ้ำ ๆ การมีส่วนร่วมทางสังคมจะเกิดขึ้นได้อย่างไรในเมืองที่ไม่มีพื้นที่สาธารณะหรือชุมชนที่คนไม่รู้จักกัน คุณภาพของสภาพแวดล้อมจะมีได้อย่างไรในชุมชนที่แออัด ไม่ปลอดภัย ขาดไร้บริการขั้นพื้นฐาน หรือทักษะในการดูแลตัวเองจะมีความหมายอย่างไรหากผู้คนขาดทรัพยากรในการจัดการชีวิตของตนเอง

การให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางจิตยังท้าทายการตีตรา (stigma) เพราะทำให้เรื่องจิตใจไม่ใช่เรื่องของ “คนป่วย” เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกช่วงวัย และทุกพื้นที่ชีวิต เด็กต้องการสุขภาวะทางจิตเพื่อเติบโต วัยรุ่นต้องการสุขภาวะทางจิตเพื่อค้นหาตัวตน คนทำงานต้องการสุขภาวะทางจิตเพื่อไม่ให้ชีวิตถูกบั่นทอนด้วยความกดดัน ผู้สูงอายุต้องการสุขภาวะทางจิตเพื่อให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และผู้ที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยทางจิตก็ต้องการสุขภาวะทางจิตเพื่อฟื้นคืนชีวิต ความสัมพันธ์ และศักดิ์ศรี ไม่ใช่เพียงเพื่อลดอาการ

ดังนั้น เมื่อ TIMS เลือกเน้นคำว่า “สุขภาวะทางจิต” เราจึงไม่ได้เพียงเลือกถ้อยคำที่ฟังดูเป็นบวกกว่า “สุขภาพจิต” หรือไม่สนใจความเจ็บป่วย แต่กำลังเลือก “กรอบคิดเชิงนโยบาย” ที่ต่างออกไป (สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 16 เรื่องระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง) กรอบคิดนี้ทำให้เรามองสุขภาพจิตเป็นเรื่องของชีวิตที่ดี ความเป็นธรรม ความสัมพันธ์ ชุมชน สภาพแวดล้อม และระบบสนับสนุนทางสังคม ไม่ใช่เพียงเรื่องของอาการ การรักษา หรือบริการจิตเวชเท่านั้น

“เมื่อ TIMS เลือกเน้นคำว่า ‘สุขภาวะทางจิต’ เราจึงไม่ได้เพียงเลือกถ้อยคำที่ฟังดูเป็นบวกกว่า ‘สุขภาพจิต’ หรือไม่สนใจความเจ็บป่วย แต่กำลังเลือก ‘กรอบคิดเชิงนโยบาย’ ที่ต่างออกไป“

คนเราอาจ “ไม่ป่วย” แต่ไม่ได้แปลว่า “มีสุขภาวะดี” และคนที่ “มีโรค” ก็ไม่ได้แปลว่า “หมดโอกาสมีสุขภาวะ” TIMS จึงเชื่อว่านโยบายและบริการสุขภาพจิตไม่ควรหยุดอยู่แค่การรักษาโรค แต่ต้องสร้างเงื่อนไขให้คนสามารถมีชีวิตที่ดี มีความหมาย มีความสัมพันธ์ และมีศักยภาพในการดำรงชีวิตด้วย

2. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ไม่ใช่การรักษาเท่านั้น

ระบบการดูแลสุขภาพจิตที่ดีไม่ควรเริ่มทำงานเมื่อคน “ป่วยแล้ว” เท่านั้น แต่ควรทำงานตั้งแต่ก่อนเกิดปัญหา ระหว่างเริ่มมีสัญญาณความเปราะบาง และหลังจากมีปัญหาแล้ว เพื่อให้คนสามารถฟื้นคืนชีวิต ความสัมพันธ์ ศักดิ์ศรี และบทบาททางสังคมได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าการรักษาเป็นสิ่ง “จำเป็น” แต่ “ไม่เพียงพอ”

หากระบบการดูแลสุขภาพจิตมุ่งแต่การรักษา เราจะรอให้ผู้คนทุกข์หนักพอ ก่อนเข้าสู่ระบบบริการ รับการวินิจฉัย แล้วจึงจะได้รับความช่วยเหลือ วิธีคิดเช่นนี้ทำให้ระบบทำงานอยู่ที่ “ปลายน้ำ” เป็นหลัก และมักเผชิญกับข้อจำกัดเดิมซ้ำ ๆ อาทิ จำนวนผู้ต้องการความช่วยเหลือ ที่มากกว่ากำลังของผู้เชี่ยวชาญ ระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน บริการที่กระจุกตัวในสถานพยาบาล และผู้คนจำนวนหนึ่งที่ปฏิเสธการเข้ารับบริการ เพราะความกลัว การตีตรา ค่าใช้จ่าย เวลา หรือความไม่ไว้วางใจระบบ

แนวคิดการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตจึงชวนให้เปลี่ยนคำถามจาก “จะรักษาคนที่ป่วยแล้วอย่างไร” ไปสู่ “จะลดเงื่อนไขที่ทำให้คนป่วย และเพิ่มเงื่อนไขที่ทำให้คนอยู่ดีทางใจได้อย่างไร” ซึ่งจะช่วยเปลี่ยนจากระบบที่รอรับความทุกข์ไปสู่ระบบที่พยายามลดความทุกข์และสร้างสุขภาวะตั้งแต่ต้นทาง

กฎบัตรออตตาวา เสนอว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มอำนาจให้ผู้คนและชุมชนสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตจึงมิใช่เพียงแค่การบอกให้ปัจเจก “คิดบวก อดทน หรือปรับตัว” แต่คือการสร้างเงื่อนไขให้ผู้คนมีทรัพยากรทางใจและทางสังคมมากเพียงพอสำหรับการมีชีวิตที่ดี

ในเชิงแนวคิด “การป้องกัน” และ “การส่งเสริม” มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน การป้องกันความผิดปกติทางจิตมุ่งลดโอกาสเกิดปัญหา ลดปัจจัยเสี่ยง ลดความรุนแรง ลดระยะเวลา ลดความพิการ และลดการกลับเป็นซ้ำ ส่วนการส่งเสริมสุขภาพจิตมุ่งเพิ่มสุขภาวะเชิงบวก เช่น ความสามารถในการรับมือ ความรู้สึกมีคุณค่า ความสัมพันธ์ทางสังคม การมีส่วนร่วม ความหวัง ความหมาย และคุณภาพชีวิต

นักวิชาการด้านสุขภาพจิตได้ขยายความเรื่องนี้ไว้อย่างน่าสนใจ ผ่านสมการที่มองว่าการป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับการลดปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น แต่ต้องเพิ่มปัจจัยปกป้องด้วย ในสมการนี้ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ ความเครียด การถูกเอารัดเอาเปรียบ และปัจจัยอินทรีย์หรือชีวภาพ ขณะที่ปัจจัยที่ช่วยปกป้องและส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสร้างคุณค่าในตนเอง ทักษะการรับมือ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (ภาพที่ 2)

$$\text{การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต} = \frac{\text{คุณค่าในตัวเอง} + \text{ทักษะการรับมือ} + \text{การสนับสนุนทางสังคม} + \text{สิ่งแวดล้อม}}{\text{ความเครียด} + \text{การถูกเอารัดเอาเปรียบ} + \text{ปัจจัยชีวภาพ}}$$

ภาพที่ 2 สมการการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต

นัยของสมการนี้ชี้ว่า การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตไม่ใช่การบอกให้คนเข้มแข็งขึ้นฝ่ายเดียว แต่ต้องลดแรงกดทับทางสังคมไปพร้อมกัน หากสังคมยังผลิตความเครียด ความไม่มั่นคง ความรุนแรง การแข่งขันเกินพอดี การถูกเลือกปฏิบัติ และความโดดเดี่ยว แล้วค่อยให้ระบบรักษามาแก้ปัญหาทีหลัง ระบบการดูแลสุขภาพจิตก็จะไม่มีวันทำงานทัน แต่หากเราลดความเครียดในชีวิตประจำวัน ลดการเอารัดเอาเปรียบ เพิ่มพื้นที่ปลอดภัย เพิ่มความสัมพันธ์ เพิ่มทักษะชีวิต และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เราจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นก่อนที่จะต้องเข้าสู่ระบบรักษา

“การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตไม่ใช่การบอกให้คนเข้มแข็งขึ้นอยู่ฝ่ายเดียว แต่ต้องลดแรงกดทับทางสังคมไปพร้อมกัน

หากสังคมยังผลิตความเครียด ความไม่มั่นคง ความรุนแรง การแข่งขันเกินพอดี การถูกเลือกปฏิบัติ และความโดดเดี่ยว แล้วค่อยมาแก้ปัญหาทีหลัง ระบบการดูแลสุขภาพจิตก็จะไม่มีวันทำงานได้ทัน“

สำหรับ TIMS การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตต้องทำงานในหลายพื้นที่พร้อมกันตาม “settings approach” ซึ่งชี้ว่า สุขภาพถูกสร้างขึ้นในพื้นที่ชีวิตจริงของผู้คน ไม่ว่าจะเป็นบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน ชุมชน หรือเมือง ไม่ใช่เฉพาะในสถานพยาบาล ดังนั้น การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นผลจากการออกแบบสภาพแวดล้อม สถาบัน และนโยบายให้เอื้อต่อสุขภาวะ เช่น ที่ทำงานที่ไม่สร้างความเครียดเรื้อรังและส่งเสริมพื้นที่ปลอดภัย โรงเรียนที่ลดความกดดันและเพิ่มความปลอดภัยทางใจ ชุมชนที่มีพื้นที่รับฟังแบบไม่ตัดสินและช่วยเหลือกัน เมืองที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต ตลอดจนนโยบายสาธารณะที่ลดความเหลื่อมล้ำและความไม่มั่นคงในชีวิต

ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ไม่ได้หมายความว่าการรักษาไม่สำคัญ ทว่าต้องไม่ปล่อยให้การรักษาเป็นคำตอบเดียวและแบกรับภาระทั้งหมดของระบบการดูแลสุขภาพจิตเพียงลำพัง หากต้องทำงานร่วมกับการส่งเสริมและป้องกัน เพื่อทำให้เรามีโอกาสดูแลผู้คนก่อนที่ความทุกข์จะรุนแรงจนยากต่อการเยียวยา

3. สุขภาพจิตถูกกำหนดโดยระบบนิเวศและปัจจัยสังคม

สุขภาพจิตไม่ได้เกิดขึ้นใน “ตัวบุคคล” อย่างโดดเดี่ยว แต่เป็นผลจากระบบนิเวศของชีวิต ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ ครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน ชุมชน เมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม กฎหมาย นโยบายสาธารณะ ไปจนถึงโครงสร้างอำนาจและความเหลื่อมล้ำในสังคม

ด้วยเหตุนี้ความทุกข์ทางใจจึงไม่ควรถูกอธิบายว่าเป็นเพียงปัญหาของ “คนที่รับมือไม่ไหว” หรือ “คนที่คิดลบ” เท่านั้น ในหลายกรณีสิ่งที่ผู้คนเผชิญ คือชีวิตที่ถูกกดทับด้วยเงื่อนไขทางสังคม เช่น หนี้สิน ความยากจน งานที่ไม่มั่นคง ความรุนแรงในครอบครัว การถูกเลือกปฏิบัติ ความโดดเดี่ยว การไม่มีพื้นที่ปลอดภัย การไม่มีบ้านที่มั่นคง ระบบการศึกษาที่แข่งขันสูง หรือเมืองที่ทำให้การใช้ชีวิตยากขึ้น

แนวคิด “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต” (social determinants of mental health) ช่วยให้เห็นว่าสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตจำนวนมากถูกหล่อหลอมโดยสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และกายภาพที่ผู้คนเกิด เติบโต เรียน ทำงาน สร้างครอบครัว แก่ตัว และใช้ชีวิตอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียง “บริบท” รอบนอกของปัญหาสุขภาพจิต แต่เป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดว่าใครมีโอกาสมีสุขภาวะทางจิต ใครเผชิญความเสี่ยงมากกว่า และใครเข้าถึงการช่วยเหลือได้ยากกว่า

ในทางทฤษฎี แนวคิดนี้สัมพันธ์กับสิ่งที่นักวิชาการด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพเรียกว่า “สาเหตุของสาเหตุ” (causes of the causes) กล่าวคือ หากเรามองเพียงอาการซึมเศร้า ความเครียด หรือความวิตกกังวล เราอาจเห็นปัญหาในระดับปลายทาง แต่หากถามต่อว่าอะไรทำให้คนเครียดเรื้อรัง ขาดอำนาจต่อรอง ไม่มั่นคงในชีวิต หรือถูกกีดกันจากโอกาส เราจะเริ่มเห็นสาเหตุเชิงโครงสร้างที่อยู่ลึกกว่า

“สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตจำนวนมาก ถูกหล่อหลอมโดยสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และกายภาพที่ผู้คนใช้ชีวิตอยู่”

การจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตจึงเป็นหนึ่งในทิศทางสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต เพราะปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต (life course approach) กล่าวคือ ประสบการณ์ทางสังคมไม่ได้กระทบเฉพาะสุขภาพจิตในปัจจุบัน แต่สะสมและส่งผลข้ามช่วงวัย ความเครียดของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ความยากจนในวัยเด็ก ความรุนแรงในครอบครัว การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน การหลุดจากระบบการศึกษา การไม่มีงานที่มั่นคงในวัยผู้ใหญ่ และความโดดเดี่ยวในวัยสูงอายุ ล้วนสะสมเป็นความเปราะบางทางสุขภาพจิตได้ ขณะเดียวกัน การลงทุนในช่วงต้นชีวิต เช่น การสนับสนุนครอบครัว การพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนที่ปลอดภัย และการลดความยากจน ก็เป็นการลงทุนด้านสุขภาพจิตระยะยาวที่สำคัญมาก



ภาพที่ 3 ระบบนิเวศสังคมของสุขภาพจิต

ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าปัจจัยสังคมเป็นสาเหตุเดียวเพราะปัญหาสุขภาพจิตยังเกี่ยวข้องกับชีววิทยา พันธุกรรม ประสบการณ์ชีวิต และปัจจัยเฉพาะบุคคล แต่ปัจจัยสังคมเป็นส่วนที่สามารถแก้ไขได้ด้วยสังคมและนโยบาย ดังนั้นจึงควรได้รับความสำคัญมากกว่าที่เป็นอยู่

ตัวแบบระบบนิเวศสังคม (socio-ecological model) ช่วยอธิบายความซับซ้อนนี้ได้ชัดขึ้น เพราะมองว่าสุขภาพจิตได้รับอิทธิพลจากการปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ในหลายระดับทับซ้อนกัน ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ ระดับองค์กร ระดับชุมชน ระดับนโยบาย และระดับสังคม (ภาพที่ 3)

ตัวอย่างเช่น เด็กคนหนึ่งอาจมีทักษะการรับมือที่ดีในระดับบุคคล แต่หากอยู่ในครอบครัวที่มีความรุนแรง โรงเรียนที่ตีตรา ชุมชนที่ไม่ปลอดภัย และนโยบายสวัสดิการที่ไม่ช่วยพยุงครอบครัว ความเสี่ยงทางสุขภาพจิตก็จะสะสมมากขึ้น ในทางกลับกัน เด็กที่เผชิญความเปราะบางอาจยังเติบโตได้ดีหากมีผู้ใหญ่ที่ไว้วางใจได้ โรงเรียนที่ปลอดภัย ชุมชนที่เกื้อกูล และระบบสาธารณะที่ช่วยลดภาระของครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เด็กคนหนึ่งไม่ได้มีสุขภาวะทางจิตจากทักษะส่วนตัวเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ในครอบครัว บรรยากาศในโรงเรียน ความปลอดภัยในชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ นโยบายสวัสดิการ และวัฒนธรรมที่ลดหรือเพิ่มการตีตรา ตัวแบบนี้จึงทำให้เราเลิกอธิบายสุขภาพจิตแบบ “โทษปัจเจก” และเปลี่ยนไปสู่การตั้งคำถามเชิงระบบว่า “สังคมที่เราอยู่ กำลังออกแบบเงื่อนไขชีวิตแบบใดให้ผู้คนต้องเผชิญ”



สุขภาวะทางจิตของเด็กไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะส่วนตัวเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ในครอบครัว ความปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชนที่เขาเติบโต

สำหรับ TIMS หลักคิดนี้มีนัยสำคัญอย่างน้อย 4 ประการ

1) สุขภาพจิตต้องเป็นเรื่องของทุกนโยบาย (mental health in all policies) ไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพัง นโยบายแรงงาน นโยบายการศึกษา นโยบายเมือง นโยบายที่อยู่อาศัย นโยบายดิจิทัล นโยบายสวัสดิการ นโยบายสิ่งแวดล้อม และนโยบายความปลอดภัย ล้วนมีผลต่อสุขภาวะทางจิตของประชาชนทั้งสิ้น หากนโยบายเหล่านี้ไม่คำนึงถึงสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพจิตจะต้องรับภาระจากผลกระทบที่นโยบายอื่นสร้างขึ้นอยู่เสมอ

2) งานสุขภาพจิตต้องทำงานหลายระดับพร้อมกัน ระดับบุคคลต้องสร้างทักษะชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และความสามารถในการขอความช่วยเหลือ ระดับความสัมพันธ์ต้องสร้างครอบครัว โรงเรียน และที่ทำงานที่ปลอดภัย ระดับชุมชนต้องสร้างพื้นที่พบปะ เครือข่ายนักปฐมพยาบาลใจและนักรับฟัง และบริการที่เข้าถึงง่าย ระดับนโยบายต้องสร้างระบบสนับสนุนทางจิตสังคม ลดความยากจน ความเหลื่อมล้ำ ความรุนแรง และการเลือกปฏิบัติ ส่วนระดับสังคมต้องลดการตีตราและสร้างวัฒนธรรมที่ยอมรับความเปราะบางของมนุษย์

3) การประเมินผลนโยบายสาธารณะควรรวมผลกระทบต่อสุขภาพจิตไว้เป็นตัวชี้วัดสำคัญ นโยบายหนึ่งอาจดูเหมือนประสบความสำเร็จในเชิงเศรษฐกิจหรือประสิทธิภาพ แต่หากทำให้ผู้คนเครียดขึ้น โดดเดี่ยวขึ้น หมดไฟมากขึ้น หรือรู้สึกไร้อำนาจมากขึ้น นโยบายนั้นอาจกำลังสร้างต้นทุนสุขภาพจิตที่สังคมต้องจ่ายในระยะยาว

4) งานสุขภาพจิตต้องยึดความเป็นธรรมเป็นแกนกลาง เพราะความเสี่ยงทางสุขภาพจิตไม่ได้กระจายอย่างเท่าเทียมในสังคม นโยบายสุขภาพจิตที่ดีต้องไม่เพียงมอง “ประชากรทั่วไป” แบบเหมารวม แต่ต้องเข้าใจความแตกต่าง ความเหลื่อมล้ำ และประสบการณ์เฉพาะของกลุ่มต่าง ๆ คนที่อยู่ในตำแหน่งทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เสียเปรียบกว่า มักเผชิญปัจจัยเสี่ยงมากกว่าและมีทรัพยากรปกป้องน้อยกว่า ความเหลื่อมล้ำจึงไม่ใช่เพียงปัญหาความเป็นธรรมทั่วไป แต่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตโดยตรง คนจนไม่ได้เสี่ยงกว่าเพราะอ่อนแอกว่า แต่เพราะต้องเผชิญความไม่มั่นคงมากกว่า มีทางเลือกน้อยกว่า ถูกกดดันมากกว่า และมักเข้าถึงการช่วยเหลือได้ช้ากว่า

ด้วยหลักคิดนี้ สังคมไทยควรเปลี่ยนจากการมองสุขภาพจิตเป็นเรื่องของคนที่ต้องปรับตัวอย่างเดียว ไปสู่การมองสุขภาพจิตเป็นเรื่องของสังคมที่ต้องปรับโครงสร้างด้วย เพราะสุขภาพจิตไม่ใช่เพียงสิ่งที่อยู่ในใจคน แต่เป็นผลลัพธ์ของสังคมที่คนคนนั้นต้องใช้ชีวิตอยู่



4. พีระมิดการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม และความสำคัญของการดูแลด้วยชุมชน แบบไม่เป็นทางการ

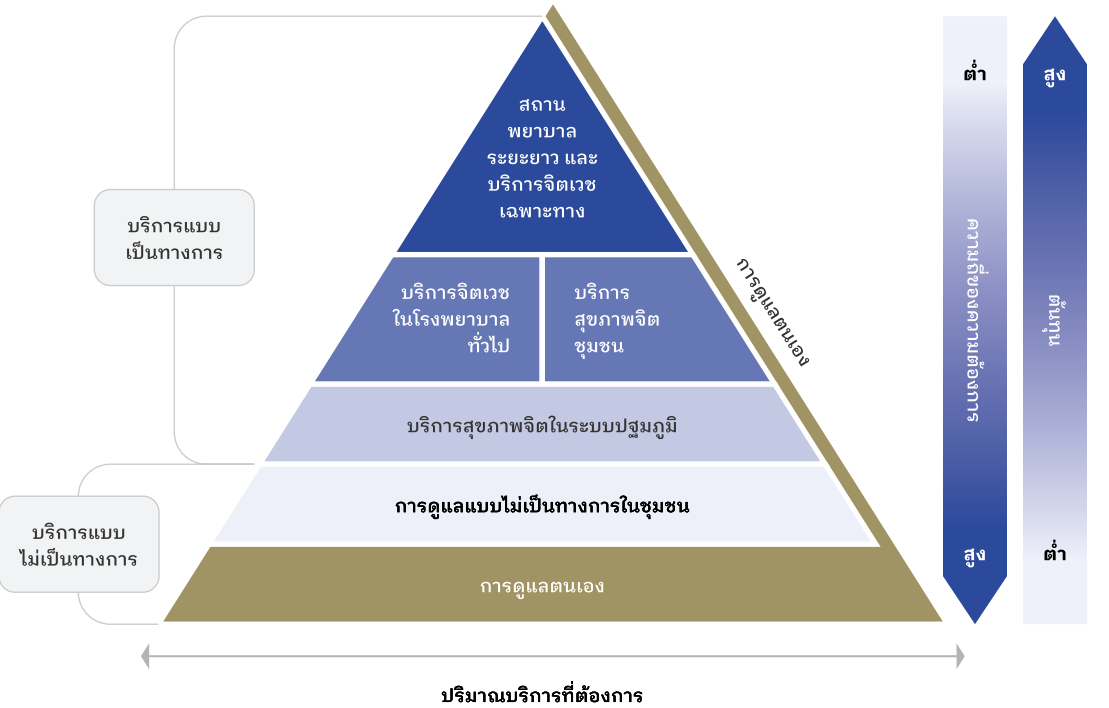
ระบบการดูแลสุขภาพจิตที่ดีไม่ควรเป็นระบบที่เอื้อให้คนเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลได้สะดวกขึ้นเท่านั้น แต่ควรเป็นระบบที่มี “การดูแล” กระจายอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้คน ตั้งแต่การดูแลตนเอง ครอบครัว เพื่อน ชุมชน บริการปฐมภูมิ บริการสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ไปจนถึงบริการเฉพาะทางเมื่อจำเป็น

แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนตัวแบบ “พีระมิดการจัดบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม” (Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเสนอว่า ระบบสุขภาพจิตที่สมดุลไม่ควรพึ่งพาบริการเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง แต่ควรมีส่วนผสมของบริการหลายระดับที่เชื่อมต่อกัน ตั้งแต่ฐานกว้างของการดูแลตนเองและการดูแลแบบไม่เป็นทางการในชุมชน ไปจนถึงบริการเฉพาะทางระดับสูงในกรณีจำเป็น (ภาพที่ 4)

พีระมิดนี้มีนัยสำคัญเชิงนโยบายอย่างมาก เพราะชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง “ความถี่ของความต้องการ” กับ “ต้นทุนของบริการ” กล่าวคือ ฐานของพีระมิด เช่น การดูแลตนเอง การดูแลโดยครอบครัว เพื่อน ชุมชน หรือกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เป็นระดับที่มีความต้องการสูง เข้าถึงคนจำนวนมาก และมีต้นทุนต่ำกว่า ส่วนยอดของพีระมิด เช่น โรงพยาบาลจิตเวชระยะยาวและบริการเฉพาะทางระดับสูง มีต้นทุนสูงกว่า และควรสงวนไว้สำหรับกรณีที่มีความต้องการซับซ้อนจริง ๆ

การกล่าวเช่นนี้ไม่ได้ลดความสำคัญของโรงพยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญ บริการเฉพาะทางนั้นจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกรณีวิกฤต อาการรุนแรง หรือความต้องการการรักษาที่ซับซ้อน แต่หากระบบการดูแลสุขภาพจิตพึ่งพาแต่ยอดพีระมิดมากจนเกินไป ระบบจะเต็มไปด้วยคอขวด ต้นทุนสูง เข้าถึงยาก และอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการส่วนใหญ่ของประชากร ระบบที่ดีจึงต้องทำให้ฐานของพีระมิดแข็งแรงด้วย เพื่อให้ผู้คนได้รับการดูแลเร็วขึ้น ใกล้ขึ้น เป็นมิตรมากขึ้น และไม่ต้องรอให้ปัญหาหนักก่อนจึงจะได้เข้าสู่บริการ

ตามหลักคิดนี้ “การดูแลตนเอง” (self-care) ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของปัจเจกหรือภาระของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ต้องช่วยเหลือตัวเองตามลำพังเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการสร้างความร่วมมือ ระหว่าง



ภาพที่ 4 พีระมิดการจัดบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม

ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ เพื่อให้คนมีบทบาทอย่างกระตือรือร้นในชีวิตและการดูแลของตนเอง เช่น การเข้าใจความเครียดของตนเอง การรู้จักขอความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการรักษา การดูแลสุขภาพกาย การควบคุมการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ และการใช้ทักษะรับมือในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองจึงเป็นเรื่องของอำนาจ ความรู้ และการสนับสนุนด้วย

ระดับที่ TIMS ให้ความสำคัญเป็นพิเศษคือฐานของพีระมิดส่วน “การดูแลแบบไม่เป็นทางการในชุมชน” (informal community care) ซึ่งหมายถึง การดูแลและการสนับสนุนที่เกิดขึ้นในชุมชน แต่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ระบบวิชาชีพ หรือสวัสดิการแบบทางการของรัฐโดยตรง ตัวอย่างเช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน กลุ่มช่วยเหลือกันเอง อาสาสมัคร องค์กรชุมชน องค์กรศาสนา โรงเรียน ครูผู้นำชุมชน กลุ่มผู้มีประสบการณ์ตรง กลุ่มครอบครัวผู้ดูแล องค์กรพัฒนาเอกชน และกลไกภาคประชาสังคม

การดูแลแบบไม่เป็นทางการไม่ได้ทดแทนบริการวิชาชีพ แต่ทำหน้าที่เป็น “พื้นที่ทางสังคม” ที่ทำให้คนรู้สึกว่าเขาไม่ต้องเผชิญความทุกข์เพียงลำพัง มีความใกล้ชิด ยืดหยุ่น และเข้าถึงได้ง่ายกว่าระบบบริการทางการในหลายสถานการณ์ สำหรับบางคน การมีคนรับฟัง การมีพื้นที่ปลอดภัย การมีกลุ่มที่เข้าใจ หรือการมีบทบาทในชุมชน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยประคองชีวิตก่อนที่ปัญหาจะรุนแรงขึ้น

“การดูแลแบบไม่เป็นทางการไม่ได้ทดแทนบริการวิชาชีพ แต่ทำหน้าที่เป็น “พื้นที่ทางสังคม” ที่ทำให้คนรู้สึกว่าเขาไม่ต้องเผชิญความทุกข์เพียงลำพัง มีความใกล้ชิด ยืดหยุ่น และเข้าถึงได้ง่ายกว่าระบบบริการทางการในหลายสถานการณ์“

นอกจากนี้ การดูแลแบบไม่เป็นทางการยังมีคุณค่าที่ระบบบริการวิชาชีพจำนวนมากให้ไม่ได้เสมอไป นั่นคือ ความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความต่อเนื่อง ความเข้าใจบริบทชีวิต และการลดความรู้สึกโดดเดี่ยว คนจำนวนมากไม่ได้เริ่มต้นด้วยการไปพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา แต่เริ่มจากการเล่าให้เพื่อนฟัง ปรึกษาครู คุยกับคนในครอบครัว ไปหาผู้นำชุมชน เข้ากลุ่มกิจกรรม หรือได้รับการสังเกตจากคนรอบตัว การดูแลแบบไม่เป็นทางการจึงนับเป็น “ด่านหน้าทางสังคม” ของระบบการดูแลสุขภาพจิต

โดยมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ การรับฟังแบบไม่ตัดสินและอยู่เป็นเพื่อน การให้กำลังใจ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การเชื่อมคนกลับเข้าสู่ชุมชน การเฝ้าระวังสัญญาณความเปราะบาง การสนับสนุนสิทธิและลดการตีตรา การช่วยประสานบริการ การพาเข้าถึงความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และการสนับสนุนการฟื้นคืนชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาล บทบาทเหล่านี้แม้ดูเรียบง่าย แต่แท้จริงแล้วกลับมีความสำคัญมาก เพราะความสัมพันธ์เล็ก ๆ ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในชีวิตประจำวัน คือปัจจัยสำคัญที่ช่วยประคองสุขภาพจิต

ประเด็นนี้สัมพันธ์กับแนวคิดการลดการพึ่งพาสถาบันจิตเวชระยะยาว (deinstitutionalization) ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ โดยเปลี่ยนจากระบบที่มีโรงพยาบาลจิตเวชเป็นศูนย์กลาง (แยกคนออกจากสังคม) ไปสู่ระบบที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง (สนับสนุนให้ผู้คนได้รับการดูแลใกล้บ้าน มีสิทธิ มีศักดิ์ศรี และมีส่วนร่วมทางสังคม)

ในทางปฏิบัติ การพัฒนาระบบฐานชุมชนต้องทำอย่างระมัดระวัง ต้องมีการวางแผน ความรู้ เงินสนับสนุน ภาวะผู้นำ การประสานงานระหว่างภาคส่วน ระบบส่งต่อ การพัฒนากำลังคน บริการชุมชนที่เพียงพอ และการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์ตรง การส่งเสริมบทบาทชุมชนไม่ควรกลายเป็นการผลักภาระจากรัฐไปให้ครอบครัวหรืออาสาสมัครโดยไม่มีทรัพยากรสนับสนุนไม่เช่นนั้นแล้ว การลดการพึ่งพาเชิงสถาบันอาจกลายเป็นการปล่อยให้คนและครอบครัวเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยวจนกลายเป็นการสร้างภาระใหม่ให้ชุมชน หรือแย่ไปกว่านั้นคือถูกใช้เป็นข้ออ้างเพื่อลดความรับผิดชอบของรัฐหรือแทนที่บริการวิชาชีพ

สำหรับ TIMS พีระมิดการดูแลสุขภาพจิตจึงไม่ใช่เพียงแบบจำลองการจัดบริการ แต่เป็นกรอบคิดเชิงระบบที่ชี้ว่าสุขภาพจิตไม่ควรถูกผูกไว้กับโรงพยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญเพียงไม่กี่กลุ่ม แต่ควรถูกสร้างเป็นระบบดูแลหลายชั้นที่เริ่มจากชีวิตประจำวันของผู้คน การดูแลแบบไม่เป็นทางการในชุมชนจึงไม่ใช่ส่วนเสริมเล็ก ๆ ของระบบสุขภาพจิต แต่เป็นฐานสำคัญที่ทำให้ระบบทั้งหมดเข้าถึงได้ง่ายขึ้น อบอุ่นขึ้น ลดการตีตรา และช่วยให้ผู้คนได้รับการประคองก่อนที่ปัญหาจะรุนแรง

“ม้านั่งมีหู” ตัวอย่างของการดูแลแบบไม่เป็นทางการในชุมชน พื้นที่รับฟังที่ไม่ต้องอาศัยระบบบริการวิชาชีพ
ภาพจากสารคดี When the Bench Hears (2568)
โดย สุธรรม จีระศิลป์



5. การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมเพื่อเชื่อมคนกับความสัมพันธ์ ความหมาย และทรัพยากรสุขภาวะ

สุขภาวะทางจิตไม่ได้เกิดจากการรักษาในระบบบริการเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่ผู้คนถูกเชื่อมกลับไปสู่ความสัมพันธ์ ความหมาย ชุมชน และทรัพยากรสุขภาวะที่ช่วยประคองจิตใจในชีวิตประจำวัน โดย “การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคม” (social prescribing) คือกลไกที่ทำให้การเชื่อมนี้เกิดขึ้นได้จริง

คำว่า “การสั่งจ่าย” อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการที่แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญสั่งให้คนไปทำกิจกรรมบางอย่างเหมือนสั่งยา แต่ในทางปฏิบัติ การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมเป็นกระบวนการรับฟัง ทำความเข้าใจชีวิตของคนคนหนึ่ง และช่วยเชื่อมเขาเข้ากับกิจกรรม กลุ่ม บริการ หรือทรัพยากรในชุมชนที่ตอบโจทย์ชีวิตของคนคนนั้น หลักสำคัญจึงไม่ใช่คำถามว่า “คุณเป็นโรคอะไร” เท่านั้น แต่คือ “อะไรสำคัญกับชีวิตของคุณ” “คุณกำลังขาดการสนับสนุนแบบใด” และ “ชุมชนมีทรัพยากรอะไรที่จะช่วยให้คุณกลับไปมีชีวิตที่มีความหมายได้”

“ในทางปฏิบัติ การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมเป็นกระบวนการรับฟัง ทำความเข้าใจชีวิตของคนคนหนึ่ง และช่วยเชื่อมเขาเข้ากับกิจกรรม กลุ่ม บริการ หรือทรัพยากรในชุมชนที่ตอบโจทย์ชีวิตของคนคนนั้น”

“กิจกรรมทางสังคม” ที่ถูกสั่งจ่ายไม่ใช่กิจกรรมเพื่อความบันเทิงเท่านั้น แต่เป็นทรัพยากรสุขภาวะ หรือทุนทางสังคมที่ทำงานเยียวยาผ่านความสัมพันธ์ เช่น ศิลปะและกิจกรรมสร้างสรรค์ช่วยให้คนได้แสดงออก สร้างตัวตน รู้สึกมีคุณค่า และมีพื้นที่ปลอดภัยในการสื่อสารความรู้สึก กิจกรรมธรรมชาติหรือสวนชุมชนช่วยเชื่อมคนกับร่างกาย สิ่งแวดล้อม และมีจังหวะชีวิตที่ช้าลง การเรียนรู้ตลอดชีวิตช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความหวัง และโอกาสทางสังคม งานอาสาสมัครช่วยให้คนรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนการช่วยเหลือด้านหนี้สิน สิทธิสวัสดิการ งาน และที่อยู่อาศัยช่วยลดแรงกดดันที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์ทางใจ

การเชื่อมคนกับกิจกรรมทางสังคมช่วยตอบสนองความจำเป็นหรือความต้องการที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของการรักษาทางคลินิกหรือยา เช่น ความรู้สึกว่า “ฉันเป็นส่วนหนึ่งของบางสิ่ง” “มีคนเห็นฉัน” หรือ “ฉันไม่ได้อยู่ลำพัง” ตลอดจนการฟื้นคืนชีวิตที่ไม่ได้หมายถึงการหายจากอาการเท่านั้น แต่คือการกลับไปมีความหวัง ความหมาย อัตลักษณ์ ความสัมพันธ์ สิทธิ และบทบาทในสังคม การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมจึงเป็นแนวคิดที่ยึด “คนตรงหน้า” เป็นศูนย์กลาง เพราะการเชื่อมคนคนหนึ่งเข้ากับกิจกรรมหรือบริการ ควรเริ่มจากเรื่องที่มีความหมายต่อชีวิตของเขา ไม่ใช่จากรายการกิจกรรมที่มีอยู่ในระบบเท่านั้น

รูปธรรมของการสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมอยู่ที่กลไกเชื่อมคนกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ไม่ใช่การแพทย์ เช่น ศิลปะ ดนตรี กิจกรรมสร้างสรรค์ พิพิธภัณฑ์ การออกกำลังกาย การเรียนรู้ทักษะใหม่ งานอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือกันเอง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมธรรมชาติ การอาบป่า การทำสวน ตลอดจนการช่วยเหลือด้านงาน รายได้ หนี้สิน สวัสดิการ ที่อยู่อาศัย กฎหมาย หรือปัญหาครอบครัว ด้วยเหตุนี้ การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมจึงเป็นทั้งทางเลือกในการดูแล และเป็นสะพานเชื่อมระหว่างระบบสุขภาพกับชีวิตทางสังคม

การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมถือเป็นบทรวบยอดเชิงความคิดที่ตั้งอยู่บนหลักคิดต่าง ๆ ก่อนหน้า เช่น แนวคิดสุขภาวะทางจิตที่มองว่าความทุกข์ทางใจไม่ได้มีเพียงมิติทางชีวการแพทย์แต่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ ความโดดเดี่ยว ความหมายในชีวิต ความมั่นคงทางสังคม และโอกาสในการมีส่วนร่วม แนวคิดระบบนิเวศและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่เน้นว่า ปัญหาจำนวนไม่น้อยที่ผู้คนพาเข้าสู่ระบบบริการนั้น มีสาเหตุที่ไม่ใช่เรื่องการแพทย์โดยตรงปนอยู่ด้วย ไม่ว่าจะเป็นความเหงา หนี้สิน การว่างงาน ความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัย หรือการขาดพื้นที่ทางสังคม

การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผ่านการสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมจึงทำหน้าที่ช่วยเหลือในระยะต้น เพิ่มปัจจัยปกป้อง ลดความโดดเดี่ยว โดยไม่ได้พยายามเปลี่ยนเฉพาะตัวบุคคล แต่เชื่อมบุคคลเข้ากับระดับอื่นของระบบนิเวศเพื่อให้สามารถสนับสนุนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมต้องการองค์ประกอบสำคัญหลายประการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ-ประสิทธิผล และไม่ให้เป็นเพียงการ “ส่งต่อแล้วจบ” หรือผลักภาระจากระบบสุขภาพไปให้ชุมชนโดยไม่มีการสนับสนุน สำหรับ TIMS การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมไม่ใช่เพียง “โครงการกิจกรรม” หรือแผ่นพับแนะนำบริการ แต่เป็นกลไกเชิงระบบที่ต้องออกแบบและร่วมสร้าง ประกอบด้วยบุคลากรที่มีทักษะการรับฟังและเชื่อมประสาน ทำหน้าที่เป็น link worker หรือ community connector ระบบส่งต่อที่ชัดเจน ฐานข้อมูลทรัพยากรชุมชน กลุ่มและกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย เข้าถึงได้และมีคุณภาพ กลไกติดตามผล งบประมาณ การกำกับคุณภาพ ระบบเรียนรู้จากข้อมูลความต้องการของประชาชน และการประเมินที่ไม่มองเฉพาะจำนวนคนที่ถูกส่งต่อ แต่พิจารณาว่าผู้คนรู้สึกโดดเดี่ยวน้อยลง มีความสัมพันธ์มากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น หรือเข้าถึงทรัพยากรชีวิตได้ดีขึ้นหรือไม่ บทเรียนจากประเทศต่าง ๆ ที่ดำเนินการการสั่งจ่าย

กิจกรรมทางสังคม บ่งชี้ว่าการสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมมีคุณค่าต่อระบบการดูแลสุขภาพจิตอย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่

ช่วยตอบสนองความทุกข์ทางใจระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะความเครียด ความเหงา ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือความทุกข์ที่ผูกกับปัญหาชีวิต

ช่วยลดการตีตรา เพราะกิจกรรมชุมชนอนุญาตให้เข้าร่วมได้โดยไม่ต้องถูกระบุว่าเป็น “ผู้ป่วย”

ช่วยเสริมปัจจัยปกป้อง เช่น ความสัมพันธ์ ทักษะชีวิต ความหวัง การมีส่วนร่วม และความรู้สึกมีคุณค่า

ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมขึ้น เพราะปัญหาที่ไม่ใช่การแพทย์ไม่จำเป็นต้องถูกตอบด้วยบริการทางการแพทย์เสมอไป

ในบริบทไทย หลักคิดนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะประเทศไทยมีทุนทางสังคมจำนวนมากอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็น อสม. รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด มัสยิด โบสถ์ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ดูแล องค์กรภาคประชาสังคม กิจการเพื่อสังคม เครือข่ายนักรับฟัง และเครือข่ายผู้มีประสบการณ์ตรง แต่ทุนเหล่านี้ยังไม่ได้ถูกเชื่อมเป็นระบบสุขภาพจิตชุมชนอย่างเป็นทางการและต่อเนื่องพอ สิ่งที่ต้องทำจึงไม่ใช่การสร้างทุกอย่างใหม่ แต่คือการจัดวางบทบาท เชื่อมทรัพยากร สนับสนุนกำลังคน และสร้างกลไกส่งต่อระหว่างชุมชนกับบริการวิชาชีพ

อย่างไรก็ดี การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมไม่ใช่คำตอบสำเร็จรูปของทุกปัญหา และต้องไม่ถูกใช้แทนการรักษาที่จำเป็น คนที่มีอาการรุนแรง มีความเสี่ยงสูง หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางคลินิก ต้องเข้าถึงบริการวิชาชีพอย่างรวดเร็ว การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคมจึงควรถูกบรรจุเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของระบบดูแลแบบต่อเนื่อง

กิจกรรมธรรมชาติ เช่น การอาบป่า เป็นหนึ่งในทรัพยากรสุขภาวะที่เชื่อมโยงกับแนวคิดการสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคม (social prescribing)



ส่งท้าย

หลักคิดทั้งห้าข้อสะท้อนความเชื่อพื้นฐานของ TIMS ว่า สุขภาพจิตเป็นเรื่องของระบบนิเวศชีวิต ไม่ใช่เพียงระบบบริการรักษา หากเราต้องการสร้างความยั่งยืนทางสุขภาพจิต สังคมไทยจำเป็นต้องมองสุขภาพจิตในเชิงบวก ลงทุนกับการป้องกันและส่งเสริม จัดการปัจจัยสังคมที่บั่นทอนใจผู้คน สร้างระบบการดูแลหลายระดับที่มีฐานชุมชนเข้มแข็ง และพัฒนากลไกอย่างการสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคม เพื่อเชื่อมคนกลับเข้าสู่ความสัมพันธ์ ความหมาย และทรัพยากรในชีวิตประจำวัน

การสร้างสังคมที่ดีต่อใจจึงไม่ใช่การลดความสำคัญของโรงพยาบาลจิตแพทย์ ยา หรือการบำบัด แต่คือการทำให้ระบบการรักษาไม่ต้องทำงานอย่างโดดเดี่ยว และไม่ต้องรอจนผู้คนแตกสลายเสียก่อนจึงจะได้รับการดูแล ระบบสุขภาพจิตที่ดีควรมีทั้งบริการวิชาชีพที่เข้มแข็ง การดูแลใกล้บ้าน ความสัมพันธ์ในชุมชน พื้นที่ปลอดภัย นโยบายสาธารณะที่เป็นธรรม และสภาพแวดล้อมที่ทำให้ชีวิตมีทางเลือกมากขึ้น

ความยั่งยืนทางสุขภาพจิตจึงไม่ได้เกิดจากการเพิ่มบริการปลายทางเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการลดเงื่อนไขที่ทำร้ายใจผู้คน และเพิ่มเงื่อนไขที่ทำให้มนุษย์สามารถมีชีวิตที่ดี มีความหมาย มีความสัมพันธ์ และมีศักดิ์ศรี เพราะท้ายที่สุด สุขภาวะทางจิตไม่ใช่เพียงเป้าหมายของระบบสุขภาพจิต หากเป็นรากฐานของสังคมที่เป็นธรรม อบอุ่น และยั่งยืน การสร้างสังคมที่ดีต่อใจจึงเป็นทั้งภารกิจด้านสุขภาพจิต ภารกิจทางสังคม และภารกิจเชิงนโยบายที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันรับผิดชอบ

บรรณานุกรม

Albee, G. W., & Ryan-Finn, K. D. (1993). An overview of primary prevention. *Journal of Counseling & Development*, 72(2), 115–123. https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb00909.x

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Barry, M. M. (2001). Promoting positive mental health: Theoretical frameworks for practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3(1), 25–34.

Beck-Felts, K., Wolfe, R. M., Speakar, B., Spaulding, W. D., & Dinzeo, T. (2025). A social ecology model for social determinants of health as psychosis risk factors. *Psychosis*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/17522439.2025.2575275

Bertotti, M. (Ed.). (2024). Social prescribing policy, research and practice: Transforming systems and communities for improved health and wellbeing. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-52106-5

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husén & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (2nd ed., Vol. 3, pp. 1643–1647). Elsevier Science.

Brown, R. C. H., Mahtani, K., Turk, A., & Tierney, S. (2021). Social prescribing in National Health Service primary care: What are the ethical considerations? *The Milbank Quarterly*, 99(3), 610–628. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12516

Cattan, M., & Tilford, S. (Eds.). (2006). *Mental health promotion: A lifespan approach*. Open University Press.

Compton, M. T., & Shim, R. S. (Eds.). (2015). The social determinants of mental health. American Psychiatric Publishing.

Erickson, P. J., Cermak, A., Michaels, C., Blake, L., Lynn, A., Greylord, T., & Benning, S. (n.d.). Mental health and well-being ecological model. Center for Leadership Education in Maternal & Child Public Health, University of Minnesota–Twin Cities. Retrieved June 17, 2026, from https://mch.umn.edu/resources/mhecomodel/

Friedli, L., Jackson, C., Abernethy, H., & Stansfield, J. (2009). *Social prescribing for mental health: A guide to commissioning and delivery*. Care Services Improvement Partnership, North West Development Centre. https://citizen-network.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf

Heenan, D., & Betts, J. (2025). *The short guide to mental health*. Policy Press.

Këllezi, B., Wakefield, J. R. H., Stevenson, C., McNamara, N., Mair, E., Bowe, M., Wilson, I., & Halder, M. M. (2019). The social cure of social prescribing: A mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ Open*, 9(11), Article e033137. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033137

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. https://doi.org/10.1002/wps.21160

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9

MacDonald, G., & O'Hara, K. (1998). *Ten elements of mental health, its promotion and demotion: Implications for practice*. Society of Health Education and Health Promotion Specialists.

Marmot, M. (2018). Inclusion health: Addressing the causes of the causes. *The Lancet*, 391(10117), 186–188. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32848-9

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2005). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford University Press.

Montenegro, C., Irarrázaval Dominguez, M., González Moller, J., Thomas, F., & Urrutia Ortiz, J. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, Article e29. https://doi.org/10.1017/gmh.2023.18

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. National Academy Press.

Oster, C., Skelton, C., Leibbrandt, R., Hines, S., & Bonevski, B. (2023). Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 642. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09650-x

Pilgrim, D. (2023). Key concepts in mental health (6th ed.). SAGE Publications.

Polley, M., Fleming, J., Anfilogoff, T., & Carpenter, A. (2017). Making sense of social prescribing. University of Westminster. https://golab.bsg.ox.ac.uk/documents/Making-sense-of-social-prescribing_2017.pdf

Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and practice*. Routledge.

World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization.

World Health Organization. (2002). Prevention and promotion in mental health. World Health Organization.

World Health Organization. (2007). The optimal mix of services for mental health. World Health Organization.

World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health. World Health Organization.

World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). Social determinants of mental health. World Health Organization.

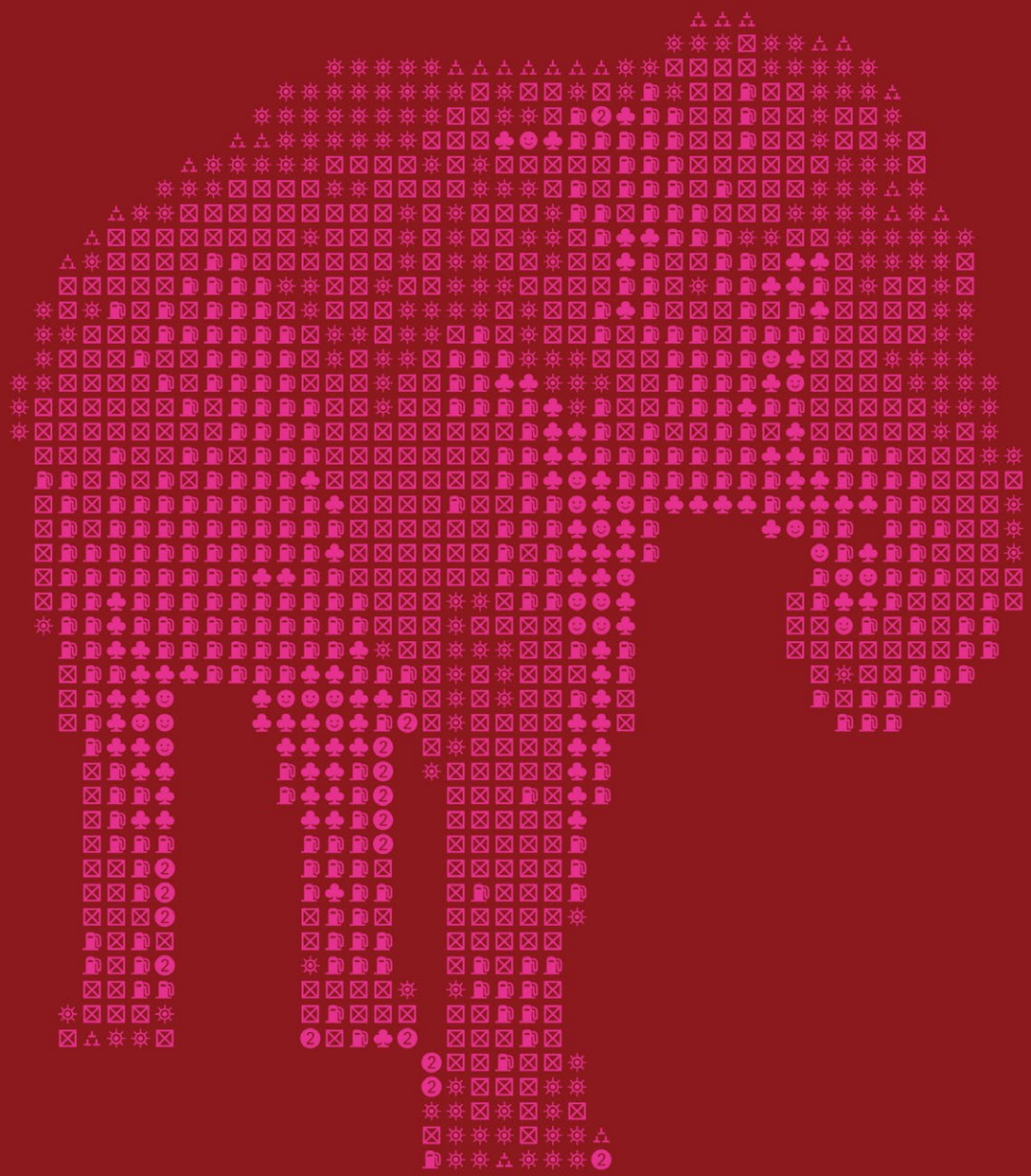
World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2024). Deinstitutionalization of people with mental health conditions in the WHO South-East Asia Region. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2566, 21 ธันวาคม). มติ 16.1 ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society). https://www.samatcha.org/site/resolution/fe57740c-0e49-40a5-8705-193fb2d5d14e/detail

ธีรพัฒน์ อังศุชวาล. (2569, 5 พฤษภาคม). สุขภาพจิตไทยในทางสามแพร่ง: จากระบบรักษาความทุกข์ สู่การออกแบบสังคมที่ไม่ผลิตความทุกข์. Policy Watch, Thai PBS. https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-295

CHAPTER 2

TIMS SURVEY 2026

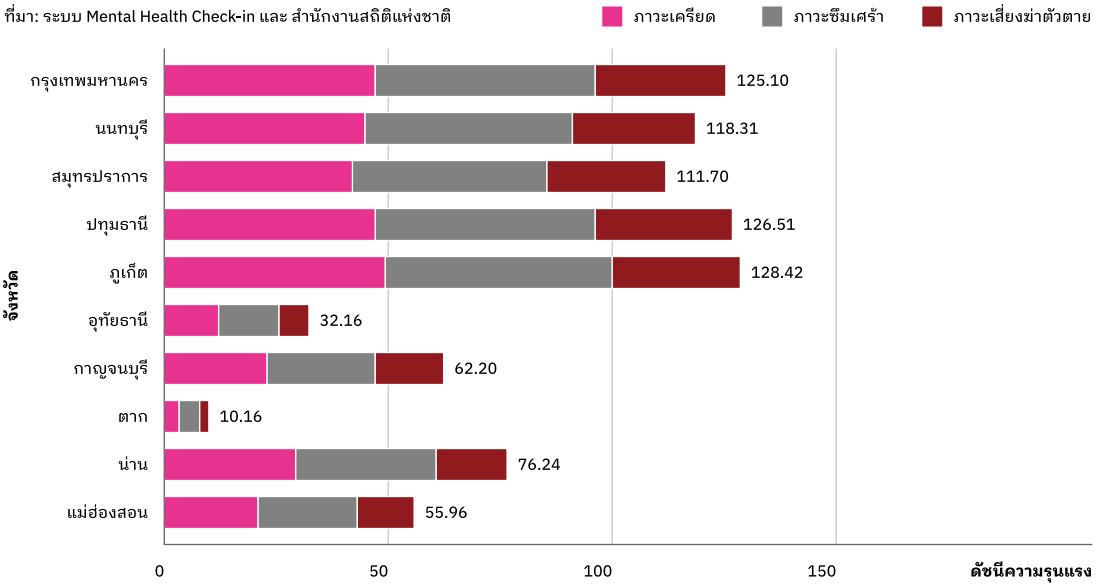


"Elephant in the room"
— English idiom, c. 1959

เมื่อ “ชุมชนเมือง” สะท้อนภาพความเหนื่อยล้าทางใจ

วิถีชีวิตในสังคมเมืองที่เต็มไปด้วยแรงกดดันจากความเร่งรีบและการแข่งขันเชิงเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยในปี 2568 เผชิญกับความท้าทายครั้งใหญ่ การสังเคราะห์ข้อมูลโดยสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) จากฐานข้อมูล Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต ร่วมกับการอ้างอิงข้อมูลความหนาแน่นของประชากรในปี 2568 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เผยให้เห็นว่า “ดัชนีความรุนแรง” ของปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยดัชนีดังกล่าวเกิดจากการบวกรวมสัดส่วนผู้มีภาวะเครียด ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย จากข้อมูลในระบบ Mental Health Check-in

ภาพที่ 1 “ดัชนีความรุนแรง” ของปัญหาสุขภาพจิตในปี 2568 ใน 5 จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นมากที่สุด และ 5 จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นน้อยที่สุด



โดยตัวเลขดัชนีความรุนแรงที่ปรากฏบนแท่งกราฟนั้นสะท้อนถึง สัดส่วนรวมของ ภาวะเครียด ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยภูเก็ต ปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร คือ 3 จังหวัดที่มีค่าดัชนีความรุนแรงสูงที่สุด (128.43, 126.51 และ 125.1 ตามลำดับ) โดยทั้ง 3 จังหวัดนี้อยู่ในกลุ่ม 5 จังหวัดที่มีความหนาแน่นของประชากรสูงสุดด้วยเช่นกัน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของทั้ง 77 จังหวัดในประเทศไทย พบว่า ดัชนีความรุนแรงมีสหสัมพันธ์ (correlation) กับความหนาแน่นของประชากรที่ 0.45 ($p < 0.01$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าตัวแปรทั้งสองมีแนวโน้มเคลื่อนที่ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ เมื่อแบ่งทั้ง 77 จังหวัดออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) ของความหนาแน่นประชากรเป็นเกณฑ์ (median split) ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 125 คนต่อตารางกิโลเมตร ทำให้ได้กลุ่มที่มีจำนวนจังหวัดใกล้เคียงกัน คือ 1) กลุ่มที่มีความหนาแน่นของประชากรมากกว่า 125 คนต่อตารางกิโลเมตร (38 จังหวัด) และ 2) กลุ่มที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่า 125 คนต่อตารางกิโลเมตร (39 จังหวัด) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีความรุนแรงในทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ยดัชนีความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ 2 คือ 69.76 และ 49.09 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$, Cohen’s $d = 0.6$)

ทั้งผลลัพธ์จากการหาค่าสหสัมพันธ์และการหาค่าเฉลี่ยโดยแบ่งจังหวัดเป็นกลุ่มตามความหนาแน่น ชี้ว่าความหนาแน่นของประชากรมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตซึ่งวัดด้วยดัชนีความรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มจังหวัดที่มีความหนาแน่นสูง

เนื้อหาส่วนถัดไปจะแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน คือ กลุ่ม 5 จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นมากที่สุด และกลุ่ม 5 จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นน้อยที่สุด

จังหวัดที่ประชากรหนาแน่นมากที่สุด: ยิ่งหนาแน่น ยิ่งเสี่ยงมาก

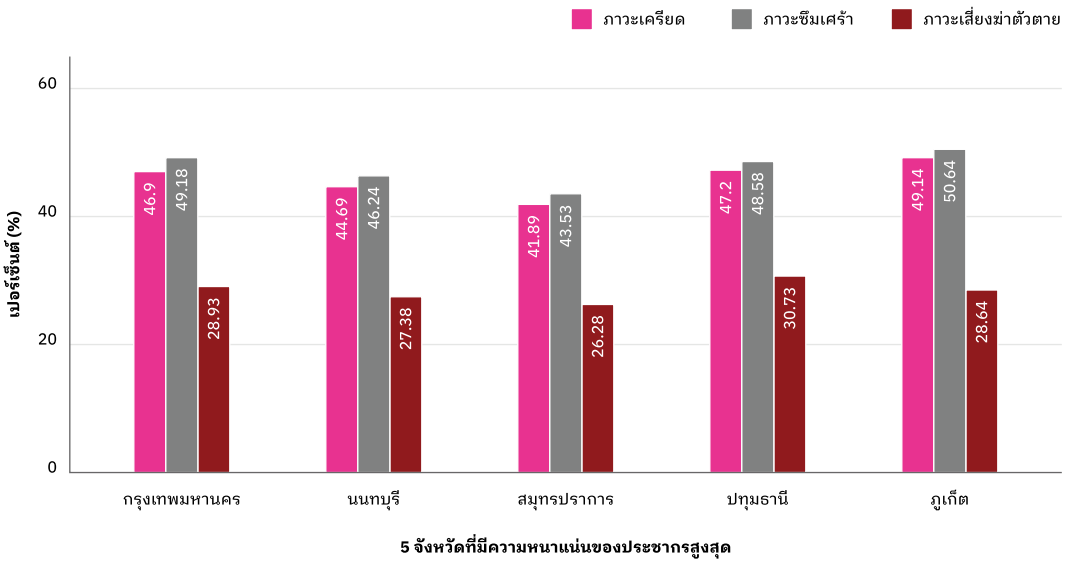
ในภาพรวม เมื่อวิเคราะห์กลุ่มจังหวัดที่มีความหนาแน่นประชากรสูงกว่า 125 คนต่อ ตร.กม. จำนวน 38 จังหวัด พบว่าความหนาแน่นประชากรสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีความรุนแรงอย่างชัดเจน ($r = 0.48$, $p < 0.01$) หมายความว่ายิ่งเมืองมีความหนาแน่นของประชากรสูง ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตก็ยิ่งเพิ่มสูงตามไปด้วย

เมื่อพิจารณาเฉพาะ 5 จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี และภูเก็ต จะเห็นได้ว่าทั้ง 5 จังหวัดอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และจังหวัดท่องเที่ยวสำคัญ โดยในกลุ่มนี้ กรุงเทพมหานครคือจังหวัดที่ประชากรหนาแน่นที่สุด (3456.64 คนต่อ ตร.กม.) และภูเก็ตมีประชากรหนาแน่นน้อยที่สุด (796.39 คนต่อ ตร.กม.) นอกจากนี้ 4 ใน 5 จังหวัดยังติดอันดับกลุ่มจังหวัดที่มีดัชนีความรุนแรงสูงสุด 5 อันดับแรกด้วย โดยที่ทุกจังหวัดล้วนมีค่าดัชนีความรุนแรงเกิน 100 สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตที่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองอย่างน่ากังวล

กล่าวโดยสรุป จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นและเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ มีแนวโน้มเผชิญปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงกว่าจังหวัดที่มีความหนาแน่นต่ำ โดยจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นมักมีแนวโน้มว่าจะมีการแข่งขัน ค่าครองชีพ ความคาดหวัง และแรงกดดันในการใช้ชีวิตสูงตามไปด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตทั้งสิ้น

ภาพที่ 2 สัดส่วนผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในแต่ละมิติใน 5 จังหวัดที่มีความหนาแน่นของประชากรสูงสุด

ที่มา: ระบบ Mental Health Check-in และสำนักงานสถิติแห่งชาติ





จังหวัดที่ประชากรหนาแน่นน้อยที่สุด: กลุ่มเมืองขนาดเล็กและเมืองรอง

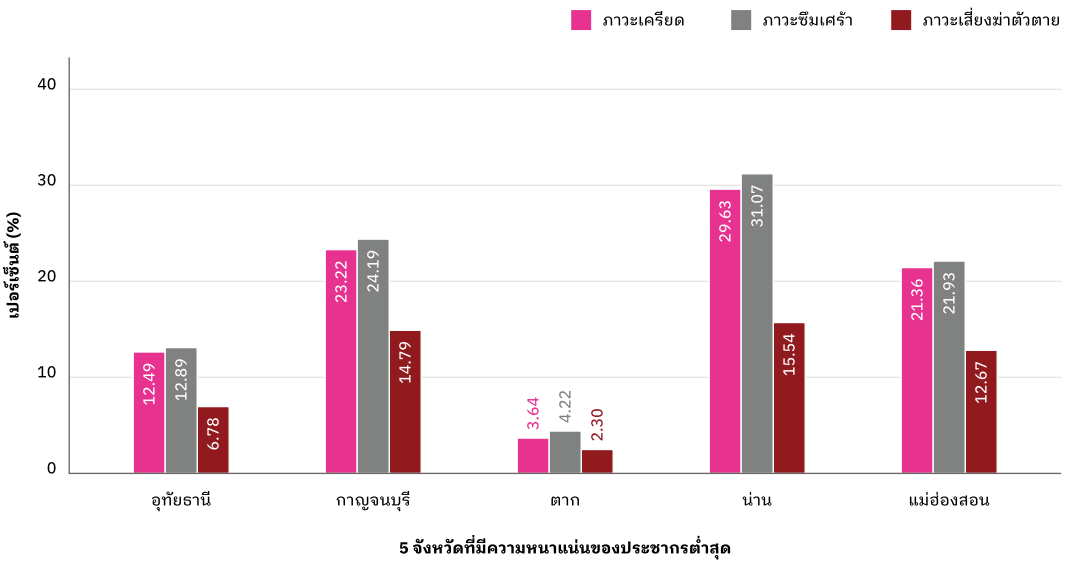
แม้ข้อมูลของกลุ่มจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นมากที่สุดจะชี้ว่า ความหนาแน่นมีความสัมพันธ์กับดัชนีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต แต่เมื่อวิเคราะห์กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นน้อยที่สุด 5 จังหวัด ได้แก่ อุทัยธานี กาญจนบุรี ตาก น่าน และแม่ฮ่องสอน (เรียงจากหนาแน่นมากไปน้อย) พบว่าไม่มีจังหวัดใดเลยที่ติด 5 อันดับแรกของกลุ่มจังหวัดที่มีค่าดัชนีความรุนแรงต่ำสุด

เช่นเดียวกัน เมื่อวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของประชากรกับดัชนีความรุนแรงในกลุ่มจังหวัดที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่า 125 คนต่อ ตร.กม. จำนวน 39 จังหวัด พบว่าความสัมพันธ์กับดัชนีความรุนแรงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.17$, $p = 0.29$)

กล่าวโดยสรุป ในกลุ่มจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นน้อย ไม่พบว่าความหนาแน่นสัมพันธ์กับดัชนีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มจังหวัดที่มีความหนาแน่นสูง ชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่กลุ่มนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงบริบทอื่น ๆ เช่น กลุ่มช่วงวัย การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความเหลื่อมล้ำ ระบบสาธารณสุข ปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ ทุนทางสังคมของชุมชน และคุณภาพของพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น

ภาพที่ 3 สัดส่วนผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในแต่ละมิติใน 5 จังหวัดที่มีความหนาแน่นของประชากรต่ำสุด

ที่มา: ระบบ Mental Health Check-in และสำนักงานสถิติแห่งชาติ





บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลสถิติข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่เพียงเรื่องของบุคคล แต่สัมพันธ์กับ “ปัจจัยเชิงโครงสร้าง” โดยหนึ่งในนั้นคือ “ความหนาแน่นของประชากร” ซึ่งพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับดัชนีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต บทความนี้จึงมีข้อเสนอสำคัญใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. มาตรการเชิงรุกในเขตเมืองหนาแน่น

สถิติชี้ให้เห็นว่าเมืองที่มีความหนาแน่นสูง (เช่น กรุงเทพและปริมณฑล ภูเก็ต) มีแนวโน้มเผชิญความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า จึงอาจพัฒนาโมเดลการสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคม ในชุมชนเมืองและสถานประกอบการ เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเชิงรุก โดยเชื่อมโยงบุคคลเข้ากับบริการและการสนับสนุนทางสังคมที่นอกเหนือจากบุคลากรทางการแพทย์และนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เพื่อช่วยลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตในเขตชุมชนเมือง เน้นการ “ป้องกัน” ก่อน “ป่วย”

2. การประเมินความพร้อมของระบบบริการสุขภาพจิตในพื้นที่

เริ่มจากการตรวจสอบว่าแผนกจิตเวชและระบบบริการด้านสุขภาพจิตในเขตพื้นที่หนาแน่นที่มีดัชนีความรุนแรงสูงนั้น มีจำนวนที่เพียงพอและคุณภาพเหมาะสมกับความต้องการของประชากรในพื้นที่แล้วหรือยัง พร้อมกับพัฒนาระบบสนับสนุนที่รองรับผู้ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยไม่ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระงานที่หนักจนเกินไป

3. สร้างระบบเฝ้าระวังระดับปฐมภูมิ

กลไกป้องกันในระดับท้องถิ่นที่เข้มแข็ง เช่น การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (อสม. สุขภาพจิต) ในทุกตำบล อาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงก่อนพัฒนาไปสู่ภาวะวิกฤตได้

อย่างไรก็ดี ข้อมูลสถิติชุดนี้ยังมีข้อจำกัดสำคัญในด้านรายละเอียดคุณลักษณะของประชากร (demographic profile) อาทิ สถานะทางเศรษฐกิจและอาชีพ ทำให้ไม่สามารถนำปัจจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์ได้ นอกจากนี้ สัดส่วนจำนวนผู้ทำแบบประเมินต่อจำนวนประชากรรวมยังแตกต่างกันได้มากในแต่ละจังหวัด โดยจังหวัดส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ทำแบบประเมินน้อยกว่า 1% ของจำนวนประชากร อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตพบว่า กลุ่ม 10 จังหวัดที่มีดัชนีความรุนแรงต่ำที่สุดเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนผู้ทำแบบประเมินต่อจำนวนประชากรสูงมากด้วย ดังปรากฏในตารางที่ 1 ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้สูงว่า การที่กลุ่มจังหวัดเหล่านี้มีค่าดัชนีความรุนแรงต่ำ อาจเป็นเพราะท้องถิ่นมีนโยบายเชิงรุกให้ประชาชนทำแบบประเมินในระบบ Mental Health Check-in ซึ่งนับเป็นมิติเชิงระบบที่ควรนำไปถอดบทเรียนและศึกษาเชิงลึกต่อไป

ตารางที่ 1 กลุ่ม 10 จังหวัดที่มีดัชนีความรุนแรงต่ำสุด

จังหวัด	ดัชนีความรุนแรง	สัดส่วนผู้ตอบแบบสอบถาม/จำนวนประชากร
พัทลุง	12.91	1.16%
ตาก	10.16	1.71%
ตรัง	8.79	2.50%
พิษณุโลก	7.45	6.99%
เพชรบูรณ์	6.20	4.42%
มหาสารคาม	2.84	9.82%
ร้อยเอ็ด	2.82	5.47%
อุตรดิตถ์	2.21	12.71%
นครสวรรค์	1.76	22.06%
สุโขทัย	1.22	33.63%

ที่มา: ระบบ Mental Health Check-in และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

กล่าวโดยสรุป ผลการวิเคราะห์ชี้ว่าเมืองที่มีความหนาแน่นสูงยิ่ง มีแนวโน้มที่ประชากรจะมีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่สูงตามไปด้วย และปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่หน้าที่ของจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพียงอย่างเดียว แต่คือภารกิจของพวกเราทุกคน ตั้งแต่ระดับนโยบายที่ต้องสร้างระบบสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ไปจนถึงระดับบุคคลที่ต้องหมั่นสำรวจใจตัวเองและคนรอบข้าง ร่วมกับการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้คนไทยมีสุขภาวะทางจิตที่ดีอย่างยั่งยืน



แรงงานกระจุกกับความทุกข์ทางใจ

แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมเปรียบเสมือนกระดูกสันหลังของระบบเศรษฐกิจไทย แต่สุขภาวะทางจิต (mental well-being) ของคนกลุ่มนี้กลับยังไม่ถูกพูดถึงอย่างกว้างขวางเท่าที่ควร นอกจากนี้ ต้นทุนชีวิตที่แตกต่างกันยังทำให้การเข้าถึงทรัพยากรและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องยากกว่าคนทั่วไป

TIMS จึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพใจรายจังหวัดของประชากรวัย 20-59 ปี จากเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น “Mental Health Check-in” ของกรมสุขภาพจิต ร่วมกับข้อมูลสถิติโรงงานอุตสาหกรรมปี 2568 จากกรมโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อศึกษาว่าปัจจัยทั้งสองอย่างนี้มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

ความหนาแน่นของแรงงาน (worker density): สัญญาณเตือนระดับพื้นที่

ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า “ความหนาแน่นของแรงงาน” (จำนวนคนงานในพื้นที่ 1 ตร.กม.) มีความสัมพันธ์กับดัชนีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสะท้อนสัดส่วนรวมของภาวะเครียด ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ความจริงที่ปรากฏคือ ยิ่งจังหวัดใดมีแรงงานกระจุกตัวมาก ปัญหาสุขภาพจิตก็จะยิ่งรุนแรงตามไปด้วย โดยค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ของทั้ง 77 จังหวัด เท่ากับ 0.56 ($p < 0.01$)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มจังหวัดที่มีแรงงานหนาแน่นที่สุด 26 จังหวัด มีดัชนีความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มจังหวัดที่มีแรงงานเบาบางที่สุดอย่างเห็นได้ชัด ($p = 0.01$, Cohen’s $d = 1.21$) โดยมีค่าดัชนีความรุนแรงที่ 67 และ 41 ตามลำดับ ผลวิเคราะห์นี้สะท้อนให้เห็นว่าเราสามารถใช้ “ความหนาแน่นของแรงงาน” เป็นเข็มทิศหรือตัวชี้วัด (indicator) ที่สำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายจัดลำดับความสำคัญได้ถูกจุดว่า ควรเร่งนำร่องมาตรการดูแลใจในพื้นที่ใดก่อน

ประเภทอุตสาหกรรม (industry type): แม้ไม่ใช่ตัวชี้วัดหลัก แต่ช่วยตีกรอบพื้นที่เป้าหมาย

ปัจจุบัน กรมโรงงานอุตสาหกรรมจัดแบ่งโรงงานออกเป็น 107 ประเภท โดยไม่มีหมวดหมู่ใหญ่ที่ชัดเจน และไม่มีเกณฑ์วัดว่าจังหวัดใดมีอุตสาหกรรมใดเป็นจุดเด่น TIMS จึงได้จัดกลุ่มใหม่เป็น 3 หมวดหมู่หลัก ได้แก่

1) หมวดโลหะ-เคมี-ยานยนต์-อิเล็กทรอนิกส์
2) หมวดเกษตร-บริโภค-สิ่งทอ-ไม้ และ
3) หมวดอื่น ๆ

โดยใช้เกณฑ์ว่า หากจังหวัดใดมีสัดส่วนแรงงานในหมวดใดมากกว่า 50% จะถือว่าอุตสาหกรรมนั้นเป็นอุตสาหกรรมเด่นของจังหวัด

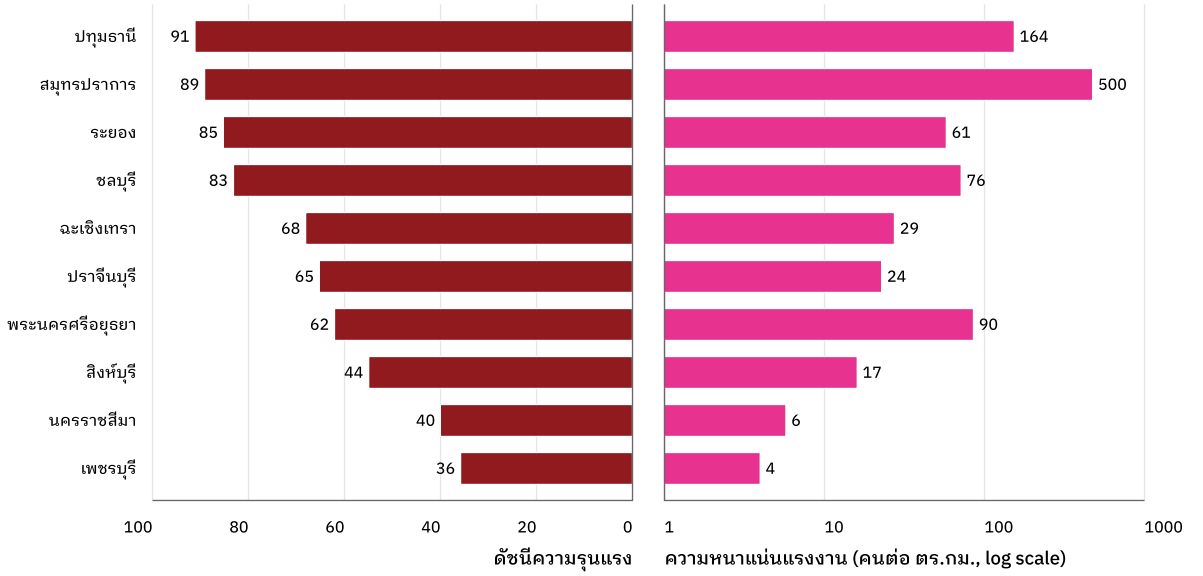
จากการพิจารณากลุ่ม 26 จังหวัดที่มีแรงงานหนาแน่นที่สุด ประกอบไปด้วย จังหวัดที่เด่นในหมวดโลหะ-เคมี-ยานยนต์-อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 10 จังหวัด เด่นในหมวดเกษตร-บริโภค-สิ่งทอ-ไม้ จำนวน 8 จังหวัด และไม่มีหมวดเด่นชัดเจน (สัดส่วนแรงงานสูงสุดน้อยกว่า 50%) อีก 8 จังหวัด โดยเมื่อเปรียบเทียบดัชนีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละหมวดอุตสาหกรรม ตัวเลขจะอยู่ที่ 67 60 และ 77 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.16$) ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่า เราไม่สามารถสรุปได้ว่าประเภทอุตสาหกรรมเพียงอย่างเดียว จะเป็นตัวชี้วัดว่าพื้นที่นั้นมีปัญหาสุขภาพจิตที่หนักหรือเบากว่ากัน

ความสัมพันธ์ที่ซ่อนอยู่: เมื่อความหนาแน่นผนวกกับอุตสาหกรรมโลหะ-เคมี-ยานยนต์-อิเล็กทรอนิกส์

แม้จะไม่มีหลักฐานว่าประเภทอุตสาหกรรมเป็นตัวบ่งชี้แนวโน้มความรุนแรงที่สูงกว่า แต่ความสัมพันธ์แบบ “แรงงานหนาแน่น-ดัชนีสูง” กลับเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้นในบางกลุ่มอุตสาหกรรม โดยเมื่อพิจารณากลุ่ม 10 จังหวัดหนาแน่นสูงที่เด่นในหมวดโลหะ-เคมี-ยานยนต์-อิเล็กทรอนิกส์ จะเห็นทิศทางร่วมกันอย่างชัดเจนระหว่างดัชนีความรุนแรงและความหนาแน่นแรงงาน กล่าวคือ จังหวัดที่มีแรงงานกระจุกตัวมาก จะมีแนวโน้มดัชนีความรุนแรงสูงตามไปด้วย

กลุ่มจังหวัดแรงงานหนาแน่นสูง: หมวดโลหะ-เคมี-ยานยนต์-อิเล็กทรอนิกส์

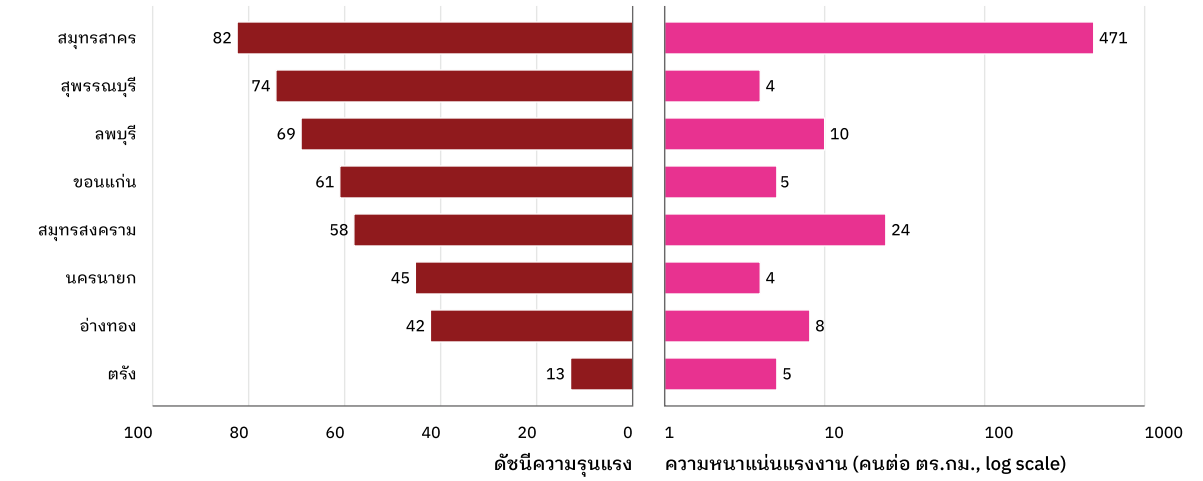
ที่มา: ระบบ Mental Health Check-in และกรมโรงงานอุตสาหกรรม



อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากลุ่มจังหวัดหนาแน่นสูงที่เด่นในหมวดเกษตร-บริโภค-สิ่งทอ-ไม้ กลับไม่พบทิศทางร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างดัชนีความรุนแรงและความหนาแน่นแรงงาน

กลุ่มจังหวัดแรงงานหนาแน่นสูง: หมวดเกษตร-บริโภค-สิ่งทอ-ไม้

ที่มา: ระบบ Mental Health Check-in และกรมโรงงานอุตสาหกรรม



บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากฐานข้อมูลและการวิเคราะห์ข้างต้น TIMS มีข้อเสนอแนะเพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของแรงงาน ดังนี้

1. **ใช้ความหนาแน่นแรงงานระบุพื้นที่เป้าหมาย**
   ข้อมูลชี้ชัดว่าพื้นที่ที่แรงงานกระจุกตัวสูง มักมีปัญหาสุขภาพจิตสูงตามไปด้วย ภาครัฐและบุคลากรทางการแพทย์จึงสามารถใช้ตัวชี้วัดนี้ เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการลงพื้นที่ดูแลได้ทันท่วงที

2. **ปักหมุดกลุ่มนำร่องจากบริบทเศรษฐกิจ**
   10 จังหวัดที่มีแรงงานหนาแน่น และโดดเด่นด้านอุตสาหกรรมโลหะ-เคมี-ยานยนต์-อิเล็กทรอนิกส์ (คิดเป็น 1 ใน 3 ของสัดส่วนแรงงานและเงินลงทุนทั้งประเทศ) ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมที่สุดในการเริ่มมาตรการดูแลใจ

3. **ภาคธุรกิจคือหัวใจหลักในการขับเคลื่อน**
   เจ้าของโรงงานสามารถเริ่มนโยบายได้ทันที เช่น ส่งเสริมการประเมินตนเองผ่านการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น (Mental Health Check-in) การสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) และการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี

4. **ปรับเครื่องมือให้ตอบโจทย์บริบทโรงงาน**
   เครื่องมือดูแลใจส่วนใหญ่มักออกแบบมาเพื่อพนักงานออฟฟิศ การศึกษาบริบทเฉพาะของแรงงาน เช่น การเข้ากะ กำแพงภาษา และแรงงานข้ามชาติ จะช่วยพัฒนาเครื่องมือที่แก้ปัญหาได้ตรงจุดและจับต้องได้จริง



ก้าวต่อไปของการศึกษา: จากข้อจำกัดสู่โอกาสในการพัฒนา

TIMS มองเห็นโอกาสในการขยายผลและพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาในอนาคต เพื่อให้การนำข้อมูลไปใช้งานมีความรัดกุมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

มิติข้อมูลบุคคล
หากแบบประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นเพิ่มข้อมูลสถานะทางเศรษฐกิจและอาชีพ จะช่วยให้ออกแบบนโยบายได้เจาะจงมากขึ้น

บริบทแรงงานเชิงลึก
ฐานข้อมูลโรงงานอุตสาหกรรมยังขาดการระบุภูมิลำเนาเดิมหรือความหลากหลายทางสัญชาติของแรงงาน

CHAPTER 3

MIND FIRST AID



"In order to see birds,
it is necessary to become part of the silence."
— Robert Lynd (1879–1949)



In Conversation with

เมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ

ผู้จัดการโครงการ Mind First Aid เพื่อเปิดทางให้ผู้พิการกลายเป็นนักปฐมพยาบาลใจ

เรื่อง: พงศ์วรินทร์ สาระไชย
ภาพ: กสิกร พันธุโพธิ์
สัมภาษณ์วันที่ 18 พฤษภาคม 2569

จากจุดเริ่มต้นที่เคยช่วยเหลือเพื่อนผู้พิการ นำมาสู่คำถามว่า หากสังคมมองเห็นศักยภาพของผู้พิการมากกว่าข้อจำกัด พวกเขาจะมีบทบาทอะไรได้บ้างในการช่วยเหลือผู้อื่น ขณะเดียวกัน ในวันที่ผู้คนจำนวนมากกำลังเผชิญความเครียด ความกังวล และความโดดเดี่ยว บางครั้งการมีใครสักคนคอยรับฟังอย่างเข้าใจ อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาวะทางใจ

แนวคิดนี้ได้กลายเป็นจุดกำเนิดของโครงการ Mind First Aid ที่พัฒนาทักษะให้ผู้พิการกลายเป็น “นักรับฟัง” เพื่อเป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่ต้องการใครสักคนรับฟัง พร้อมทั้งสร้างโอกาสในการทำงานและคุณค่าในฐานะผู้ให้แก่ผู้พิการ บทสนทนานี้จะพาไปพูดคุยกับ **คุณจูน เมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ** ผู้ก่อตั้งโครงการ ถึงที่มา ผลลัพธ์ และบทเรียนของการสร้างนวัตกรรมทางสังคมที่เชื่อมโยงสุขภาพจิตเข้ากับการสร้างโอกาสและความเท่าเทียมในสังคม

RISE IMPACT: คุณจูนเข้ามาเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตได้อย่างไร

คุณจูน: ก่อนหน้านี้จูนเคยเป็นผู้ร่วมก่อตั้งบริษัท Vulcan Coalition แต่ปัจจุบันทำงานเป็นที่ปรึกษาด้านทรัพยากรบุคคลค่ะ จูนได้มีโอกาสเรียนปริญญาโทจิตวิทยาที่จุฬาฯ ระหว่างเรียนก็ได้มีโอกาสร่วมงานกับคณะจิตวิทยา อย่างโครงการแรก ๆ ที่ได้มีส่วนร่วมคือ “โครงการ HACK ใจ” จากนั้นก็ได้รู้จักและทำงานร่วมกับอาจารย์และทีม TIMS ในงานด้านสุขภาพจิตมากขึ้น

อีกเรื่องคือจูนเคยร่วมทำโปรเจ็กต์เล็ก ๆ กับคุณซันจู (อมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ - ผู้ก่อตั้ง Sati App) ที่ให้ผู้พิการได้เรียนหลักสูตรการเป็นผู้รับฟังด้วยการสื่อสารผ่านแชท โดยเน้นพนักงานในองค์กรที่มีความเครียดหรืออยากระบายความรู้สึก จูนก็เลยเห็นว่า นอกจากวิธีนี้จะช่วยสร้างงานให้ผู้พิการแล้ว ยังช่วยให้พวกเขาได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพจิตของตัวเองผ่านเครื่องมือและกระบวนการที่ได้รับการฝึกฝนด้วย จึงได้ปรึกษากับอาจารย์มิล (รศ. ดร. ธีรพัฒน์ อังศุชวาล) ว่าจะต่อยอดให้เป็นโครงการที่มีความเป็นกิจจะลักษณะมากขึ้นได้อย่างไรบ้าง

R: คุณจูนได้ให้สัมภาษณ์ว่าเคยช่วยเหลือผู้พิการทางสายตาอ่านหนังสือ นี่เป็นจุดเริ่มต้นที่หันมาริเริ่มผลักดันงานเพื่อผู้พิการหรือไม่

คุณจูน: ย้อนกลับไปช่วงเรียนปี 3 ที่คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จูนยอมรับว่าตอนนั้นตัวเองไม่ได้ชอบการเรียนกฎหมายมากนัก แต่ด้วยความที่คณะเปิดโอกาสให้ผู้พิการเข้ามาเรียนได้ จึงมีเพื่อนผู้พิการอยู่หลายคนในคณะ และในกลุ่มเรียนของจูนเองก็มีเพื่อนผู้พิการด้วย ทำให้มีโอกาสรู้จักพี่คนหนึ่งที่ตาบอดแต่เก่งมาก ช่วงเตรียมสอบ จูนจึงได้ลองอ่านหนังสือให้พี่เขาฟัง ส่วนหนึ่งก็เพื่อบังคับตัวเองให้อ่านหนังสือไปด้วย ประสบการณ์นั้นทำให้จูนเริ่มมองเห็นศักยภาพของผู้พิการ เพราะสิ่งที่ทำตอนแรกไม่ได้เกิดจากความคิดว่าจะ “ช่วยผู้พิการ” แต่เป็นการช่วยเพื่อนคนหนึ่งที่เราสนิทด้วย

จากนั้นจูนจึงเริ่มตระหนักว่า หลายครั้งข้อจำกัดของผู้พิการไม่ได้มาจากตัวบุคคล แต่อยู่ที่โครงสร้างพื้นฐานและสภาพแวดล้อมที่ยังไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตมากพอ ยิ่งเมื่อได้คุยกับรุ่นน้องตาบอด



อีกคนที่ไปเรียนต่อที่เยอรมนี เขาบอกว่าเขาก็ยังตาบอดเหมือนเดิม แต่รู้สึกพิการน้อยลง นี่ก็ยิ่งทำให้เห็นชัดว่า แม้คนเราจะมีความพิการเหมือนกัน แต่คุณภาพของสังคมและระบบสนับสนุนที่แตกต่างกัน สามารถทำให้คนคนหนึ่งใช้ชีวิตและช่วยเหลือตัวเองได้ต่างกันมากค่ะ

“หลายครั้งข้อจำกัดของผู้พิการไม่ได้มาจากตัวบุคคล แต่อยู่ที่โครงสร้างพื้นฐานและสภาพแวดล้อมที่ยังไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิต” — คุณจูน

R: อะไรเป็นแรงผลักดันที่ทำให้คุณจูนริเริ่มโครงการ Mind First Aid (MFA)

คุณจูน: จูนสนใจประเด็นเรื่องผู้พิการอยู่แล้ว และมาประจวบกับที่ได้คุยกับทีม TIMS ว่าในปัจจุบัน จำนวนผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอต่อปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งการพัฒนานักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนก็ต้องใช้เวลานาน ในขณะเดียวกัน จูนก็เห็นว่ามีผู้พิการจำนวนมากที่ยังขาดโอกาสในการทำงาน ก็เลยพยายามหาแนวทางแก้ปัญหา 2 มิตินี้ร่วมกัน

ในมุมมองของจูน การแก้ปัญหานักวิชาชีพไม่เพียงพอ เราควรเริ่มตั้งแต่ขั้นป้องกัน ก่อนที่ปัญหาจะรุนแรงจนต้องเข้าสู่ระบบการรักษา แนวคิดนี้มองว่าหากคนคนหนึ่งมีผู้คอยรับฟังและดูแลตั้งแต่เริ่มมีความเครียด ก็อาจช่วยป้องกันไม่ให้ปัญหาลุกลามเป็นภาวะที่รุนแรงกว่าเดิม และยังช่วยลดภาระของจิตแพทย์ เพื่อให้โฟกัสกับการดูแลผู้ที่มีอาการหนักจริง ๆ ได้ ทั้งยังลดปัญหาการรอเข้าถึงบริการสุขภาพจิตด้วย สำหรับกลุ่มผู้พิการเอง หากคนกลุ่มนี้ได้รับการฝึกทักษะและสมรรถนะที่เหมาะสม พวกเขาก็สามารถทำหน้าที่เป็น “ผู้รับฟัง” หรือ “นักปฐมพยาบาลใจ” ได้เช่นกัน

วิธีนี้จึงช่วยแก้ปัญหาทั้งเรื่องการขาดบุคลากรด้านสุขภาพจิตและการขาดโอกาสทางอาชีพของผู้พิการได้ในคราวเดียว

R: โครงการได้ดำเนินการอะไรไปแล้วบ้างในช่วงที่ผ่านมา

คุณจูน: ในระยะแรก จะเน้นการศึกษาวิจัยก่อนว่าเคยมีหลักสูตรหรือโครงการในลักษณะนี้มาก่อนแล้วหรือไม่ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมจากทั้งในและต่างประเทศ เช่น แนวทางการปฐมพยาบาลทางจิตใจ (Psychological First Aid) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) งานวิจัยจาก Johns Hopkins University และองค์กรอื่น ๆ อีกส่วนคือเราจัดการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (focus group) กับผู้ที่เคยผ่านหลักสูตรของ Sati App ค่ะ ทำให้ได้เจอว่ายังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ผู้พิการทางสายตาไม่สามารถทำส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ “สอดส่องมองหา” ได้ ทำให้รู้สึกไม่เชื่อมโยงกับเนื้อหาไปบ้าง

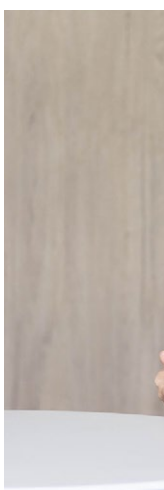
เรื่องสำคัญอีกอย่างคือ ที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินมาตรฐานหรือความพร้อมของผู้เรียนก่อนปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้หลายครั้งผู้ที่ผ่านหลักสูตรมาอาจยังไม่พร้อมรับฟังหรือดูแลผู้อื่นจริง ๆ ด้วยเหตุนี้จูนจึงมองว่า “การผ่านหลักสูตร” เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะยืนยันว่าคนคนหนึ่งพร้อมเป็นนักรับฟัง เพราะหากไม่มีระบบประเมินและพัฒนาทักษะที่ชัดเจน ก็อาจนำไปสู่ผลกระทบเชิงลบทั้งต่อตัวผู้รับฟังและผู้ที่เข้ามาขอความช่วยเหลือได้ค่ะ

ระยะถัดมาจึงเป็นการพัฒนาหลักสูตร Mind First Aid โดยใช้แนวคิด 4S คือ Self-care, Support, Sense และ Summarize (อ่านรายละเอียดได้ในส่วนถัดไป) ที่ออกแบบให้การรับฟังและการเข้าใจผู้พูด ไม่ยึดติดกับประสาทสัมผัสหรืออวัยวะอย่างสายตาเพียงอย่างเดียว แต่ใช้วิธีการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสอื่นได้ เช่น การฟัง น้ำเสียง ความเงียบ หรือบรรยากาศของการสื่อสารค่ะ

พอมีหลักสูตร ก็เปิดให้ผู้สนใจได้เข้ามาเรียนแบบออนไลน์ (online) ซึ่งเราได้ทดสอบความเข้าใจของผู้เรียนด้วย ก่อนที่จะเข้าระยะถัดไป นั่นคือ การอบรมและฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง (on-site) เพื่อให้ผู้เรียนมีโอกาสนำความรู้ที่ได้มาฝึกทำจริง ซึ่งถือเป็นช่วงสำคัญในการประเมินตนเองว่าผู้เรียนพร้อมมากหรือน้อยเพียงใด ยังขาดความเข้าใจในส่วนไหนและต้องพัฒนาเพิ่มเติมอย่างไรค่ะ

หลังจากอบรมแล้ว ก็จะเข้าสู่ขั้น “ทดลองปฏิบัติงาน” (on-the-job) ซึ่งผู้เรียนได้ทดลองเป็นนักรับฟังในสถานการณ์จริง แต่ยังอยู่ภายใต้การดูแลและให้คำแนะนำของนักจิตวิทยา เพื่อช่วยเสริมความมั่นใจและลดความกังวล ก่อนก้าวไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างเต็มรูปแบบค่ะ

เราก็ได้เลยข้อสรุปออกมาเป็นโมเดล 4S และ 3O ที่ผู้สมัครต้องสอบความเข้าใจเรื่องหลักการ 4S ให้ผ่าน และต้องเข้ารับการอบรมอย่างน้อย 2 จาก 3 รูปแบบการอบรม จึงจะมาเป็นนักรับฟังได้ค่ะ



R: การให้ผู้พิการมาเป็นนักรับฟัง มีข้อได้เปรียบอย่างไรบ้าง

คุณจูน: เห็นว่าผู้พิการรู้สึกมีคุณค่าและความมั่นใจมากขึ้น เพราะจากเดิม ผู้พิการมักถูกมองว่าเป็นผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ แต่เมื่อได้ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้อื่น แล้วได้รับคำขอบคุณและการยอมรับ ทำให้พวกเขาเกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นศักยภาพของตนเองค่ะ

ขณะเดียวกัน ผู้ใช้บริการก็บอกว่าผู้รับฟังเป็นคนที่จับเรื่องราวได้ดี เข้าใจความรู้สึก และไม่ตัดสิน ซึ่งน่าจะเป็นเพราะพวกเขาต้องฝึกฝนทักษะการฟังอย่างต่อเนื่อง และบางส่วนยังสะท้อนว่าผู้รับฟังมีความเห็นอกเห็นใจสูง อาจเพราะเคยมีประสบการณ์ชีวิตที่ทำให้เข้าใจความยากลำบากของผู้อื่นได้ดี แต่ทั้งนี้ก็ยังมีข้อจำกัดในบางสถานการณ์ เช่นเรื่องในที่ทำงาน ซึ่งผู้รับฟังอาจยังไม่มีประสบการณ์ตรงทำให้เข้าใจบริบทบางอย่างได้ไม่ครบถ้วนค่ะ

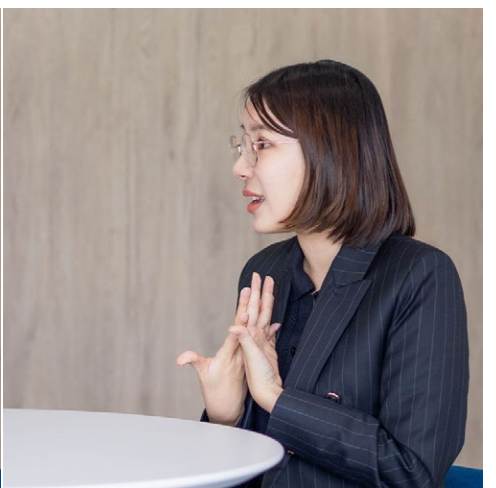
R: การดำเนินโครงการที่ผ่านมาพบข้อท้าทายอะไรบ้าง

คุณจูน: ข้อท้าทายแรกคือจำนวนการใช้บริการจากองค์กรที่ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับ Sati app ที่มีผู้เข้ามาใช้บริการค่อนข้างมาก ก็เลยกลายเป็นโจทย์ที่เราต้องหาคำตอบว่า บริการที่กำลังทำนี้เหมาะกับบริบทแบบไหนค่ะ

อีกเรื่องคือ เมื่อให้ผู้พิการมาอบรมแบบ onsite เราก็ต้องเตรียมการให้พร้อมพอสมควร เพื่อให้เขารู้สึกไม่เป็นภาระและเข้าถึงกระบวนการได้สะดวก เรียนตามตรงว่าจากงบประมาณที่เราสามารถจัดสรรได้นั้น มีโรงแรมเพียงไม่กี่แห่งที่สามารถรองรับความต้องการของผู้พิการได้ในระดับดี การหาสถานที่ที่เหมาะสมจึงเป็นอีกข้อท้าทายในการดำเนินโครงการค่ะ

“จากเดิม ผู้พิการมักถูกมองว่าเป็นผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ แต่เมื่อเขาได้ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้อื่น แล้วได้รับคำขอบคุณและการยอมรับ ทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นศักยภาพของตนเอง” — คุณจูน





R: มีบทเรียนอะไรบ้างที่คุณจูนได้จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมา

คุณจูน: ในมุมมองของจูนคือการได้รู้จักเครื่องมือที่ไม่จำเป็นต้องใช้กับแค่ผู้พิการ แต่สามารถใช้กับคนอื่น ๆ ทั่วไปได้ เช่น หลักสูตร วิธีการ และขั้นตอน จึงทำให้มองว่าองค์ความรู้เหล่านี้ไม่ควรหยุดแค่ที่โครงการนี้เท่านั้น แต่ควรเป็นเครื่องมือที่นำไปใช้และขยายต่อให้คนอื่นได้

อีกเรื่องคือการสร้างมาตรฐานในการทำงาน เช่น มาตรฐานของนักรับฟังควรเป็นอย่างไร จุดนี้ทำให้จูนหันมามองว่า เราจะสร้างมาตรฐานในเรื่องนี้โดยดูว่าใครผ่าน ไม่ผ่าน หรือต้องปรับปรุง ได้อย่างไรบ้างค่ะ

R: เป้าหมายต่อไปของโครงการเป็นอย่างไรบ้าง

คุณจูน: เรื่องสำคัญคือการพัฒนาเครื่องมือให้มีความพร้อมใช้มากขึ้น การสร้างมาตรฐานนักรับฟัง และการขยายวงให้กว้างขึ้น โดยระยะถัดไปเราจะเรียกว่า Mind First Aid learning hub ซึ่งเปิดให้คนที่อยากพัฒนาตัวเองเป็นนักรับฟังที่ดี (ไม่จำกัดแค่ผู้พิการ) สามารถเข้ามาเรียนหลักสูตรนี้ได้ โดยมีการทดสอบ มีการอบรม และฝึกปฏิบัติจริงค่ะ

R: คุณจูนมองว่า TIMS มีบทบาทอย่างไรในการช่วยต่อยอดโครงการนี้และการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะทางจิตในสังคมไทย

คุณจูน: ประการแรก จูนมองว่า TIMS เป็นทั้งผู้ฟูมฟัก (incubator) และผู้ช่วยเร่ง (acceralator) คือ TIMS มีผู้เชี่ยวชาญที่เราเข้าไปขอข้อมูลเชิงลึกหรือปรึกษาแนวทางได้ เพื่อให้เราสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้ถูกต้อง

ประการที่สอง TIMS มีเครือข่ายที่แบ่งปันทรัพยากรกันได้ เช่น เงินก้อนแรกของโครงการที่ใช้เพื่อทำวิจัยได้มาจาก TIMS จากนั้นพอเป็นรูปเป็นร่าง TIMS ก็จับคู่โครงการเราไปกับงานของ สสส. เพื่อขยายโครงการให้ดำเนินการได้มากขึ้น

ประการที่สาม คือ TIMS คอยให้คำปรึกษาและไม่ตัดสินว่าสิ่งที่เราทำจะออกมาดีหรือจะไม่สำเร็จ เหมือนกับการมีระบบสนับสนุนที่ดีมาก เอาเข้าจริงการทำนวัตกรรมมันมีความเสี่ยงค่อนข้างมาก แต่สำหรับ TIMS เขาไม่ได้กดดันเราว่า ต้องทำให้สำเร็จเท่านั้น ต้องถูกทั้งหมด แต่เขายอมรับได้ถ้าเราอาจทำผิดไปบ้าง แต่ผิดแล้วเราก็ต้องมาเรียนรู้ร่วมกัน ล้มแล้วก็ไม่เป็นไร — It’s okay to fail — แต่ต้องลุกขึ้นมาใหม่นะ

ระบบ e-learning เพื่อทุกคน

หนึ่งในเครื่องมือที่สำคัญที่สุดของโครงการ **Mind First Aid** คือ **ระบบการเรียนรู้ออนไลน์ (e-learning)** เพื่อเป็นนักปฐมพยาบาลทางใจ **เพื่อให้ทุกคนสามารถเป็นผู้รับฟังที่ดี** ช่วยเหลือผู้อื่น รวมถึงดูแลใจของตนเองเบื้องต้นได้

คุณลักษณะพิเศษของระบบการเรียนรู้ออนไลน์ของ Mind First Aid คือการเน้นที่คำว่า **“ทุกคน”** อย่างแท้จริง เนื่องจากในขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร ทีมพัฒนาพบว่า หลักสูตรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น Look-Listen-Link ของ WHO และ RAPIDS ของมหาวิทยาลัย Johns Hopkins ยังไม่ครอบคลุมผู้เรียนบางกลุ่ม เช่น ผู้พิการทางสายตา ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาด้านการสอดส่องมองหา (Look) ได้ ด้วยเหตุนี้ **การออกแบบเพื่อทุกคน (universal design)** จึงเป็นหัวใจสำคัญของระบบการเรียนรู้ออนไลน์นี้ เพื่อส่งเสริมให้ทุกคนได้มีโอกาสพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลทางใจ

หลักสูตรจะแบ่งเนื้อหาตาม **โมเดล 4S** อันได้แก่

Self-care: การดูแลใจตนเองและทัศนคติที่เหมาะสมในการฟัง

เป็นการทำความเข้าใจวิธีการดูแลตัวเองในฐานะนักปฐมพยาบาลใจเบื้องต้น เพื่อให้ผู้เรียนประเมินตัวเองได้ รู้เท่าทันสภาวะทางใจของตนเอง และมีวิธีดูแลจิตใจตัวเองหลังการรับฟัง เพื่อป้องกันภาวะเครียดสะสมหรือการแบกรับอารมณ์ของผู้อื่น จนส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ผู้รับฟังได้อย่างต่อเนื่อง

Support Ecosystem: ระบบนิเวศทางใจ

เป็นการเรียนรู้สถานการณ์สุขภาพจิตในปัจจุบัน เข้าใจสุขภาพจิตแบบองค์รวม รวมถึงเข้าใจกับความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ ช่วยให้เข้าใจระบบสนับสนุนรอบตัว เช่น นักจิตวิทยา หน่วยงาน หรือเครือข่ายที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือรับช่วงต่อได้ เพื่อให้เห็นภาพว่าการรับฟังไม่ใช่ภารกิจลำพัง แต่เป็นส่วนหนึ่งของระบบดูแลที่เชื่อมโยงกัน

Sense: การรับรู้และการเข้าใจ

เป็นการเรียนรู้แนวคิดและทักษะพื้นฐานที่ทำให้เรา “รับรู้” และ “เข้าใจ” ผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น เช่น การรับฟัง การตั้งคำถาม การทวนความ การเงียบ และการสรุปความ เป็นทักษะการรับรู้ผู้พูดอย่างลึกซึ้ง ไม่จำกัดเพียงการใช้สายตาหรือการฟัง แต่รวมถึงการฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการเงียบเพื่อเปิดพื้นที่ให้ผู้พูด และการสะท้อนความรู้สึกเพื่อเข้าใจสภาวะของผู้พูดอย่างรอบด้าน

Summarize: การสิ้นสุดการช่วยเหลือและการส่งต่อแนวทางที่เหมาะสม

เรียนรู้แนวคิดการพูดคุยสำหรับ “สรุป” เพื่อสิ้นสุดการให้บริการในครั้งนั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายรวมถึงขั้นตอนการยุติบทสนทนาและการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การช่วยเหลือ

เมื่อเริ่มต้นเรียน ผู้เรียนจะได้ทำความรู้จักกับโมเดล 4S และวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โดยบทเรียนแรก คือ Support ที่เป็นความรู้ด้านสุขภาพจิต เข้าใจสุขภาพจิตองค์รวม สอง คือ บทเรียนเรื่อง Sense ที่เน้นทักษะการฟังและการสร้างสัมพันธภาพ (rapport) สาม คือ Summarize เพื่อเรียนวิธียุติการให้คำปรึกษาและการสรุป ปิดจบเคส สี่ คือ Self-care เป็นการดูแลใจตนเองและผู้อื่น และจบด้วยคลิปเสริมเกี่ยวกับการนำไปปรับใช้เป็นขั้นตอนสั้น ๆ รวมถึงเกร็ดความรู้ที่แทรกในแต่ละบทเรียน เช่น การมือคติต่อผู้มารับบริการ และเครื่องมืออย่าง “วงกลมแห่งการควบคุม” (Circle of Control)

หลักสูตรนี้มีทั้งหมด 14 บทเรียน ซึ่งวิดีโอจะมีทั้งรูปแบบบทบรรยาย (lecture) ตัวอย่างสถานการณ์ผ่านบทบาทสมมติ (roleplay) บทสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (interview) และการลองฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ (practice) นอกจากนี้ยังมีโจทย์คำถาม ทั้งแบบทดสอบสั้น (quick quiz) แบบทดสอบก่อนเรียน (pretest) และแบบทดสอบขั้นสุดท้าย (final test) รวมถึงแนะนำคำศัพท์ที่สำคัญ สื่อการเรียนรู้จะอยู่ในรูปแบบวิดีโอที่มีเสียงบรรยายภาพ (audio description) มีตัวบทสำหรับอ่าน (transcript) และมีไฟล์เนื้อหาในเว็บไซต์ที่เอื้อต่อโปรแกรมอ่านหน้าจอ (screen reader) ซึ่งผู้เรียนสามารถดาวน์โหลดได้ นอกจากนี้ อาจารย์ผู้สอนจะอธิบายเนื้อหาที่เป็นภาพเพื่อให้คนพิการทางสายตาเข้าใจด้วย

หากคุณเป็นคนหนึ่งที่ต้องการเรียนรู้หลักการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น อยากฝึกทักษะเพื่อเป็นผู้รับฟัง เพื่อช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งให้ผู้อื่นได้ ก็สามารถลงทะเบียนเรียนหลักสูตร Mind First Aid ได้ที่ https://elearning.satiapp.co/ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ หากเรียนจบแล้วก็สมัครเป็น “หัวใจมีหู” ทาง Sati App ได้อีกด้วย

ระบบการเรียนรู้ออนไลน์ตามหลักสูตร Mind First Aid เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) กับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ได้แก่ Young Good Governance, คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, Sati App, MasterPeace และ Psycholism โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

Mind First Aid Mini Booklet
คู่มือเล่มเล็กของนักรับฟัง

Mind First Aid mini booklet ถูกออกแบบมาเพื่อสร้าง **“นักรับฟังในชุมชน”** ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนร่วมงาน เพื่อนสนิท หรือคนในครอบครัว ให้มีทักษะการปฐมพยาบาลใจเบื้องต้น โดยไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษา หรือด่วนแก้ปัญหา แต่**เป็นการเรียนรู้ที่จะอยู่เคียงข้างใครบางคนอย่างปลอดภัย อ่อนโยน และอยู่ในขอบเขตที่พอดีกับใจตนเอง** องค์ความรู้ในคู่มือเล่มนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากแนวทางสากล เช่น Psychological First Aid ขององค์การอนามัยโลก (WHO) และปรับให้เข้ากับบริบทสังคมไทย แกนหลักของหลักสูตรใช้โมเดล 4S เพื่อการดูแลใจอย่างเป็นระบบ



สแกนคิวอาร์โค้ดด้านขวา
เพื่อดาวน์โหลด
คู่มือเล่มเล็กของนักรับฟัง

เข้าใจระบบนิเวศทางใจ: ความทุกข์ไม่ได้เกิดขึ้นลอย ๆ แต่เชื่อมโยงกับร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และสภาพแวดล้อม

ทักษะสำคัญของการรับฟัง: เช่น การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทวนและสรุปความ และการใช้ความเงียบอย่างเหมาะสม

การจบบทสนทนาและการส่งต่อ: ขอบเขตที่ดีของการรับฟังไม่ใช่การแบกเรื่องราวของคนอื่นไว้กับตัวเราทั้งหมด แต่เป็นการช่วยประคองใครบางคนให้ไปถึงความช่วยเหลือที่เหมาะสมอย่างไม่โดดเดี่ยว เพราะบางสถานการณ์อาจเกินขอบเขตของเราในฐานะคนรับฟัง จึงต้องรู้จักช่องทางและวิธีเชื่อมต่อไปยังความช่วยเหลือที่เหมาะสม อย่างผู้เชี่ยวชาญหรือบริการสุขภาพจิตอื่น ๆ

การดูแลใจคนฟัง (Self-care): เรียนรู้วิธีเช็กความพร้อมของตนเองก่อนรับฟังและการดูแลใจหลังการรับฟัง เพื่อป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

คู่มือเล่มนี้สะท้อนความเชื่อว่า “สุขภาพจิตที่ยั่งยืนเริ่มต้นจากสังคมที่ผู้คนมองเห็นกัน ฟังกัน และไม่ปล่อยให้ใครต้องเผชิญความทุกข์เพียงลำพัง”

ในวันที่โลกเต็มไปด้วยเสียงมากมาย การรับฟังอย่างแท้จริง อาจเป็นของขวัญที่เรียบง่ายและจำเป็นที่สุดที่เราสามารถมอบให้กันได้ ร่วมเรียนรู้ที่จะ “ฟังเป็น” และอยู่ข้าง ๆ อย่างอ่อนโยนไปด้วยกัน

พัฒนานักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น ในกลุ่มคนพิการ

หลังจากเรียนจบหลักสูตร Mind First Aid แล้ว โครงการยังได้จัด**การอบรมให้แก่ผู้พิการ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นนักปฐมพยาบาลจิตใจคนพิการ** โดยแบ่งการอบรม เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. การจัดอบรมรอบทดลองกระบวนการ หรือกลุ่มทำงานองค์กรต้นแบบ (employment)
2. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนานักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นโดยคนพิการ (training)

ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการอบรมทั้งแบบ online และ on-site (อบรมเชิงปฏิบัติการ) โดย กลุ่มที่ 1 จะได้รับการอบรมตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน 2568 เพื่อเตรียมตัวไป ปฏิบัติงานรับสายให้องค์กรต้นแบบผ่าน Sati App (on-the-job training) เป็นเวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-กันยายน 2568 ส่วนกลุ่มที่ 2 จะได้รับการอบรมตั้งแต่เดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2569 ก่อนจะรับสายเป็นผู้รับฟังบน Sati App

การอบรมแบบ on-site

- กลุ่มที่ 1 จัดขึ้นในวันที่ 2-3 เมษายน 2568
- กลุ่มที่ 2 แบ่งเป็น 2 รุ่น
  - รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 23-24 สิงหาคม 2568
  - รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 30-31 สิงหาคม 2568

โดยมีหน่วยงานร่วมจัดคือ Young Good Governance และภาคีเครือข่าย ได้แก่ สถาบัน วิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS), คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ Sati App

การอบรมแบบ on-site มีกิจกรรมหลากหลายเพื่อเตรียมความพร้อมให้นักปฐมพยาบาล จิตใจเบื้องต้น เช่น

การแนะนำกระบวนการทำงานเบื้องต้น

เพื่อให้นักปฐมพยาบาลฯ เข้าใจกระบวนการทำงาน เบื้องต้น ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังให้บริการ

กิจกรรมตัวตน

ให้ผู้เข้าอบรมเปรียบตัวเองเป็น “อะไรสักอย่างหนึ่ง” ที่ตรงกับตัวตนของตัวเองมากที่สุด แล้วแบ่งปันความคิด กันจนได้ข้อสรุปว่า คนเราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามบริบท ณ ตอนนั้น และคนเรามีหมวกหลายใบตาม บทบาทและสถานะที่เป็นอยู่

กิจกรรมประสบการณ์การฟัง

ให้ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งปันประสบการณ์ขอรับ คำปรึกษาที่จำไม่ลืม โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมหารือกันจน ได้ข้อสรุปว่า สาเหตุที่ทำให้การขอรับคำปรึกษานั้นเป็น เหตุการณ์ที่จำได้ไม่รู้ลืมคือ การได้รับความช่วยเหลือ ได้เปลี่ยนมุมมองวิธีคิด รู้สึกว่ามีผู้รับฟัง แต่บางส่วนก็รู้สึก ไม่คลี่คลาย เพราะผู้ให้คำปรึกษาเล่าแต่เรื่องของตนเอง

กิจกรรมทวนความ

ฝึกทักษะการทวนความ โดยเน้นที่องค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ จับใจความสำคัญได้ ไม่แต่งเติมเรื่องราว (ไม่ตีความ) และสั้น-กระชับ

ภาพบรรยากาศภายในงาน วันที่ 23-24 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น





แพทย์หญิงวัชรา ริ้วไพบูลย์ จากสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลและที่ปรึกษาโครงการ Mind First Aid ร่วมเป็นวิทยากรในกิจกรรมพัฒนานักปฐมพยาบาลจิตใจฯ วันที่ 23-24 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น

หลังจากผ่านการอบรมแบบ on-site แล้ว ผู้เข้าอบรมกลุ่มที่ 1 ยังได้เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์อีก 3 ครั้งในช่วงเดือนพฤษภาคม 2569 โดยเป็นกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับคนพิการในการทำงานเป็นนักปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้นที่องค์กรต้นแบบ

ครั้งที่ 1 เป็นการฝึกโดยทดลองให้บริการรับฟังพูดคุยตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เช่น ความขัดแย้งกับเพื่อนบ้านและความกลัวในการสื่อสาร ความรู้สึกโดดเดี่ยวในที่ทำงาน ปัญหาเรื่องเพื่อนยืมเงิน และความเครียดจากการเห็นพ่อแม่ทะเลาะกันเป็นประจำ การฝึกนี้ทำให้เห็นความตั้งใจและพัฒนาการของผู้เข้าอบรม รวมถึงความพร้อมในเบื้องต้นสำหรับการทำงานนักปฐมพยาบาลใจเบื้องต้น โดยมีบางประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่ม เช่น ความแม่นยำในการจับใจความและการตัดสินใจแทนผู้รับบริการ

ครั้งที่ 2 เป็นการทดลองให้บริการรับฟังพูดคุย โดยอิงตามขั้นตอนการทำงานจริง และสถานการณ์ในบริบทของผู้รับบริการของ 2 องค์กรต้นแบบ ผลการอบรมพบว่า ทุกคนมีความตั้งใจและพยายามฝึกฝนอย่างเห็นได้ชัด อีกทั้งส่วนใหญ่ยังเข้าใจขั้นตอนและหลักการให้บริการเป็นอย่างดี โดยมีข้อกังวลอยู่บ้างเรื่องการให้บริการเคสที่มีภาวะอารมณ์รุนแรง เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 3 เป็นการฝึกทดลองให้บริการรับฟังพูดคุย โดยอิงตามขั้นตอนการทำงานจริง และสถานการณ์ในบริบทของผู้รับบริการจาก 2 องค์กรต้นแบบร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโครงการ โดยมีการสลับผู้ฝึกซ้อม ผลการอบรมพบว่า ส่วนใหญ่จำขั้นตอนได้ค่อนข้างครบและมีทักษะด้านต่าง ๆ โดยมีจุดที่ต้องปรับปรุง เช่น ความไม่มั่นใจในการตั้งคำถามและน้ำเสียงแข็ง นอกจากนี้ผู้รับการอบรมยังมีเรื่องที่กังวลคือ เคสที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตาย และกลัวว่าจะพูดผิดพลาดแล้วทำให้สถานการณ์แย่ลง

เนื่องจากนักปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้นหลายคนมีความกังวลเรื่องเคสที่เป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย ทางโครงการจึงได้จัดอบรมเพิ่มอีกครั้งเป็นกิจกรรมฝึกปฏิบัติร่วมกับนักจิตวิทยาการปรึกษาในรูปแบบ “ตัวต่อตัว” (one-on-one training) โดยเน้นทักษะการรับมือเคสที่มีภาวะซึมเศร้าและมีอารมณ์ที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

ผู้พิการที่ทำงานเป็นนักรับฟังในองค์กรต้นแบบสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญว่า ตัวเองได้พัฒนาทักษะการรับฟัง เสริมสร้างความเห็นอกเห็นใจ และลดการตัดสินผู้อื่น สามารถนำทักษะเหล่านี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีกับคนรอบข้าง รู้วิธีจัดการอารมณ์ตัวเองหลังรับสาย และรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคนอื่น ทั้งหมดนี้ **ทำให้ผู้พิการรู้สึกมีเป้าหมายในชีวิตและมีคุณค่ามากขึ้น**

การอบรมออนไลน์สำหรับกลุ่มที่ 2 คือ **การเตรียมความพร้อมคนพิการในการทดลองฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น ผ่านเสียงโทรศัพท์ในแพลตฟอร์ม Sati App กับนักจิตวิทยาการปรึกษา** ช่วงวันที่ 3-5 และ 7 ตุลาคม 2568 โดยเน้นที่การฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น โดยอิงขั้นตอนการทำงานจริง ซึ่งมีสถานการณ์สมมติ 2 สถานการณ์ โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกตั้งคำถามและพูดคุยกับนักจิตวิทยาการปรึกษา

ผลการอบรมพบว่า ผู้พิการมีความตั้งใจดีมากและใช้ทักษะที่เรียนมา เช่น ตั้งคำถาม การสะท้อนอารมณ์ และการสรุปความได้ดี โดยมีส่วนที่ต้องปรับปรุง เช่น การเล่าเรื่องของตัวเองให้ผู้รับบริการฟัง และยังมีความกังวลเรื่องการรับมือเคสยาก เช่น มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาก็ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มเติม

หลังจากเริ่มรับสายบน Sati App แล้วในช่วงเดือนตุลาคม 2568 นักปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้นกลุ่มที่ 2 ก็ได้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนประสบการณ์ (reflection) ทางออนไลน์ ในวันที่ 1 และ 3-4 พฤศจิกายน 2568 โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่างบอกเล่าประสบการณ์ในแง่ดี เช่น มั่นใจในตัวเองมากขึ้นและภูมิใจในตัวเอง รวมถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเองในเชิงบวก เช่น ทำให้เปิดใจรับฟังและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น และทำให้อารมณ์นิ่งขึ้นจากที่เคยใจร้อน

นักรับฟังพลังพิเศษ

เนื่องในวันที่ 10 กันยายนของทุกปี เป็นวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก และตระหนักว่าแต่ละชีวิตมีคุณค่า จึงไม่ควรมีใครถูกทิ้งให้โดดเดี่ยวกับความทุกข์ใจ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน, กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) โดยคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ Sati App จึงได้ร่วมกันจัด**กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตในสถานประกอบการผ่านการสร้างนักรับฟังผู้พิการ “นักรับฟัง พลังพิเศษ” (Gifted Listeners)** ขึ้นในวันที่ 10 กันยายน 2568 ณ ศูนย์การค้าเซ็นทรัลเวิลด์

ภายในงานมีทั้งนิทรรศการแสดงผลงานและเวทีเสวนาสนับสนุนการสร้างงานให้ผู้พิการ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้พิการและพัฒนาความสามารถอย่างยั่งยืน ซึ่งเกิดจากการผสานความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาควิชาการ โดยมุ่งเน้นเสริมพลังคนพิการในการทำหน้าที่เป็นนักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น ผ่านการอบรมตามหลักสูตร Mind First Aid ซึ่งใช้โมเดล 4S กิจกรรมนี้ยังทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานประกอบการ เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพจิตมากขึ้น

นอกจากนี้ ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หัวหน้าโครงการการพัฒนาและต่อยอดกลไกวิชาการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพจิต หรือ “สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)” และ ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ จิตแพทย์และรองโฆษกกระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิของโครงการฯ ได้ร่วมเป็นวิทยากร เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็นนักรับฟัง รวมถึงเป็นผู้นำเสนอผลงานนิทรรศการในครั้งนี้ด้วย



ดร. นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม รองผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จากซ้ายไปขวา: ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์, นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต, ฐิติพร ประวัติศรีชัย ที่ปรึกษานักรับฟังพลังพิเศษ, เมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ COO บริษัท WE Tech Consulting, นายสัตวแพทย์วิกรม เจตนาวณิชย์ กรรมการและประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล บริษัท เพื่อนสัตว์เลี้ยง ศรีราชา จำกัด



งานแถลงข่าวและเสวนา “คืนความรู้ โครงการ Mind First Aid”

หลังจากพัฒนาทักษะผู้พิการและได้ทดลองเป็นนักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น ทั้งในองค์กรต้นแบบและเป็นอาสาสมัครนักรับฟังทาง Sati App แล้ว โครงการการพัฒนานักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นในคนพิการ (Mind First Aid), สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ภายใต้คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), Sati App, Young Good Governance, MasterPeace และสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงได้จัด**งานแถลงข่าวและเสวนาคืนความรู้ Mind First Aid** เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2569 ณ Club Siam Glow Fish อาคาร Siam Patumwan House ชั้น 11 เพื่อนำเสนอผลวิจัยและการดำเนินงานของโครงการ Mind First Aid ซึ่ง**เน้นศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการนำความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้นไปใช้ในองค์กรต้นแบบ และเพื่อเสริมพลังคนพิการและสนับสนุนเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในชุมชนและองค์กร**

กิจกรรมภายในงาน มีการแถลงผลงาน องค์ความรู้ และประเด็นเสวนาดังนี้

ถอดบทเรียนจากการพัฒนาหลักสูตร Mind First Aid เพื่อสร้างนักปฐมพยาบาลทางใจที่พร้อมรับฟัง

โดย รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล ที่ปรึกษาโครงการและกรรมการบริหารสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)

ถอดบทเรียนจากการพัฒนาหลักสูตร Mind First Aid
โดย รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล



ความเป็นมาของการออกแบบและพัฒนาหลักสูตร Mind First Aid

ผสานองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับประสบการณ์ในการทำงานของอาสาสมัครนักรับฟัง เพื่อให้หลักสูตรตอบโจทย์และสามารถเข้าถึงได้ทุกคน โดยคุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ ผู้ก่อตั้ง Sati App

ผลลัพธ์จากการใช้หลักสูตร Mind First Aid เสริมพลังการรับฟังให้กับคนพิการ

ผ่านการนำเสนอผลการวิจัย โดยคุณเมธาวี ทัศนา-เสถียรกิจ ผู้รับผิดชอบโครงการการพัฒนานักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นในคนพิการ

เปิดมุมมองการปฐมพยาบาลทางใจในบริบทองค์กร

โดย ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช รองคณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรรมการบริหารสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)

เวทีเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของ “นักรับฟังพลังพิเศษ”

คุณถามวัต สุทธิพงศ์ และคุณมาเรียม มากาบู โดยมีคุณกันตพร สวนศิลป์พงศ์ เป็นผู้ดำเนินรายการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้ผ่านมุมมองของนักรับฟังพลังพิเศษทั้ง 2 ท่านที่มาบอกเล่าประสบการณ์ในการทำงานเป็นนักปฐมพยาบาลทางใจในองค์กร ทั้งสิ่งที่ได้เรียนรู้และความท้าทายที่พบเจอจากการทำงานจริง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของคนพิการในบทบาทการเป็นนักรับฟังที่ช่วยปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้นให้กับผู้อื่นได้ และเน้นย้ำถึงสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้อื่นอย่างการดูแลใจของตัวเองให้แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับโมเดล 4S ในการทำงาน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า**การพัฒนาบทบาทของคนพิการเพื่อเป็นนักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นในองค์กร มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้กับคนในสังคม**เนื่องจาก Mind First Aid เป็นหลักสูตรการพัฒนานักปฐมพยาบาลใจเบื้องต้นที่ประชาชนทั่วไปรวมถึงคนพิการสามารถเรียนรู้ได้ ซึ่งวิธีการของการปฐมพยาบาลทางจิตนี้ไม่ใช้ยา ไม่ใช่การบำบัด แต่เป็น “การรับฟังโดยไม่ตัดสิน” และส่งเสริมให้คนพิการมีบทบาทการทำงานในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือด้วยทักษะการรับฟัง

ทั้งนี้ มีคนพิการที่ผ่านการอบรม e-Learning จำนวน 210 คน และผ่านกระบวนการ 3O (online, on-site และ on-the-job training) พร้อมทำหน้าที่เป็น “นักรับฟังพลังพิเศษ” ผ่าน Sati App จำนวน 58 คน นอกจากนี้ “นักรับฟังพลังพิเศษ” ยังเป็นโมเดลต้นแบบการจ้างงานคนพิการที่กรมสุขภาพจิต กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และกรมการจัดหางาน ได้ลงนาม MOU ร่วมกัน เพื่อนำร่องส่งเสริมคนพิการ 500 คน ให้มีทักษะพร้อมต่อยอดสู่โอกาสในการประกอบอาชีพ และช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตคนวัยทำงาน ทำให้ตอนนี้ **มีคนพิการที่ได้รับการจ้างงานให้ทำหน้าที่เป็นนักรับฟังในบริษัทเอกชนไทยภายใต้ มาตรา 35 พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 แล้วจำนวน 40 คน**

ภายในงาน คุณเมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ ยังได้นำเสนอผลการวิจัยเรื่อง การเสริมพลังคนพิการผ่านการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้พิการที่ได้รับการอบรมครบทั้งแบบ online, on-site และ on-the-job นั้น มีอัตราการถอนตัวจากการเป็นผู้รับฟังต่ำสุด เพียง 3 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการอบรมแค่แบบ online และ on-site ซึ่งถอนตัว 30 เปอร์เซ็นต์ และกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบ online และ on-the-job ถอนตัวมากสุดถึง 50 เปอร์เซ็นต์ อันเป็นผลมาจากการขาดความมั่นใจในการรับฟัง

ส่วน ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช ได้นำเสนองานวิจัยเรื่องผลกระทบของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยคนพิการที่มีต่อองค์กร ซึ่งได้ผลลัพธ์สำคัญคือ **ผู้รับบริการมีคะแนนความรู้สึกทางลบและความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองลดลงหลังเข้ารับบริการ** โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 3 ประการ คือ

1. ควรพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการการปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (Mind First Aid) ให้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในด้านต่างๆ เช่น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและการสร้างความรู้สึกไว้วางใจ

2. พัฒนาระบบการให้บริการ โดยเน้นเพิ่มการเข้าถึงความสะดวกในการรับบริการ และการปกป้องความเป็นส่วนตัว รวมถึงการพัฒนากลไกการสร้างความไว้วางใจ เนื่องจากผู้รับบริการบางส่วนกังวลเรื่องการเปิดเผยเรื่องราวกับคนในองค์กร

3. การนำระบบการปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นเข้าไปใช้ในแต่ละองค์กร ควรคำนึงถึงนโยบายการดูแลสุขภาพจิตพนักงานที่มีอยู่เดิมของแต่ละองค์กรด้วย





ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช นำเสนองานวิจัยเรื่องผลกระทบของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยคนพิการที่มีต่อองค์กร



บรรยายความเป็นมาของการออกแบบ
และพัฒนาหลักสูตร Mind First Aid
โดยคุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์

เวทีเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ของ “นักรับฟังพลังพิเศษ”
โดยคุณถามวัต สุทธิพงศ์ และ
คุณมาเรียม มากาบู ซึ่งมีคุณกันตพร
สวนศิลป์พงศ์ เป็นผู้ดำเนินรายการ



จากซ้ายไปขวา: อมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์, ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช,
ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์, ดร. นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม,
รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล, เมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ,
กันตพร สวนศิลป์พงศ์
แถวล่าง: ฐิติพร ประวัติศรีชัย



CHAPTER 4

ORGANIZATIONAL MENTAL HEALTH



"Like a fish in water"
— English idiom

Thai Mind Awards: รางวัลการคัดเลือกสุดยอดองค์กรสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต

สุขภาพจิตคนวัยทำงาน นับเป็นปัญหาหนึ่งที่กระทบทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับองค์กร และระดับสังคม กล่าวคือ ความป่วยไข้ทางจิตส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้คนแตกต่างกันตามความรุนแรง ตั้งแต่การเสียประสิทธิภาพการทำงาน จนถึงขั้นต้องออกจากงาน สถานการณ์เช่นนี้ย่อมส่งผลเสียต่อความมั่นคงในชีวิตของปัจเจกบุคคล ทั้งด้านการเงิน และความก้าวหน้าของหน้าที่การงาน ส่วนองค์กรก็เสี่ยงเสียบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ซึ่งอาจยากต่อการทดแทน ส่วนสังคมก็อาจสูญเสียกำลังแรงงานทางเศรษฐกิจ และอาจถึงขั้นเสียมนุษย์คนหนึ่งที่สร้างประโยชน์แก่โลกใบนี้ได้

ในปัจจุบัน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องเจอกับโจทย์ใหญ่ข้อหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น เช่น **ภาวะหมดไฟ (burnout)** และ **ภาวะฝืนทำงาน (presenteeism) อันหมายถึง การที่พนักงานยังฝืนตัวเองทำงาน แม้จะเจ็บป่วยในระดับที่ควรหยุดพักหรือพบแพทย์** โดยมีเหตุผลสำคัญที่สุด 3 ข้อ คือ (1) ความรู้สึกว่าไม่มีคนรับผิดชอบงานแทน (2) มีงานด่วนหรืองานสำคัญในวันนั้น และ (3) ความจำเป็นทางการเงิน หรือกลัวกระทบการประเมิน **การฝืนทำงานจะส่งผลเสียในระยะยาวต่อทั้งสุขภาพจิตของพนักงานและประสิทธิภาพขององค์กรเอง** เพราะอาจส่งผลให้คุณภาพงานถดถอย ปัญหาสุขภาพจิตยิ่งทรุดจนทวีความรุนแรงขึ้น

ด้วยเหตุนี้ **คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)** โดยการสนับสนุนทุนจาก **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)** จึงได้จัดโครงการ **“รางวัลการคัดเลือกสุดยอดองค์กรสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต” (Thai Mind Awards 2026)** ขึ้นเป็นปีที่ 2 หลังจากที่โครงการปีแรกได้รับความสนใจอย่างมาก จนมีองค์กรสมัครเข้ารับคัดเลือกถึงกว่า 50 แห่ง เพื่อผลักดันให้องค์กรทุกระดับเล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในที่ทำงาน โดยเปิดให้องค์กรต่าง ๆ สมัครและส่งผลงานได้ตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม – 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ภาพบรรยากาศงานแถลงข่าวเปิดงาน Thai Mind Awards 2026
จากซ้ายไปขวา: ประพัฒน์ ศรีสินทรัพย์, ผศ. ดร.ประพิมพา จรัสรัตนกุล, ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์, ศ. ดร.วิเลิศ ภูริวัชร, ณรงค์ศักดิ์ โคสี, ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์, ฐิติพร ประวัติศรีชัย



เพื่อจะเป็นสุดยอดองค์กรส่งเสริมสุขภาวะทางจิต องค์กรที่สมัครเข้ารับคัดเลือกต้องดำเนินงานโดยมีผลลัพธ์เชื่อมโยงกับกรอบ **GRACE model** ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยขับเคลื่อนสุขภาวะทางจิตในการทำงานของพนักงาน อย่างน้อย 1 มิติ จาก 5 มิติ อันประกอบด้วย

Growth & development: การจัดระบบเพื่อพัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าในอาชีพอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม

Recognition: การชื่นชมและให้คุณค่ากับการทำงานของบุคลากรทั้งในระดับบุคคลและทีม

All for inclusion: การสร้างบรรยากาศที่ทุกคนรู้สึกมีส่วนร่วมและได้รับการยอมรับอย่างเท่าเทียม

Care for health & safety: การดูแลสุขภาพกายและจิต รวมถึงความปลอดภัยในการทำงาน

work life Enrichment: การสนับสนุนให้การทำงานและชีวิตส่วนตัวเสริมคุณค่าซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ ผลงานที่ส่งเข้าประกวดจะได้รับการประเมินจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ **ผ่านเกณฑ์หลัก 4 ข้อ** หรือ **FEEL** เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับกลยุทธ์องค์กร โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวประกอบด้วย

Formulate
มีวัตถุประสงค์และหลักการพัฒนาโปรแกรมชัดเจน

Enact
มีการนำโปรแกรมไปใช้อย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน

Evaluate
มีกระบวนการประเมินผลและนำไปปรับปรุงอยู่สม่ำเสมอ

Leverage
ผลลัพธ์สอดคล้องกับกลยุทธ์และวัฒนธรรมขององค์กร



หลังประเมินจากทั้งแบบสำรวจ Workplace Environment Online Survey และการลงพื้นที่สำรวจองค์กร คณะกรรมการได้คัดเลือกองค์กรที่ได้รับรางวัลใน 2 สาขา ทั้งนี้ได้จัดพิธีประกาศผลและมอบรางวัลขึ้นในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2569 โดยองค์กรที่ได้รับรางวัลดังกล่าว มีดังต่อไปนี้

“สุดยอดองค์กรสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต”
(Thai Mind Awards Winner)
จำนวน 4 องค์กร

1. กลุ่มธุรกิจการเงินเกียรตินาคินภัทร
2. เอไอเอ ประเทศไทย
3. บริษัท บี.กริม เพาเวอร์ จำกัด (มหาชน)
4. โรงแรม พาร์ค ไฮแอท กรุงเทพฯ



นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ ผู้จัดการกองทุน สสส. มอบรางวัลให้แก่ ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนสมุทรปราการ ในมิติ Care for Health and Safety

องค์กรที่มีความโดดเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในมิติต่าง ๆ ของ GRACE Model (The Honorable Mention Awards)
จำนวน 5 องค์กร

1. การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ในมิติ Growth and Development
2. บริษัท โตโยต้า มอเตอร์ ประเทศไทย (จำกัด) ในมิติ Care for Health and Safety และ All for Inclusion
3. บริษัท แพนดอร่า โพรดักชั่น จำกัด ในมิติ Care for Health and Safety
4. บริษัท พีทีจี เอ็นเนอยี จำกัด (มหาชน) ในมิติ The Good Initiative for GRACE Model
5. ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนสมุทรปราการ ในมิติ Care for Health and Safety



In Conversation with

เกรียงไกร อยู่ยืน

ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล บริษัท บี.กริม เพาเวอร์ จำกัด (มหาชน) และกลุ่ม บี.กริม

เรื่อง: ปพน ศิริมัย
ภาพ: กสิกร พันธุโพธิ์
สัมภาษณ์วันที่
29 พฤษภาคม 2569

“Doing Business with Compassion” หรือการดำเนินธุรกิจด้วยความโอบอ้อมอารี เป็นหลักการทำงานที่สืบทอดอยู่ในวัฒนธรรมองค์กรของ บี.กริม มาอย่างยาวนาน ด้วยความเชื่อว่าการเติบโตทางธุรกิจไม่อาจแยกขาดจากการเติบโตของผู้คน สังคม และสิ่งแวดล้อม การดูแลพนักงานจึงเป็นหนึ่งในรากฐานสำคัญขององค์กร

อย่างไรก็ตาม แนวทางการส่งเสริมสุขภาวะของพนักงานไม่ได้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์แบบตั้งแต่วันแรก แต่ค่อย ๆ พัฒนาผ่านการรับฟังและทำความเข้าใจความต้องการของคนในองค์กร จนกลายเป็นระบบการดูแลที่ให้ความสำคัญทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และสุขภาพทางการเงิน

บทสนทนานี้จะพาไปพูดคุยกับ **คุณบอลล์ เกรียงไกร อยู่ยืน ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ของ บริษัท บี.กริม เพาเวอร์ จำกัด (มหาชน) และกลุ่ม บี.กริม** ที่ได้รับรางวัล Thai Mind Awards สองปีซ้อน ถึงบทเรียนและมุมมอง ว่าทำไมการดูแลสุขภาวะของพนักงานจึงไม่ใช่เพียงสวัสดิการ แต่เป็นส่วนสำคัญของการสร้างองค์กรที่เติบโตอย่างยั่งยืน

RISE IMPACT: ในมุมมองของคุณบอลล์ “สุขภาวะทางจิต” กับ “ประสิทธิภาพการทำงาน” สัมพันธ์กันอย่างไร

คุณบอลล์: จริงอยู่ที่องค์กรต้องการประสิทธิภาพ แต่ประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้ก็มาจากคนทำงาน และคนจะทำงานให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร หากพวกเขาไม่มีสุขภาวะทางจิตที่ดี ดังนั้นการมีสุขภาพกายและสุขภาวะทางจิตที่ดีจึงเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการสร้างประสิทธิภาพของงาน

R: นี่คือสาเหตุที่ บี.กริม ให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางจิตใช่ไหมครับ

คุณบอลล์: ใช่ครับ และ บี.กริม ก็ไม่ได้เพิ่งมาเริ่มให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางจิตของพนักงานนะครับ

เดิมที บี.กริม ได้เริ่มดำเนินธุรกิจในไทยด้วยการตั้งโรงผลิตและจำหน่ายยา ช่วงนั้นอหิวาตกโรคระบาดมากในประเทศไทย บี.กริม ก็ได้นำยาแผนตะวันตกมาให้คนไทยได้ใช้ ส่งผลให้ได้รับความไว้วางใจจากราชสำนัก

ผู้ก่อตั้ง ณ ช่วงเวลานั้น ให้ความสำคัญกับการทำธุรกิจที่เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น จนพัฒนาเป็นปรัชญาองค์กร “การทำธุรกิจด้วยความโอบอ้อมอารี” เราเชื่อว่าธุรกิจสามารถเติบโตไปพร้อมกับคน สังคม และสิ่งแวดล้อมได้

ดังนั้นในส่วนของคน เราจึงให้ความสำคัญกับการใส่ใจพนักงาน เพราะหากละเลยเรื่องสุขภาวะทางกายหรือใจ ในระยะยาวองค์กรก็ประสบความสำเร็จไม่ได้ เนื่องจากพนักงานเป็นผู้ขับเคลื่อนธุรกิจ นี่จึงเป็นที่มาที่องค์กรให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางจิตและส่งต่อปรัชญานี้กันมารุ่นต่อรุ่นเลยครับ

R: ตอนที่จะขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะทางจิตในองค์กร มีแรงต้านจากคนในองค์กรบ้างหรือไม่

คุณบอลล์: มีเป็นธรรมดาครับ ซึ่งเราได้พยายามทำความเข้าใจพนักงาน ยอมรับความหลากหลาย ประเด็นแรก เวลาพูดถึงเรื่อง “สุขภาวะทางจิต”

จริง ๆ มันอยู่ที่จริตของผู้รับด้วย เพราะเมื่อจัดกิจกรรมหนึ่ง ๆ บางคนก็มองว่ากิจกรรมนั้นเข้ากับตัวเอง แต่บางคนก็มองว่าไม่เข้า เช่น การทำสมาธิก็ไม่ได้ถูกใจทุกคน

ประเด็นที่สอง เมื่อพูดถึงเรื่องสุขภาวะทางจิต พนักงานหลายคนก็มองว่าเขาไม่ได้มีปัญหาทางจิตหรือต่อให้มีก็เป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ใช่เรื่องที่องค์กรต้องไปยุ่งเกี่ยว เขาไม่รู้สึกว่ามีพื้นที่ปลอดภัยทางใจให้เปิดเผยเรื่องนี้อย่างตรงไปตรงมา และกลัวถูกมองว่าเป็นคนมีปัญหาครับ

R: ใช้วิธีไหนสร้างความเข้าใจหรือโน้มน้าวให้พนักงานเห็นความสำคัญครับ

คุณบอลล์: เรามีช่องทางการสื่อสารหลากหลาย โดยพยายามสื่อสารให้มากและบ่อยครั้ง ผ่านทุกช่องทาง ที่สำคัญคือผู้นำหรือหัวหน้างานขององค์กรต้องสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้พนักงานทุกคนรู้สึกว่าปลอดภัยที่จะคุยเรื่องนี้ ไม่ต้องกังวล มีอะไรก็พูดได้

แต่ทั้งนี้ก็ยังอยู่ระหว่างการพัฒนา หลายคนอาจจะยังไม่กล้าพูด แต่แนวโน้มก็ดีขึ้น คนในองค์กรต่างก็ค่อย ๆ ซึมซับ เริ่มเปิดใจกับเรื่องนี้มากขึ้นครับ บางคนทำแล้วเห็นผล ก็ส่งต่อเรื่องราวดี ๆ ให้คนอื่น ดังนั้นการสื่อสารให้พนักงานเข้าใจวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจและหวังดีจึงเป็นสิ่งสำคัญครับ

R: บี.กริม มีพนักงานทั้งในนิคมอุตสาหกรรม สำนักงาน และทีมต่างประเทศ ความต้องการด้านสุขภาวะทางจิตของแต่ละกลุ่มต่างกันอย่างไร และออกแบบสวัสดิการให้ครอบคลุมอย่างไร

คุณบอลล์: บริบทและสภาพแวดล้อมของแต่ละกลุ่มไม่เหมือนกันแน่ ๆ ครับ สำหรับคนที่ทำงานต่างประเทศ สิ่งที่ทำให้เครียดกังวลคือการอยู่ไกลบ้าน ความไม่คุ้นเคย ความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการเดินทาง และความลำบากในการปรับตัวเรื่องภาษาวัฒนธรรม สำหรับกลุ่มที่ทำงานโรงงานบ่อยครั้งต้องอยู่ในกรอบและระเบียบเพราะเป็นเรื่องความปลอดภัย ต้องเจอความร้อนเจอแดด ส่วนกลุ่มออฟฟิศก็ประชุมเยอะมาก ประชุมติด ๆ กัน เครียด รถติด กลับบ้านดึก ตื่นเช้า

“คนจะทำงานให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร หากปราศจากการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี” — คุณบอลล์

ทีนี้เราเห็นว่าจะตอบโจทย์การเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตไม่ได้ด้วยกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง สิ่งที่เราทำคือ หนึ่ง ต้องเข้าใจความต้องการของพนักงานแต่ละกลุ่ม ไม่เหมารวมว่าเป็นพนักงานเหมือนกันแล้วจะต้องการเหมือนกัน

สอง ต้องดูว่าสวัสดิการที่ให้ไปนั้นตอบโจทย์หรือไม่ เช่น กลุ่มทำงานต่างประเทศต้องเข้าใจครอบครัวเขาให้กลับบ้านได้บ่อยแค่ไหน ฝั่งโรงงานก็เข้าไปคุยกันว่าเกิดอุบัติเหตุเพราะอะไร ในออฟฟิศที่ประชุมเยอะเราก็คุยกันว่าซ้ำซ้อนหรือใช้เวลานานเกินไปหรือไม่

จะเห็นว่า แม้แนวทางในการสนับสนุนพนักงานแต่ละกลุ่มไม่เหมือนกัน แต่กระบวนการเหมือนกัน คือเข้าไปคุยและเข้าใจว่าเขากำลังเจอกับอะไร ต้องการอะไร เราถึงจะรู้ว่าต้องทำอะไรครับ

R: บี.กริม มีโครงการส่งเสริมพนักงานหลายโครงการ ถ้าให้เลือก 1–2 โครงการที่ส่งผลต่อพนักงานมากที่สุดจริง ๆ คือโครงการอะไร และมีการวัดผลอย่างไร

คุณบอลล์: ผมอาจตอบไม่ได้ว่าโครงการใดได้ผลดีที่สุด เพราะแต่ละโครงการพนักงานไม่ได้ถูกบังคับ เขาเลือกตามความสนใจของเขา แต่ผมจะอธิบายสองกลุ่มเป้าหมายหลัก คือหัวหน้าและพนักงาน ว่าเราดูแลเขาอย่างไร

กลุ่มหัวหน้ามีอิทธิพลต่อที่ทำงานสูงมาก จากการสำรวจของเราพบว่า หัวหน้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้พนักงานลาออกมากที่สุด เราจึงใส่ใจที่จะสร้าง “หัวหน้าที่มีความโอบอ้อมอารี” (compassionate leader) ซึ่งหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญคือการมีสติ หลายคนนึกถึงแค่การนั่งสมาธิ แต่สำหรับเรา “การมีสติสำหรับหัวหน้า” (mindfulness for leader) หมายถึงทักษะในการ “หยุด/สังเกต/คิดให้กระจ่าง/ตอบสนองอย่างชาญฉลาด” (pause/observe/think clearly/respond wisely) ซึ่งต้องอาศัยสติและการฝึกฝนอยู่ตลอดเวลา



“บางองค์กรไม่คิดว่า well-being เป็นหน้าที่ขององค์กร และถ้าจะใส่ใจเรื่องนี้ขึ้นมาก็กลัวว่าจะเกิดค่าใช้จ่าย เพราะยังมองไม่เห็นว่าการลงทุนเรื่องนี้จะให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กรอย่างไร”
— คุณบอลล์

สำหรับกลุ่มพนักงาน พวกเขาก็ต้องมีสติด้วยเช่นกัน โดยเรามีการพาไปฝึกสติทำสมาธิที่วัดปทุมวนาราม ได้ผลดีทีเดียว หลายคนชอบ ผู้บริหารก็ไปด้วย นอกจากนี้ เรายังพยายามขยายผลให้เรื่องของการมีสติเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของพวกเขา ไม่ว่าจะขับรถกลับบ้านหรือกลับไปเจอครอบครัว เพราะถ้ามีสติได้ ก็อาจช่วยให้จัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น รวมถึงการออกแบบกิจกรรมที่มีความสนุกสนาน โดยสอดแทรกเรื่องการฝึกสติเข้าไปในแต่ละกิจกรรมด้วยครับ

อีกหนึ่งโครงการที่ลืมไม่ได้เลยคือ **“ชั่วโมงฟังใจ”** การทำสมาธิเป็นการดูแลเชิงป้องกัน แต่เมื่อป้องกันไม่ไหวแล้ว พนักงานก็อยากหาคนที่ร่วมรับฟังได้ โครงการนี้เราทำร่วมกับคณะจิตวิทยา จุฬาฯ ทีแรกเราก็กลัวว่าจะทำไม่ได้ เพราะพนักงานอาจกังวล แต่พอรู้ว่าข้อมูลถูกปิดเป็นความลับ หัวหน้าก็ไม่รู้ พนักงานก็รู้สึกปลอดภัยและกล้าเข้าร่วมมากขึ้น แม้ตอนแรกจะมีผู้เข้าร่วมน้อย แต่ตอนนี้ประสบความสำเร็จดีมากครับ

ในส่วนของการวัดผล หลัก ๆ เราใช้ Engagement Survey ซึ่งออกแบบค่อนข้างละเอียด บนพื้นฐานของ Gross National Happiness จากประเทศภูฏาน ที่เชื่อว่าความอยู่ดีมีสุขของประชาชนต้องวัดจากความสุข ไม่ใช่มูลค่าทางเศรษฐกิจเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินความพึงพอใจและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไประหว่างทาง ซึ่งจะถูกนำไปรวมอยู่ในการประเมินผลงานปลายปีส่วนหนึ่งด้วยครับ

R: ความรู้สึกที่ได้รับรางวัล Thai Mind Awards ในปีที่สอง ต่างจากปีแรกไหม ในส่วนขององค์กรเองมีความเปลี่ยนแปลงอะไรระหว่างสองปีนั้นบ้าง

คุณบอลล์: การได้รับรางวัลครั้งแรกทำให้รู้ว่าแนวทางที่เราทำมานั้นมาถูกทางแล้ว แต่พอได้รับเป็นปีที่สอง กลับรู้สึกกดดันมากขึ้น เพราะต้องทำให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อรักษามาตรฐานหรือพัฒนาต่อ จึงเป็นทั้งความดีใจและความกดดันไปพร้อมกัน

ในปีที่สองเรามีช่องทางและกิจกรรมให้พนักงานมากขึ้น ออกแบบตามความสนใจ เราพยายามทำความเข้าใจความหลากหลายของคนในองค์กร โดยกิจกรรมต่าง ๆ ถึงแม้จะมีความแตกต่างกัน แต่สิ่งที่พนักงานจะได้รับจากทุกกิจกรรมคือการฝึกสติ

R: อะไรคือความท้าทายของการทำเรื่องนี้ในองค์กร

คุณบอลล์: ผมว่ามีสองเรื่อง เรื่องแรกคือการปรับตัวของหัวหน้า เราพยายามทำให้หัวหน้าเป็นแบบอย่างและให้ความสำคัญกับการสร้างพื้นที่ปลอดภัยในองค์กร

เรื่องที่สองคือความกล้าของพนักงานเอง แม้หัวหน้าจะให้พื้นที่ปลอดภัยและเวลาแล้ว แต่ถ้าพนักงานยังกลัวอยู่ ผลก็ยังไม่เกิด ความท้าทายจึงอยู่ที่การสร้างความพร้อมของทั้งสองฝ่ายไปพร้อมกันให้ได้ครับ

R: ถ้ามองภาพรวมของไทยตอนนี้ อุปสรรคที่ใหญ่ที่สุดต่อการขับเคลื่อนสุขภาวะทางจิตในองค์กรคืออะไร

คุณบอลล์: ผมคิดว่ามี 2 ประเด็นสำคัญ

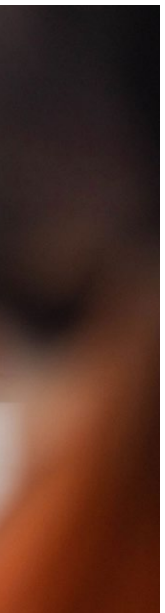
ประการแรก บางองค์กรไม่คิดว่า well-being เป็นหน้าที่ขององค์กร แต่มองเป็นเรื่องส่วนบุคคล และกลัวว่าถ้าจะใส่ใจเรื่องนี้ก็จะเกิดค่าใช้จ่าย เพราะยังมองไม่เห็นว่าการลงทุนเรื่องนี้จะให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กรอย่างไร

ประการที่สอง บางองค์กรมองว่าเป็นแค่กิจกรรมเพื่อสร้างภาพลักษณ์ (as a branding) ผลลัพธ์ก็จะต่างออกไป ผมเชื่อว่าพนักงานดูออกว่าองค์กรทำเพื่อสร้างภาพลักษณ์หรือทำเพื่อพนักงานจริง ๆ ครับ

R: ถ้ามีผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ HR กำลังอ่านบทความนี้ และอยากเริ่มพัฒนาโครงการสุขภาวะทางจิตในองค์กรตัวเอง แต่ยังไม่รู้จะเริ่มยังไง บอกได้ไหมว่า “ก้าวแรก” ที่สำคัญที่สุดคืออะไร

คุณบอลล์: เรื่องของ “การฟังอย่างมีสติ” ครับ ในฐานะ HR ต้องฟัง ทำความเข้าใจ แล้ววนกลับไปที่คำว่า “compassion” ซึ่งเราให้ความสำคัญมาก คำนี้ไม่ได้แปลว่าอ่อนแอหรือลดมาตรฐาน แต่คือความเข้าอกเข้าใจพนักงานและคนในองค์กร พอเข้าใจแล้วจึงลงมือทำให้สำเร็จ (Understanding People & Taking Action)

ถ้าเป็น HR เราต้องเริ่มจากการฟัง ทำความเข้าใจว่าคนของคุณอยู่ในสภาวะแบบไหน สื่อสารให้ผู้บริหารระดับสูงและหัวหน้างานเข้าใจ โดยผูกโยงเรื่องสุขภาวะทางจิตกับประสิทธิภาพของงานครับ





Healthier, Longer, Better Lives: คำมั่นสัญญาที่ AIA มีต่อทั้งลูกค้าและพนักงาน

องค์กรที่ให้ความสำคัญกับสุขภาวะของพนักงาน ไม่ได้มุ่งเพียงการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาวะทางจิตควบคู่กันไป เพื่อให้พนักงานทำงานได้อย่างมีความสุขและส่งมอบคุณค่าให้กับลูกค้าและสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

ในบทสัมภาษณ์นี้ คณะจิตวิทยา จุฬาฯ (PSY CU) ได้ชวน **คุณศรัณยา เทียนถาวร ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล เอไอเอ ประเทศไทย** มาเล่าแนวคิดในการส่งเสริม “สุขภาพและสุขภาวะทางจิต” ของพนักงาน โครงการต่าง ๆ ตลอดจนการวัดผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อทั้งพนักงานและองค์กร

PSY CU: AIA ให้ความสำคัญกับ “สุขภาวะทางจิต” อย่างไรบ้าง

คุณศรัณยา: ในฐานะที่ AIA เป็นผู้นำด้านธุรกิจประกันชีวิต เรามีพันธกิจสำคัญต่อลูกค้าและสังคมอยู่แล้ว ดังที่เรามีคำมั่นสัญญาเรื่อง “Healthier, Longer, Better Lives” หรือ “เพื่อสุขภาพและชีวิตที่ดีขึ้น” โดยเราเชื่อว่า ก่อนที่พนักงานของเราจะส่งมอบคุณค่าที่ดีให้กับลูกค้าได้ พนักงานของเราต้องได้รับประสบการณ์ที่ดีก่อน

ด้วยเหตุนี้ AIA จึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาวะองค์รวมของพนักงาน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การเงิน และสังคม โดยเฉพาะในช่วงเวลานี้ที่มีข่าวสารต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ซึ่งหลายครั้งก็เป็นข่าวที่บั่นทอนจิตใจทั้งพนักงานและผู้คนรอบตัว ดังนั้น เราจึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาวะทางใจของพนักงาน เพื่อให้พวกเขามีสุขภาพใจที่ดีและมีความสุขในการทำงาน

สุขภาวะทางใจจึงเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญของเรา เรามุ่งสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ทำให้พนักงานรู้สึกสบายใจ เพราะเราเชื่อมาโดยตลอดว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” หากพนักงานมีความสบายใจ เขาก็จะส่งมอบประสบการณ์ที่ดี ส่งมอบคุณค่าให้กับผู้อื่นและสังคม รวมถึงสร้างผลงานที่ดีเพื่อการเติบโตของบริษัทได้ค่ะ

PSY CU: ทาง AIA มีโครงการหรือกิจกรรมอะไรบ้างที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของพนักงาน

คุณศรัณยา: จริงๆ แล้ว AIA ดูแลเรื่องระบบนิเวศด้านสุขภาพจิต (mental health ecosystem) อย่างเป็นรูปธรรมค่ะ เรามี**โครงการ Your Own Mental Health** ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2566 โดยมี 3 ด้านที่เราให้ความสำคัญ

ด้านแรกคือ Prevention หรือการป้องกันและสร้างการตระหนักรู้ให้กับพนักงาน เราให้ความรู้จากนักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญ และคุณหมอ รวมถึงเสริมศักยภาพของหัวหน้างานและตัวพนักงานเองในการดูแลสุขภาพจิต โดยหัวหน้างานจะได้รับการอบรมให้สามารถสังเกตได้ว่าพนักงานกำลังมีสภาวะจิตใจที่ไม่พร้อมกับการทำงานหรือไม่ ขณะเดียวกันพนักงานก็ดูแลสภาพจิตใจของตนเองได้ด้วย

“เราเชื่อมาตลอดว่า ‘ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว’ หากพนักงานมีความสบายใจ เขาก็จะส่งมอบประสบการณ์ที่ดี ส่งมอบคุณค่าให้กับผู้อื่นและสังคม รวมถึงสร้างผลงานที่ดีเพื่อการเติบโตของบริษัทได้ค่ะ” — คุณศรัณยา

ด้านต่อมาคือ Support เรามีเครื่องมือที่ช่วยให้พนักงานประเมินสุขภาพใจของตนเองได้ โดยวัดว่าปัจจุบันสุขภาพใจอยู่ในระดับใด เพื่อให้เลือกเครื่องมือหรือการสนับสนุนที่เหมาะสมได้ เช่น เรามีโครงการรับฟังที่ชื่อว่า “เพื่อนอาสาดูแลใจ” มีบริการนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ หรือพนักงานอาจขอวันหยุดเพื่อไปทำกิจกรรมสร้างประโยชน์ให้กับสังคม ช่วยให้รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าค่ะ

ด้านสุดท้ายคือ Culture เราสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ทำให้พนักงานรู้สึก “ปลอดภัยทางใจ” (psychological safety) ไม่ว่าพนักงานจะอยู่ในระดับใดหรือมีอายุเท่าไรก็ตาม เราใช้วัฒนธรรม “พี่สอนน้อง” และ “พี่เรียนรู้จากน้อง” ดังนั้นพนักงานจึงรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเสนอแนะซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสมโดยไม่ยึดติดเรื่องอายุ เพื่อสร้างทั้งประสิทธิภาพในการทำงานและความสบายใจในการทำงานค่ะ

PSY CU: AIA มีการวัดผลความสำเร็จของโครงการด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตอย่างไร

คุณศรัณยา: การสร้างความสบายใจในการทำงานก็เปรียบเสมือนการสร้างความผูกพันที่พนักงานมีต่อองค์กร ดังนั้นผลลัพธ์จึงสะท้อนออกมาได้หลายรูปแบบค่ะ

ประการแรกคืออัตราการลาออก (turnover rate) ของเราค่อนข้างต่ำในระดับเลขหลักเดียว อย่างปีที่ผ่านมาอยู่ที่เพียง 8 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน

อีกส่วนหนึ่งคือความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร (employee engagement) ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาโดยตลอด ปีที่ผ่านมาเราอยู่ที่ 97 เปอร์เซ็นไทล์ เมื่อเทียบกับองค์กรในอุตสาหกรรมการเงินและประกันชีวิตทั่วโลก และในประเทศไทยเราอยู่ที่ 98 เปอร์เซ็นไทล์ ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่สูงมาก

นอกจากนี้ เรายังได้รับรางวัลต่าง ๆ เช่น HR Asia Best Companies to Work for in Asia และ Thailand Best Employer Brand ซึ่งเรามองว่าเป็นผลลัพธ์จากการที่พนักงานมีความผูกพันกับองค์กรและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ต่อจากนี้ เราก็จะไม่หยุดพัฒนาสุขภาวะด้านต่าง ๆ ของพนักงาน และจะมุ่งเน้นเรื่องการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะสะท้อนออกมาในรูปของผลิตภาพ (productivity) หรือการส่งมอบประสบการณ์ที่ดีให้กับลูกค้า ขณะเดียวกันพนักงานก็จะรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จ ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรเช่นกันค่ะ



คุณศรัณยา เทียนถาวร รับรางวัลสุดยอดองค์กรสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตจาก ศ. ดร.วิเลิศ ภูริวัชรอธิการบดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้โครงการ Thai Mind Awards 2026



Workshop ดูแลใจ...ใครว่าไม่สำคัญ: ขับเคลื่อน Mental Health Literacy เพื่อสร้างสุขภาวะองค์กรอย่างยั่งยืน

ในยุคที่การทำงานเต็มไปด้วยความท้าทายและการแข่งขัน สุขภาพจิตของบุคลากรจึงเปรียบเสมือนฟันเฟืองสำคัญที่กำหนดทิศทางผลิตภาพ และความยั่งยืนขององค์กร ด้วยความตระหนักถึงประเด็นนี้ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2568 ณ Club Siam Glowfish สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) จึงได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสำคัญ ได้แก่ Young Good Governance, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย (PMAT), Sati App, คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงได้จัด **กิจกรรม “Workshop ดูแลใจ...ใครว่าไม่สำคัญ: สร้างในองค์กรอย่างยั่งยืน”** โดยมีวัตถุประสงค์**เพื่อเสริมสร้างทักษะการปฐมพยาบาลทางใจ (mental health first aid) และมุ่งเป้าไปที่การสร้างวัฒนธรรมการดูแลใจในองค์กรอย่างยั่งยืน** เนื้อหาภายในงานครอบคลุมตั้งแต่การปรับวิธีคิด การทำความเข้าใจตนเอง ไปจนถึงการวางนโยบายระดับองค์กร มีผู้เข้าร่วมคือ บุคลากรฝ่ายทรัพยากรบุคคล (HR) และผู้จัดการองค์กรจากองค์กรชั้นนำกว่า 40 แห่ง



จุดเริ่มต้นของการดูแลใจ: เข้าใจ 4A และ self-awareness

การสร้างองค์กรที่ใส่ใจสุขภาพจิต ต้องเริ่มต้นจากการที่บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โฆษกกรมสุขภาพจิต และผู้ร่วมก่อตั้ง TIMS ได้นำเสนอแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ประกอบด้วยหลักการ 4A ได้แก่

Access (เข้าถึง): ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือความช่วยเหลือ

Acquire (เข้าใจ): ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพจิต

Appraise (ประเมิน): การประเมินสถานการณ์และคัดกรองข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

Apply (ประยุกต์): การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ดูแลตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้ ดร. นพ.วรตม์ ได้เจาะลึกเรื่องการรู้จักใจและเข้าใจตัวเอง (self-awareness) โดยแบ่งลักษณะต้นแบบออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ กลุ่มผู้ทบทวนตนเอง (introspectors) กลุ่มผู้แสวงหา (seekers) กลุ่มผู้เอาใจผู้อื่น (pleasers) และกลุ่มผู้รู้เท่าทัน (aware) ผู้เข้าร่วมยังได้ฝึกปฏิบัติผ่านการใช้เครื่องมือ “การ์ดอารมณ์” กับสถานการณ์ที่กำหนด และเรียนรู้วิธีการดึงสติกลับมาอยู่กับปัจจุบัน (grounding)

ลงมือปฏิบัติ: การฟังด้วยใจและการเข้าใจทีมแบบลึกซึ้ง

ทฤษฎีจะเป็นจริงได้ต้องอาศัยการลงมือทำ ในช่วงบ่าย คุณเมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ จาก Young Good Governance ได้แนะนำหลักสูตร Mind First Aid และพาทำกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน (4S) ซึ่งประกอบด้วย การสังเกตและรับรู้สัญญาณเตือน (Sense) การจัดการความเครียดด้วยตัวเอง (Self-care) การรับฟังและสนับสนุน (Support) และการสรุปเพื่อส่งต่อความช่วยเหลือ (Summarize)

จากนั้น คุณทิฟฟาณี เซน จาก Thailand Policy Lab ได้นำเข้าสู่หัวข้อ “การเข้าใจทีมแบบลึกซึ้ง (Sense)” โดยนำศาสตร์ DISC มาอธิบายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจสไตล์การสื่อสารของคนที่มีความแตกต่างกันในองค์กร โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 40 องค์กร ได้มีโอกาสจับคู่เพื่อสวมบทบาทเป็นผู้พูดและผู้รับฟัง ฝึกฝนทักษะสำคัญ เช่น การฟังอย่างปราศจากอคติ (non-bias listening) การตั้งคำถาม (questioning) และการสะท้อนความรู้สึกและสรุประหว่างคุย (reflection)

ต่อด้วย คุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ จาก Sati App ที่มาขยายความทักษะการฟังอย่างตื่นรู้ (active listening) เพื่อให้ผู้นำองค์กรและบุคลากรฝ่ายทรัพยากรบุคคลสามารถนำไปใช้เสริมสร้างพื้นที่ปลอดภัยในที่ทำงานได้อย่างแท้จริง

บรรยากาศ workshop ขณะ ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ บรรยายเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



ก้าวต่อไป: จากข้อมูลสู่การลงมือทำ

TIMS ได้สะท้อนให้เห็นภาพสถานการณ์ปัจจุบันของวัยทำงาน ผ่านการนำเสนอ “ผลการสำรวจระดับภาวะหมดไฟ (burnout) ในกลุ่มประชากรทำงานในประเทศไทย และการสนับสนุนสุขภาวะทางจิต” เพื่อให้องค์กรตระหนักถึงความสำคัญและเร่งนำนโยบายไปปรับใช้

โดยในตอนท้าย คุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ ได้ชวนผู้เข้าร่วมสะท้อนความคิด (reflection) และแลกเปลี่ยนมุมมองถึง “สิ่งที่สามารถทำได้เลย” และ “สิ่งที่อยากให้เกิดขึ้น” ในองค์กร โดยทิ้งท้ายประเด็นสำคัญว่า นโยบาย กิจกรรม และแนวทางด้านสุขภาพจิต ไม่ควรเป็นเพียงโครงการระยะสั้น แต่ควรเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ พร้อมสนับสนุนให้บุคลากร HR นำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้จริง เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นกับคนรอบข้างและองค์กรของตนเองต่อไป

Workshop ครั้งนี้ ถือเป็นก้าวสำคัญที่เชื่อมโยงผู้กำหนดทิศทางทรัพยากรบุคคลจาก 40 องค์กร ให้เห็นภาพตรงกันว่า สุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องส่วนตัว แต่เป็นเรื่องของระบบนิเวศการทำงาน การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในระดับองค์กรคือการลงทุนที่ยั่งยืนที่สุด เพื่อผลักดันให้สถานที่ทำงานของคนไทย เป็นพื้นที่ที่ปลอดภัยต่อใจ เติบโตได้ และก้าวไปข้างหน้าอย่างเข้มแข็ง

CHAPTER 5

MENTAL HEALTH COMMUNICATION



"The butterfly effect"
— Edward Lorenz, 1963

การสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ภารกิจ “กู้ใจ” ภายใต้ความร่วมมือข้ามภาคส่วน

เหตุการณ์น้ำท่วมในพื้นที่ภาคใต้ ช่วงปลายปี 2568 โดยเฉพาะที่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา นับเป็นอุทกภัยครั้งใหญ่ที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สิน และความเป็นอยู่ของประชาชน ความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความเสียหายทางกายภาพ แต่ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ประสบภัย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครในพื้นที่ รวมถึงประชาชนทั่วไปที่ติดตามสถานการณ์ผ่านสื่อ ภายใต้สภาวะดังกล่าว การสื่อสารจึงเป็นมากกว่าการส่งต่อข้อมูลข่าวสาร แต่ยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความตื่นตระหนก และเชื่อมโยงผู้คนเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือเยียวยาที่เหมาะสม

การก่อตัวของกลไกการทำงานภาคประชาชน

ท่ามกลางสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนของวิกฤตน้ำท่วม จุดเปลี่ยนสำคัญเกิดขึ้นในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 เมื่อ **“War Room ภาคประชาชน”** ถูกจัดตั้งขึ้นด้วยความร่วมมือของมูลนิธิกระจกเงา, Thai PBS, เครือข่ายองค์กรวิชาการ และภาคประชาสังคม โดยมีคุณสมบัติ บุญงามอนงค์ เป็นกระบวนกรหลัก ศูนย์บัญชาการเฉพาะกิจนี้ **ทำหน้าที่คู่ขนานกับกลไกของภาครัฐในการอุดช่องว่างของการบริหารจัดการภัยพิบัติ** ภายหลังได้กลายเป็นพื้นที่ระดมความคิดและทรัพยากร เพื่อรับมือกับวิกฤตน้ำท่วมที่เกิดขึ้น **TIMS เป็นองค์กรหนึ่งที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วม โดยมีพันธกิจในการผลักดันให้เกิดกลไกช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต เพื่อเยียวยา “บาดแผลทางใจ”** ซึ่งเป็นผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากภัยพิบัติ

ในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2568 คุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ ผู้ก่อตั้ง Sati App ในฐานะตัวแทนจาก TIMS ได้เข้าร่วม War Room ภาคประชาชน ก่อเกิดการรวมตัวของกลุ่มย่อยในชื่อ “ภูมิคุ้มใจ (Hear & Heal)” เพื่อวางแผนและประสานงานด้านการดูแลเยียวยาจิตใจโดยเฉพาะ โดยมีคุณฐิตินบ โกมลนิมิ ตัวแทนจากกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดนใต้ เป็นแกนประสาน



บรรยากาศ “War Room ภาคประชาชน“ ที่สถานีโทรทัศน์ Thai PBS (องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย)

ภาพถ่ายโดย Thai PBS

จากการ “กู้ภัย” สู่การ “กู้ใจ” ติดชุดความรู้ให้คนหน้างาน

ประเด็นสำคัญที่มีการตกตะกอนร่วมกันในกลุ่ม คือกา**รขยายขอบเขตการช่วยเหลือจากการ “กู้ภัย” ไปสู่การ “กู้ใจ”** โดยมองว่า**ผู้ประสบภัยไม่ได้ต้องการเพียงความช่วยเหลือทางกายภาพ แต่ยังต้องการพื้นที่รับฟัง ความเข้าใจ และการสื่อสารที่ไม่ซ้ำเติมความทุกข์**

แม้ประเทศไทยจะผ่านเหตุการณ์ภัยพิบัติมาหลายครั้ง แต่การช่วยเหลือที่ผ่านมามักให้น้ำหนักกับการกู้ภัยและการแจกจ่ายสิ่งของเป็นหลัก ขณะที่มิติของ “การสื่อสารเพื่อประคับประคองจิตใจ” ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนว่าควรสื่อสารอย่างไร ใช้ภาษาแบบใด หรือควรระมัดระวังเรื่องใดบ้าง ส่งผลให้อาสาสมัครและคนหน้างานไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ หรือในบางกรณีอาจสร้างบาดแผลซ้ำต่อผู้ประสบภัยโดยไม่ได้ตั้งใจ จึงควรผลิตและกระจายชุดความรู้ดังกล่าว เพื่อให้คนทำงานสามารถเยียวยาผู้ประสบภัยได้อย่างถูกวิธี ควบคู่ไปกับการดูแลสภาพจิตใจตนเอง

ในวันที่ 29 พฤศจิกายน 2568 กลุ่มภูมิคุ้มใจจึงได้**จัดตั้งทีม “สื่อสารสุขภาพจิต”** ขึ้น โดย รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล จาก TIMS เป็นแกนประสานหลัก ทำหน้าที่รวบรวมบุคลากรจากภาคประชาชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารประเด็นเปราะบาง สื่อมวลชน นักวิชาการ และองค์กรสังคมที่ทำงานด้านสุขภาพจิต มารวมตัวกัน**เป็นทีมตั้งต้นในการออกแบบแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและเข้าถึงง่าย** ทั้งสำหรับประชาชนทั่วไป ผู้ประสบภัยในพื้นที่ และกลุ่มอาสาสมัคร การประชุมของทีมสื่อสารสุขภาพจิตครั้งแรกมีโจทย์หลักในการพูดคุย 3 ประเด็น

1. **การพัฒนากรอบและแผนการสื่อสารเบื้องต้น**ให้กับ Thai PBS และทีม War Room ครอบคลุมตั้งแต่กรอบระยะเวลา การเยียวยาหลังภัยพิบัติ กลุ่มเป้าหมาย และบทบาทของสื่อ โดย TIMS วางบทบาทตัวเองเป็นหน่วยสนับสนุนเนื้อหาด้านสุขภาพจิต (intelligence unit) ให้กับ Thai PBS ซึ่งเป็นสื่อสาธารณะหลักที่ทำงานด้านการรายงานข่าวและลงพื้นที่ช่วยเหลือ

2. **การออกแบบชุดข้อความเบื้องต้น**ที่สื่อสารได้ทันทีเพื่อให้เท่าทันต่อเหตุการณ์ในพื้นที่

3. **การกำหนดสิ่งที่ควรทำต่อ**ทั้งในด้านการสื่อสาร การชวนภาคีเพิ่มเติม และการเติมเต็มช่องว่างของทีมงาน

บทสนทนาในวงประชุมยังขยายขอบเขตออกไปมากกว่าการผลิตเนื้อหาสื่อสาร โดยกลายเป็นพื้นที่หารือเรื่องการเยียวยาสุขภาพใจที่องค์กรภาคประชาชนต่าง ๆ จะทำร่วมกัน ซึ่งภายหลังได้พัฒนาต่อเป็นสายด่วน “Heart Line” ช่องทางรับฟังและช่วยเหลือทางใจในเหตุการณ์น้ำท่วม ดำเนินการโดย Sati App และ TIMS

กระจายความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์

ในเวลาต่อมา ทีมได้เคลื่อนจากการระดมความเห็นในภาวะฉุกเฉิน สู่การจัดวางระบบและกระบวนการผลิตสื่อที่ชัดเจน ทั้งด้านเนื้อหา ขั้นตอนการทำงาน และช่องทางการสื่อสาร โดยมีการเผยแพร่ผลงานชิ้นแรกในวันที่ 6 ธันวาคม 2568 ในหัวข้อ “แนวทางการรายงานข่าวในภาวะวิกฤตและภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต” อธิบายบทบาทของสื่อว่าไม่ได้มีเพียงหน้าที่รายงานข้อเท็จจริง แต่ต้องคำนึงถึงผลกระทบทางจิตใจของผู้ประสบภัย ญาติ ผู้ชม และสังคมโดยรวม

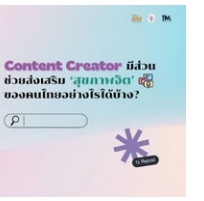
หลังการเผยแพร่งานชิ้นแรก ทีมสื่อสารสุขภาพจิต นำโดย MasterPeace และ Mutual ได้ผลิตแนวทางสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตต่อเนื่องในรูปแบบอินโฟกราฟิก เพื่อให้สามารถเผยแพร่บนสื่อสังคมออนไลน์ทันที รวมทั้งหมด 16 ชิ้น

TIMS ยังนำผลงานที่เคยร่วมจัดทำมาก่อนหน้า มาเผยแพร่ในชุดนี้ด้วย ในหัวข้อ “Content Creator มีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของคนไทยอย่างไรได้บ้าง?” เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ผลิตสื่อทุกภาคส่วนในการสร้างสรรค์เนื้อหาที่คำนึงถึงผลกระทบทางใจของผู้รับชม นำไปสู่การสร้างระบบนิเวศสื่อที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้สุขภาวะทางจิตของคนไทย

แนวทางสำหรับสื่อมวลชน
2 ชิ้น



2025/12/06
แนวทางการรายงานข่าว
ในภาวะวิกฤตและภัยพิบัติ
ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต



2025/12/16
Content creator มีส่วน
ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต
ของคนไทยอย่างไรได้บ้าง?

ทักษะช่วยเหลือทางใจหน้างาน
8 ชิ้น



2025/12/11
อาสาทำอย่างไร?
เมื่อเจอผู้ประสบภัย 2 แบบ



2025/12/26
Safety Checklist
หลักประเมินความปลอดภัย
สำหรับอาสาสมัคร



2026/01/20
Psychological First Aid



2026/01/28
Empathetic
Communication



2026/02/06
Trauma-informed
Interview



2026/02/19
Cultural Consideration



2026/03/03
คุยเรื่องใจอย่างไรไม่ละเลย
ปัจจัยพื้นฐาน

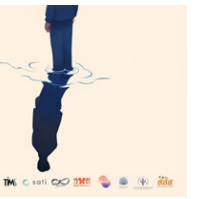


2026/04/28
Empowered
Communication

การดูแลใจคนทำงาน
4 ชิ้น



2025/12/19
ความเครียดและความ
เหนื่อยล้าของอาสาสมัคร



2025/12/25
เมื่องานอาสาทำให้รู้สึกผิด
ทางศีลธรรม (moral guilt)



2026/01/06
ตั้งหลักใจ - ดูแลใจอาสา
เท่าทันอารมณ์ตัวเอง



2026/03/27
Respect boundary
การช่วยเหลืออย่างมีขอบเขต

การฟื้นฟูจิตใจหลังภาวะวิกฤต
3 ชิ้น



2025/12/08
“HEART LINE
สายใจ...เคียงคุณ”



2025/12/17
วิธีดูแลความรู้สึกผิดในฐานะ
ผู้รอดชีวิต (survivor guilt)



2026/05/06
Resilience เติมทักษะ
การฟื้นคืนหลังใจผ่านวิกฤต

คู่มือแนวทางการสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต: จากชุดความรู้เฉพาะกิจ สู่การรับมืออย่างยั่งยืน

การทำงานของทีมสื่อสารสุขภาพจิตแบ่งออกเป็นสองระยะ งานระยะสั้นเป็นการตอบสนองต่อความจำเป็นในพื้นที่ตามความเร่งด่วนของสถานการณ์จริง ขณะที่งานระยะยาวคือการจัดทำคู่มือ “แนวทางการสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต” มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแนวทางการสื่อสารจากการ “แจ้งข้อมูล” ไปสู่การ “ประคับประคองจิตใจ” และเป็นเครื่องมือสนับสนุนคนหน้างานรวมถึงอาสาสมัครอย่างเป็นระบบ โดยมี MasterPeace และ Mutual เป็นแกนหลักในการจัดทำ และมี **TIMS สนับสนุนด้านทุน การประสานงาน และการควบคุมทิศทางของผลงานในฐานะฝ่ายสนับสนุนเชิงเทคนิค**

ชุดความรู้ฉบับเต็มมีความยาว 98 หน้า แบ่งเป็นสองส่วนหลัก คือ

1) การทบทวนวรรณกรรมและบทวิเคราะห์ช่องว่างการสื่อสารในภาวะวิกฤตของไทย
2) แนวทางปฏิบัติ 14 บท พร้อมบทสรุปแนวทางการรายงานข่าวสำหรับสื่อมวลชน และภาคผนวกในรูปแบบอินโฟกราฟิกที่นำไปเผยแพร่ต่อได้ทันที สำหรับอาสาสมัคร คนหน้างาน ผู้ช่วยเหลือสื่อมวลชน นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่ต้องสื่อสารกับประชาชนหลังวิกฤต

ช่องว่างการสื่อสารในภาวะวิกฤตของไทย

ชุดความรู้เล่มนี้ถอดบทเรียนจากเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นจริงในประเทศ ตั้งแต่มหาอุทกภัยปี 2554 การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 เหตุสะเทือนขวัญที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดหนองบัวลำภู ไปจนถึงอุทกภัยหาดใหญ่ปี 2568 แล้วจึงนำมาเทียบเคียงกับมาตรฐานสากล[1] ทำให้พบว่าประเทศไทยมีช่องว่างอยู่ 2 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1: ช่องว่างด้านฐานองค์ความรู้และทฤษฎีการสื่อสาร

เมื่อเทียบกับมาตรฐาน CERC ซึ่งกำหนดหลักการสื่อสารความเสี่ยงไว้ 7 ประการ ได้แก่ รวดเร็ว ถูกต้อง น่าเชื่อถือ แสดงความเห็นอกเห็นใจ กระตุ้นการลงมือทำ แสดงความเคารพ และยอมรับความไม่แน่นอน พบว่าการสื่อสารของไทยให้น้ำหนักกับ “ความถูกต้องของข้อมูล” มากกว่ามิติอื่นที่จำเป็นไม่แพ้กัน โดยเฉพาะการแสดงความเห็นอกเห็นใจและการยอมรับความไม่แน่นอน ดังเห็นได้จากการแถลงข่าวช่วงวิกฤตที่มักมุ่งเน้นตัวเลขและมาตรการ โดยไม่ได้กล่าวถึงความรู้สึกของประชาชน

ระดับที่ 2: ช่องว่างด้านโครงสร้างระบบการสื่อสาร

โครงสร้างการสื่อสารยังมีลักษณะแบบบนลงล่าง กระจัดกระจาย หลายศูนย์ หลายโฆษก และขาดกลไกประสานข้อมูลที่ทำให้ประชาชนรู้ว่าควรเชื่อถือช่องทางใด ประเทศไทยยังไม่มีศูนย์ประสานข้อมูลกลาง (joint information center) เพื่อทำให้การสื่อสารของรัฐเป็นเอกภาพ ผู้ทำหน้าที่โฆษกในภาวะวิกฤตมักเป็นผู้บริหารระดับสูงหรือนักการเมืองที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมด้านการสื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจ ขาดกระบวนการถอดบทเรียนหลังเหตุการณ์ (after-action review) ด้านการสื่อสารที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ และยังไม่มีระบบเตือนภัยสุขภาพจิตที่สอดแทรกข้อมูลการเตรียมพร้อมด้านจิตใจตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุ

หลักการสำคัญ 5 ประการของการสื่อสารสุขภาพจิตหลังวิกฤต

การสื่อสารสุขภาพจิตหลังวิกฤตควรตั้งอยู่บนหลักการสำคัญ 5 ประการ[2] ได้แก่

1) ความปลอดภัย (sense of safety)
2) ความสงบ (calming)
3) ความสามารถในการจัดการตนเองและชุมชน (sense of self- and community efficacy)
4) ความเชื่อมโยงทางสังคม (connectedness)
5) ความหวัง (hope)

หลักการเหล่านี้คือสิ่งที่เปลี่ยนการสื่อสารจากการ “บอกข้อมูล” ไปสู่การ “ประคับประคองชีวิต” กล่าวคือ สื่อสารให้ผู้ผ่านวิกฤตรู้สึกว่ายังมีคุณค่า ยังมีทางเลือก ยังมีคนอยู่เคียงข้าง และยังสามารถฟื้นตัวได้ แม้ไม่อาจเรียกคืนสิ่งที่สูญเสียไปทั้งหมด

1 อาทิ แนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO), ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC), สำนักงานบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (Federal Emergency Management Agency: FEMA), สำนักงานบริหารบริการด้านสารเสพติดและสุขภาพจิตสหรัฐอเมริกา (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA) และสำนักงานสหประชาชาติเพื่อการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ (United Nations Office for Disaster Risk Reduction: UNDRR)

2 ดัดแปลงจาก Hobfoll et al. (2007). *Psychiatry*, 70(4), 283–315.

แนวทางปฏิบัติสำหรับคนหน้างาน

ประกอบด้วยแนวทาง 14 บท เริ่มจากการปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid) ด้วยหลักสังเกต-รับฟัง-ส่งต่อความช่วยเหลือ (Look–Listen–Link) การประเมินความปลอดภัยและการตั้งหลักใจก่อนลงพื้นที่ การดูแลความเครียดและความเหนื่อยล้าของผู้ช่วยเหลือ การรับมือกับความรู้สึกผิด ความโกรธ ความเศร้าเงียบ และความรู้สึกผิดในฐานะผู้รอดชีวิต ไปจนถึงการเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม การให้กำลังใจแบบไม่ซ้ำเติม และการเสริมทักษะฟื้นคืนพลังใจหลังผ่านวิกฤต (resilience)

จุดเน้นสำคัญคือ ผู้ช่วยเหลือและอาสาสมัครต่างก็เป็นผู้ได้รับผลกระทบเช่นกัน การทำงานท่ามกลางความสูญเสียอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟ บาดแผลทางใจมือสอง (secondary trauma) หรือความรู้สึกผิดที่ไม่อาจช่วยทุกคนได้ ระบบช่วยเหลือจึงไม่ควรฝากภาระไว้ที่ความเสียสละส่วนบุคคล แต่ต้องมีการอบรม การจัดชั่วโมงการทำงาน รวมถึงการถอดบทเรียนและการสนับสนุนทางใจที่เหมาะสม



สแกนคิวอาร์โค้ดด้านขวา
เพื่อดาวน์โหลด**ชุดความรู้และแนวทางการสื่อสารสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต**

แนวทางการรายงานข่าวสำหรับสื่อมวลชน

อีกส่วนหนึ่งของคู่มือคือแนวทางการรายงานข่าวที่ละเอียดอ่อนต่อสุขภาพจิตและบาดแผลทางใจ โดยให้ความสำคัญกับความถูกต้องเคารพศักดิ์ศรีผู้ประสบภัย หลีกเลี่ยงภาพหรือถ้อยคำที่ซ้ำเติมความสูญเสีย นำเสนอช่องทางช่วยเหลือผ่านเลนส์ความหวัง (hope-based framing) มากกว่าการผลิตซ้ำภาพความทุกข์เพื่อกระตุ้นอารมณ์เพียงชั่วคราว

นอกจากนี้ คู่มือยังเสนอให้สื่อทำหน้าที่ผลักดันให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นวาระสาธารณะ และเป็นเวทีของเสียงผู้ประสบภัย ผู้เชี่ยวชาญ และชุมชน พร้อมกับเน้นย้ำความสำคัญของการดูแลสภาพจิตใจของคนทำข่าวเอง ทั้งการเรียนรู้หลักปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น การจัดตารางงานให้มีช่วงพัก และมีกระบวนการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (debriefing) เช่นเดียวกับทีมกู้ภัย

นำไปใช้ได้จริงในทุกระดับ

เพราะการสื่อสารอย่างเข้าใจคือหัวใจสำคัญในการประคับประคองผู้คน TIMS จึงขอเชิญชวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สื่อมวลชน และผู้ปฏิบัติงาน นำคู่มือฉบับนี้ไปใช้ในระยะยาว ไม่ใช่แค่ในกิจกรรมเฉพาะหน้าหรือทักษะเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ควรพัฒนาเป็นมาตรฐานกลาง ฝึกอบรมได้ ประเมินผลได้ และนำไปใช้ได้จริงในหลายระดับ ตั้งแต่หน่วยงานรัฐ ทีม MCATT (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) อาสาสมัคร ภาคประชาชน สื่อมวลชน ไปจนถึงชุมชนท้องถิ่น

หากทำได้ การสื่อสารจะไม่ใช่เพียงเครื่องมือจัดการข่าวสาร แต่จะกลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางใจที่ช่วยให้สังคมไทยรับมือ ฟื้นฟู และเรียนรู้จากวิกฤตครั้งต่อไปได้ และสร้างสังคมที่พร้อมรับมือกับวิกฤตด้วยความเข้าใจในเพื่อนมนุษย์อย่างแท้จริง



เรื่อง: พงศ์วรินทร์ สาระไชย
สัมภาษณ์ออนไลน์
วันที่ 18 พฤษภาคม 2569

MasterPeace ฟิวชันของใจ: ปรุงจิตวิทยารสชาติใหม่ให้คนชิม

MasterPeace องค์กรที่ทำงานด้านการสื่อสารสุขภาพจิต นำองค์ความรู้ทางจิตวิทยามาผสานกับการสื่อสาร การออกแบบ และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาเครื่องมือและประสบการณ์การเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้คนเข้าถึงเรื่องสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น

ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ เราได้ชวน **คุณฝ้าย กันตพร สวนศิลป์พงศ์** ผู้ร่วมก่อตั้ง MasterPeace และ **คุณวิกกี้ หทัยทิพย์ ไชยวาที** นักจิตวิทยาการปรึกษาขององค์กร มาเล่าถึงจุดเริ่มต้นของ MasterPeace แนวคิดการสื่อสารสุขภาพจิตที่องค์กรยึดถือ ตลอดจนการทำงานเพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต และความหมายของการทำงานด้านสุขภาพจิตที่ยังคงเป็นแรงผลักดันให้ทั้งสองคนเดินหน้าทำงานต่อไป

RISE IMPACT: อะไรคือช่องว่างในระบบ ที่ทำให้เรารู้สึกว่าต้องมีองค์กรนี้ขึ้นมา

คุณฝ้าย: จริง ๆ MasterPeace ไม่ได้เริ่มมาจากคำถามว่า “โลกต้องมีองค์กรนี้เพราะระบบมันขาดอะไร” ขนาดนั้นหรอกค่ะ มันเริ่มจากความฝันมากกว่า เพราะอยากทำ ขอใช้คำนี้

ทุกวันนี้ ถ้าจะนิยาม MasterPeace เราจะบอกว่ามันเป็นพื้นที่ที่เอาเรื่องสุขภาพใจและจิตวิทยามาปรุงผสมกับเรื่องอื่น ๆ เหมือนทำอาหารฟิวชัน เราไม่ได้ทำงานจิตวิทยาในรูปแบบเดียว แต่พยายามหาวิธีเล่า วิธีออกแบบ และวิธีสร้างประสบการณ์ใหม่ ๆ โดยยังมีหลักวิชาการ จริยธรรม และความปลอดภัยเป็นฐานรองรับ เพราะฉะนั้น ถ้าถามว่าทำไมต้องมี MasterPeace ทั้งที่มีคลินิกและโรงพยาบาลอยู่แล้ว คงต้องบอกว่า เราไม่ได้ตั้งขึ้นมาเพื่อแทนที่ใคร แต่เพื่อเป็นอีกหนึ่งรสชาติของการทำงานด้านสุขภาพใจ เราเชื่อว่าคนมีความหลากหลาย วิธีเข้าถึงผู้คนก็ควรหลากหลายเหมือนกัน

R: คุณวิกกี้มาร่วมงานกับทาง MasterPeace ได้อย่างไร?

คุณวิกกี้: สิ่งที่ทำให้เรารู้สึกอยากร่วมงานกับ Master Peace คือ เรามองว่า MasterPeace ทำให้เรื่องจิตวิทยาเป็นเรื่องที่เข้าถึงง่าย แล้วก็มีความสร้างสรรค์มาก อย่างที่ฝ้ายพูดไปว่าเหมือนการ “ปรุงอาหาร” คือเอาจิตวิทยาไปผสมกับรูปแบบการสื่อสารหรือกิจกรรมที่เหมาะกับแต่ละสถานการณ์ กับอีกอย่างที่เราชอบคือ ความยืดหยุ่นของ Master Peace เวลามีโจทย์ใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นบริบทของพื้นที่ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทีมก็จะออกแบบวิธีการทำงานให้เหมาะกับสิ่งนั้น ไม่ได้มีสูตรตายตัว ด้วยความยืดหยุ่นแบบนี้ เราก็เลยได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมค่ะ

R: “นิยามการสื่อสารสุขภาพจิต” ของทีม MasterPeace คืออะไร?

คุณฝ้าย: ฝ้ายขอทดนิยามไว้สั้น ๆ ว่า “การพูดเรื่องใจให้เข้าถึงใจ” หนึ่งในแก่นสำคัญที่เรายึดมาตลอดคือแนวคิดเรื่อง common humanity ซึ่งมันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ self-compassion ค่ะ

common humanity คือความรู้สึกที่ว่าฉันไม่ได้เผชิญสิ่งนี้อยู่คนเดียว ไม่ว่าจะเป็นความเครียด ความผิดหวัง ความล้มเหลว หรือความสูญเสีย สิ่งเหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ทุกคนต่างเคยผ่านมา ฝ้ายรู้สึกว่าเวลาสื่อสารเรื่องสุขภาพจิต สิ่งสำคัญคือ

คุณฝ้าย กันตพร
สวนศิลป์พงศ์
ผู้ร่วมก่อตั้ง MasterPeace

การทำให้คนรู้สึกว่า “มีคนเข้าใจเขา” มากกว่าทำให้รู้สึกว่า “มีคนกำลังสอนเขา” ให้เข้าใจ ซึ่งแม้เราจะเป็นนักจิตวิทยา แต่เราก็เป็นมนุษย์ธรรมดาเหมือนกัน เราเองก็เคยเครียด เคยผ่านช่วงเวลาที่ยาก เคยมีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตของตัวเอง

อีกส่วนผสมหนึ่งที่สำคัญมากคือ creativity หรือความคิดสร้างสรรค์ มันคือการคิดต่อว่า เราจะออกแบบการสื่อสารนี้อย่างไรให้คนเปิดใจรับ แต่ในขณะเดียวกัน ก็ต้องระวังไม่ให้การสื่อสารกลายเป็นการ candy-coat คือทำให้ทุกอย่างหวานหรือสวยงามเกินจริง เพราะสุดท้ายแล้ว สุขภาพจิตก็ยังต้องพูดกับความจริงของชีวิต

“เวลาสื่อสารเรื่องสุขภาพจิต สิ่งสำคัญคือการทำให้คนรู้สึกว่า ‘มีคนเข้าใจเขา’ มากกว่าทำให้รู้สึกว่า ‘มีคนกำลังสอนเขา’ ให้เข้าใจ

แม้เราจะเป็นนักจิตวิทยา แต่เราก็เป็นมนุษย์ธรรมดาเหมือนกัน” — คุณฝ้าย

คุณวิกกี้: เราต้องยอมรับว่า ในประเทศไทย คำว่าสุขภาพจิตยังมีภาพจำบางอย่างที่อาจเป็นด้านลบ หลายคนอาจนึกถึงเฉพาะเรื่องความเจ็บป่วย หรือคิดว่าต้องมีปัญหาก่อนถึงจะต้องมาดูแลใจ แต่สิ่งที่เห็นจากแนวทางของ MasterPeace คือการชวนให้มองใหม่ว่า จริง ๆ แล้วสุขภาพจิตก็เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเหมือนกับสุขภาพกาย เป็นเรื่องที่เราดูแลได้ในทุก ๆ วัน

คุณวิกกี้ หทัยทิพย์ ไชยวาที
ผู้ร่วมก่อตั้ง MasterPeace



R: ความร่วมมือระหว่าง MasterPeace และ TIMS ในการพัฒนาชุดความรู้การสื่อสารสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต มีจุดเริ่มต้นอย่างไร?

คุณฝ้าย: จุดเริ่มต้นของความร่วมมือนี้ เกิดขึ้นในช่วงที่เกิดวิกฤตเลยค่ะ ตอนนั้นมีการตั้ง War Room ที่หลายภาคส่วนเข้ามาช่วยกัน ทั้งคนทำงานด้านสื่อ นักวิชาการ กลุ่มผู้ทำงานด้านสุขภาพจิต และภาคประชาสังคม จริง ๆ ต้องให้เครดิตอาจารย์มิลจาก TIMS เลยค่ะ เพราะอาจารย์เป็นเหมือนหัวเรือสำคัญที่ทำให้งานนี้เกิดขึ้น สิ่งที่อาจารย์มิลมองคือแม้ประเทศไทยจะผ่านวิกฤตมาหลายครั้งแล้ว แต่บ้านเรายังไม่มี “ชุดความรู้กลาง” ที่พูดถึงการสื่อสารด้านสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ เวลามีวิกฤต เราจะเห็นการช่วยเหลือหน้างาน เช่น การกู้ภัย การแจกของ แต่ในมิติของการสื่อสารเพื่อประคับประคองจิตใจผู้คน ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนว่าเราควรสื่อสารอย่างไร ใช้ภาษาแบบไหน หรือควรระวังอะไรบ้าง ที่ใช้คำว่า “หลังภาวะวิกฤต” ก็เพราะตอนนั้นเหตุการณ์เฉพาะหน้ามันผ่านไปแล้ว แต่เรารู้ว่าความรู้สึกของคนไม่ได้จบพร้อมกับเหตุการณ์ ใช่ น้ำอาจลดแล้ว แต่ไม่ได้แปลว่าคนจะรู้สึกดีเลยในทันที ใจของคนไม่ได้ทำงานแบบนั้น

คุณวิกกี้: แม้ว่าคู่มือเล่มนี้จะเกิดขึ้นจากภารกิจหลังวิกฤตครั้งใหญ่ของประเทศ แต่อยากชวนมองว่าคนที่จะอ่านคู่มือนี้ ไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าหน้าที่กู้ภัย อาสาสมัคร หรือคนทำงานในพื้นที่วิกฤตเท่านั้นค่ะ จริง ๆ แล้วคนทั่วไปก็ใช้ได้ เพราะในชีวิตประจำวัน เราทุกคนล้วนมีช่วงเวลาที่ต้องดูแลคนอื่น ต้องรับฟังใครสักคน หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องช่วยประคับประคองจิตใจของคนรอบตัว

R: เราสังเกตเห็นช่องว่างในการสื่อสารวิกฤตของไทยอย่างไรบ้าง?

คุณฝ้าย: หากถามถึงช่องว่างที่เราสังเกตเห็นจริง ๆ คิดว่าอยู่ที่ประสบการณ์ของคนรับสาร คือเมื่อการสื่อสารยังให้ความสำคัญกับความเร็ว ความเข้มข้น หรือการรายงานข้อเท็จจริงเป็นหลัก คนที่เสพข่าวก็จะถูกกระตุ้นทางอารมณ์อยู่ตลอดเวลา แต่สิ่งที่มักจะขาดหายไปคือการช่วยประคับประคองความรู้สึกของคนที่กำลังรับสาร ต่อให้ข่าวรายงานตามข้อเท็จจริงทั้งหมดแล้ว คำถามคือ หลังจากคนได้รับความจริงนั้น เขารู้สึกอย่างไรต่อ เราเลยคิดว่าสิ่งที่การสื่อสารวิกฤตยังสามารถเติมได้คือ การช่วยสร้างความหวังหรือความรู้สึกว่าผู้คนไม่ได้เผชิญสถานการณ์นี้เพียงลำพัง อาจจะบอกว่ามีทรัพยากรอะไรบ้าง มีหน่วยงานไหนช่วยได้ หรือแม้แต่ชวนให้เห็นว่า ในระหว่างที่สถานการณ์ยังคลี่คลายไม่ได้ เราจะค่อย ๆ ดูแลตัวเองและคนรอบข้างอย่างไร

คุณวิกกี้: สิ่งที่เราเห็นอยู่บ่อย ๆ คือ แทบทุกครั้งเวลามีวิกฤต ผู้คนเกิดความเครียดและความไม่แน่นอน ไม่รู้ว่าควรเชื่อข้อมูลไหน เพราะแต่ละแหล่งรายงาน

ไม่เหมือนกัน บางสื่อรายงานแบบหนึ่ง หน่วยงานรัฐพูดอีกแบบหนึ่ง หรือข้อมูลในโซเชียลก็ไปอีกทางหนึ่ง เมื่อข้อมูลไม่สอดคล้องกัน สิ่งที่ตามมาคือ ความไม่ไว้วางใจ ไม่ว่าจะต่อข้อมูล ต่อการจัดการสถานการณ์ หรือแม้แต่ต่อระบบการช่วยเหลือ ดังนั้น ความท้าทายของการสื่อสารในภาวะวิกฤต ไม่ใช่แค่การส่งข้อมูลให้รวดเร็วหรือครบถ้วน แต่คือการสื่อสารที่ช่วยสร้างความไว้วางใจ ให้กับผู้คน ว่ากำลังเกิดอะไรขึ้น มีการจัดการอย่างไร และผู้ได้รับผลกระทบกำลังได้รับการดูแลอย่างไร

“ความท้าทายของการสื่อสารในภาวะวิกฤต ไม่ใช่แค่การส่งข้อมูลให้รวดเร็วหรือครบถ้วน แต่คือการสื่อสารที่ช่วยสร้างความไว้วางใจ ให้กับผู้คน ว่ากำลังเกิดอะไรขึ้น มีการจัดการอย่างไร และผู้ได้รับผลกระทบกำลังได้รับการดูแลอย่างไร” — คุณวิกกี้

R: กว่าจะออกมาเป็นคู่มือฯ ฉบับนี้ ทางทีมมีกระบวนการอย่างไรบ้าง?

คุณฝ้าย: ขั้นตอนแรกเลยก็คือ desk research ค่ะ เริ่มจากการรวบรวมองค์ความรู้ งานวิจัย และข้อมูลเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ว่าในระดับสากลหรือในแวดวงสุขภาพจิต มีหลักการอะไรบ้างในการสื่อสารช่วงวิกฤต ซึ่งตอนนั้นฝ้ายก็พุ่งไปขอความช่วยเหลือจากพี่วิกกี้เลยค่ะ

แต่สิ่งที่ MasterPeace เติมเข้าไป คือการเอาเลนส์ของผู้คน หรือเลนส์ของคนธรรมดาเข้าไปสวมกับองค์ความรู้เหล่านั้น อาจจะลองคิดว่า ถ้าเราเป็นคนที่กำลังเผชิญเหตุการณ์นี้ เราจะรู้สึกอย่างไร ตั้งแต่วินาทีที่วิกฤตเกิดขึ้น ระหว่างที่สถานการณ์กำลังคลี่คลาย จนถึงช่วงที่ต้องกลับมาใช้ชีวิตต่อ หลายหัวข้อในคู่มือจึงเริ่มจากคำถามง่าย ๆ ที่คนทำงานเจอจริง เช่น “ถ้าเจอคนโกรธจะทำอย่างไร” “ถ้าเจอคนร้องไห้ เราควรพูดอะไร” หรือ “ถ้าตัวเราเริ่มรู้สึกเหนื่อยล้า จะมีวิธีการดูแลตัวเองอย่างไร”

คุณวิกกี้: สิ่งหนึ่งที่เราให้ความสำคัญมากคือ ถึงแม้คู่มือจะใช้ภาษาที่เรียบง่าย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และตั้งใจให้คนทั่วไปสามารถนำไปใช้ได้ แต่เบื้องหลังของเนื้อหาทั้งหมดไม่ได้มาจากการเล่าจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว ทุกประเด็นมีการอ้างอิงหลักวิชาการและหลักการสากล ทั้งด้าน crisis management และ psychosocial support

สิ่งที่ MasterPeace ทำ จึงไม่ใช่การสร้างองค์ความรู้ขึ้นมาใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่มาย่อยและเรียบเรียงใหม่ให้เข้าใจง่าย สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยค่ะ

R: “trauma-informed communication” คืออะไร?

คุณวิกกี้: คำว่า trauma-informed ไม่ได้แปลว่าเราต้องวินิจฉัยว่าใครมีภาวะบาดแผลทางใจ แต่หมายถึงการทดไว้ในใจว่า คน ๆ นี้อาจมีบาดแผลบางอย่างจากประสบการณ์ที่เพิ่งผ่านมา คำสำคัญคือคำว่า “อาจ” เพราะเราไม่ได้เหมารวมว่าทุกคนจะเป็นเหมือนกัน แต่เราเลือกที่จะปฏิบัติต่อทุกคนด้วยความระมัดระวังที่สุด เนื่องจากบาดแผลทางใจเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นค่ะ

ยกตัวอย่างเรื่องการตั้งคำถาม ถ้าเราเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ประสบภัย สิ่งแรกที่ควรถามตัวเองไม่ใช่ว่า “เราจะถามอะไร” แต่คือ “เราสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยให้เขาแล้วหรือยัง” เช่น ถ้าเราเพิ่งเจอผู้ประสบภัยแล้วถามว่า “ทำไมพี่ไม่หนีออกมาตั้งแต่แรก ทั้งที่มีประกาศเตือนแล้ว” คำถามแบบนี้อาจทำให้เขารู้สึกเหมือนกำลังถูกตำหนิ หรือเริ่มโทษตัวเองว่า “ทั้งหมดเป็นความผิดของฉันหรือเปล่า” แต่ถ้าเราเปลี่ยนเป็นคำถามที่เปิดกว้างกว่า เช่น “ตอนที่เหตุการณ์เกิดขึ้น มันเกิดอะไรขึ้นบ้างคะ” เขาจะเป็นคนเลือกเองว่าจะเล่าตรงไหน มากน้อยแค่ไหน และเริ่มต้นจากประเด็นไหนก่อน นี่คือหัวใจของ trauma-informed communication ไม่ใช่แค่การเลือกใช้คำพูดที่สุภาพ แต่คือการเข้าใจว่าผู้คนอาจกำลังแบกบาดแผลบางอย่างที่เรามองไม่เห็น และสื่อสารกับเขาด้วยความระมัดระวัง เคารพ และไม่ทำให้ความเจ็บปวดนั้นถูกตอกย้ำซ้ำอีกครั้งค่ะ

“สิ่งที่การสื่อสารวิกฤตยังสามารถเติมได้คือ การช่วยสร้างความหวัง หรือความรู้สึกว่าผู้คนไม่ได้เผชิญสถานการณ์นี้เพียงลำพัง” — คุณฝ้าย

R: อะไรคือความท้าทายที่ใหญ่ที่สุดในการนำหลักการนี้มาปรับใช้กับบริบทของไทย?

คุณฝ้าย: ฝ้ายว่าเป็นเรื่อง “ช่องว่างของประสบการณ์” ที่ต้องระวังอยู่ตลอดเวลา ตัวเราเองไม่ได้มีประสบการณ์ตรงกับภัยพิบัติขนาดใหญ่ ฉะนั้นเราจะเตือนตัวเองอยู่เสมอว่า อย่าเขียนเหมือนเราเข้าใจทุกอย่าง แต่ให้เขียนบนฐานของหลักวิชาการและความเคารพต่อประสบการณ์ของคนที่อยู่ในสถานการณ์จริง

ดังนั้น วิธีที่ MasterPeace ใช้รับมือกับเรื่องนี้ คือการ cross-check กัน อย่างงานนี้ ฝ้ายจะร่างจากหลักการและงานวิจัยก่อน จากนั้นพี่วิกกี้ก็จะเข้ามาช่วยอ่านเติม และช่วยดูว่าอะไรที่ยังทำให้จับต้องได้มากขึ้น หรือมีจุดไหนที่ควรระมัดระวัง ดูว่ามีคำไหน ประโยคไหน หรือวิธีสื่อสารแบบไหนที่อาจกระทบความรู้สึกของผู้คนโดยที่เราไม่ตั้งใจ

คุณวิกกี้: ยกตัวอย่างเรื่อง Psychological First Aid (PFA) หลายคนคงเคยได้ยินหลักการ Prepare, Look, Listen, Link กันอยู่แล้ว แต่คำถามคือ ถ้าเราต้องลงพื้นที่จริง เราเข้าใจความหมายของแต่ละขั้นตอนมากน้อยแค่ไหน อย่างคำว่า Listen จริง ๆ แล้ว การฟังในสถานการณ์วิกฤตไม่เหมือนการนั่งคุยกับนักจิตวิทยาในห้องบำบัด บางครั้งในพื้นที่จริงเรามีเวลาแค่ไม่กี่นาที อยู่ท่ามกลางความวุ่นวายและข้อจำกัดมากมาย คำถามคือ ในเวลาสั้น ๆ แบบนั้น เราจะฟังอย่างไรให้คนตรงหน้ารู้สึกว่าได้รับการรับฟังจริง ๆ

“การฟังในสถานการณ์วิกฤตไม่เหมือนการนั่งคุยกับนักจิตวิทยาในห้องบำบัด บางครั้งในพื้นที่จริง เรามีเวลาแค่ไม่กี่นาที อยู่ท่ามกลางความวุ่นวายและข้อจำกัดมากมาย คำถามคือ ในเวลาสั้น ๆ แบบนั้น เราจะฟังอย่างไรให้คนตรงหน้ารู้สึกว่าได้รับการรับฟังจริง ๆ ”
— คุณวิกกี้

R: มองว่า TIMS มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานสุขภาวะทางจิตโดยรวมของไทยอย่างไรบ้าง?

คุณฝ้าย: สิ่งที่รู้สึกขอบคุณ TIMS มากคือ เขาให้พื้นที่และความไว้วางใจกับทีมเรา ไม่ได้กำหนดรายละเอียดทุกขั้นตอน หรือคอยควบคุมงานตลอดเวลา แต่ให้โจทย์ที่ชัดเจนว่าอยากสร้างอะไร แล้วเปิดพื้นที่ให้เราได้ออกแบบวิธีการนำเสนอ อีกอย่างที่เราประทับใจคือ แม้ TIMS จะเป็นสถาบันวิชาการ แต่ก็เปิดกว้างกับวิธีการสื่อสารรูปแบบใหม่ ๆ นอกจากตัวคู่มือแล้ว ยังมีอินโฟกราฟิก ภาพประกอบ และรูปแบบการสื่อสารอื่น ๆ ที่ช่วยให้เนื้อหาเข้าถึงคนได้ง่ายขึ้น



หากถามถึงบทบาทของ TIMS ในภาพใหญ่ของสังคม เรามองกลับไปที่ชื่อขององค์กรเลยค่ะ คือ “สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต”

ช่วงหลายปีที่ผ่านมา เรื่องสุขภาพจิตถูกพูดถึงมากขึ้นก็จริง แต่หลายครั้งการพูดถึงยังเป็นลักษณะของประเด็นย่อย ๆ ทุกอย่างเหมือนแยกออกจากกันเป็นชิ้น ๆ แต่สิ่งที่ TIMS ทำต่างออกไป คือการมองภาพระยะยาวว่าสังคมกำลังขาดอะไร และควรสร้างอะไรขึ้นมาเพื่อให้เกิดผลอย่างยั่งยืน สำหรับเรา นั่นคือความหมายของคำว่า “ความยั่งยืน” ไม่ใช่แค่การผลิตองค์ความรู้ แต่คือการสร้างเครื่องมือที่ผู้คนสามารถนำไปใช้ต่อได้จริง ขยายผลได้ และส่งต่อกันได้ในระยะยาวได้ค่ะ

R: อะไรที่ทำให้ทั้งสองคน ยังรู้สึงหลงใหลในงานที่ตนเองกำลังทำอยู่?

คุณวิกกี้: อย่างแรกเลยคงเป็นเรื่องประสบการณ์ส่วนตัว การที่เลือกมาเรียนจิตวิทยา ก็เกิดจากคำถามของตัวเองว่า อะไรที่จะช่วยให้เราประคับประคองตัวเองและผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากในชีวิตไปได้ พอเราได้เรียนรู้และเริ่มเข้าใจเรื่องเหล่านี้มากขึ้น เราก็รู้สึกว่ามันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ว่า เมื่อเราเคยได้รับบางสิ่งที่มีคุณค่า เราก็อยากส่งต่อสิ่งนั้นให้กับคนอื่น

มีสิ่งหนึ่งที่เราเชื่อมาตลอดคือ มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพอยู่แล้ว เพราะฉะนั้น งานของเราไม่ใช่การเข้าไปแก้ไขคน แต่เหมือนเป็นการสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้เขาได้ค่อย ๆ ฟื้นศักยภาพที่มีอยู่เดิมขึ้นมาอีกครั้ง เวลาที่เราเห็นใครสักคนค่อย ๆ กลับมายิ้มได้อีกครั้ง เห็นเขาเริ่มต้นใหม่ได้ มันเป็นภาพที่มีความหมายมากสำหรับเรา นั่นคือเสน่ห์ของการทำงานด้านนี้

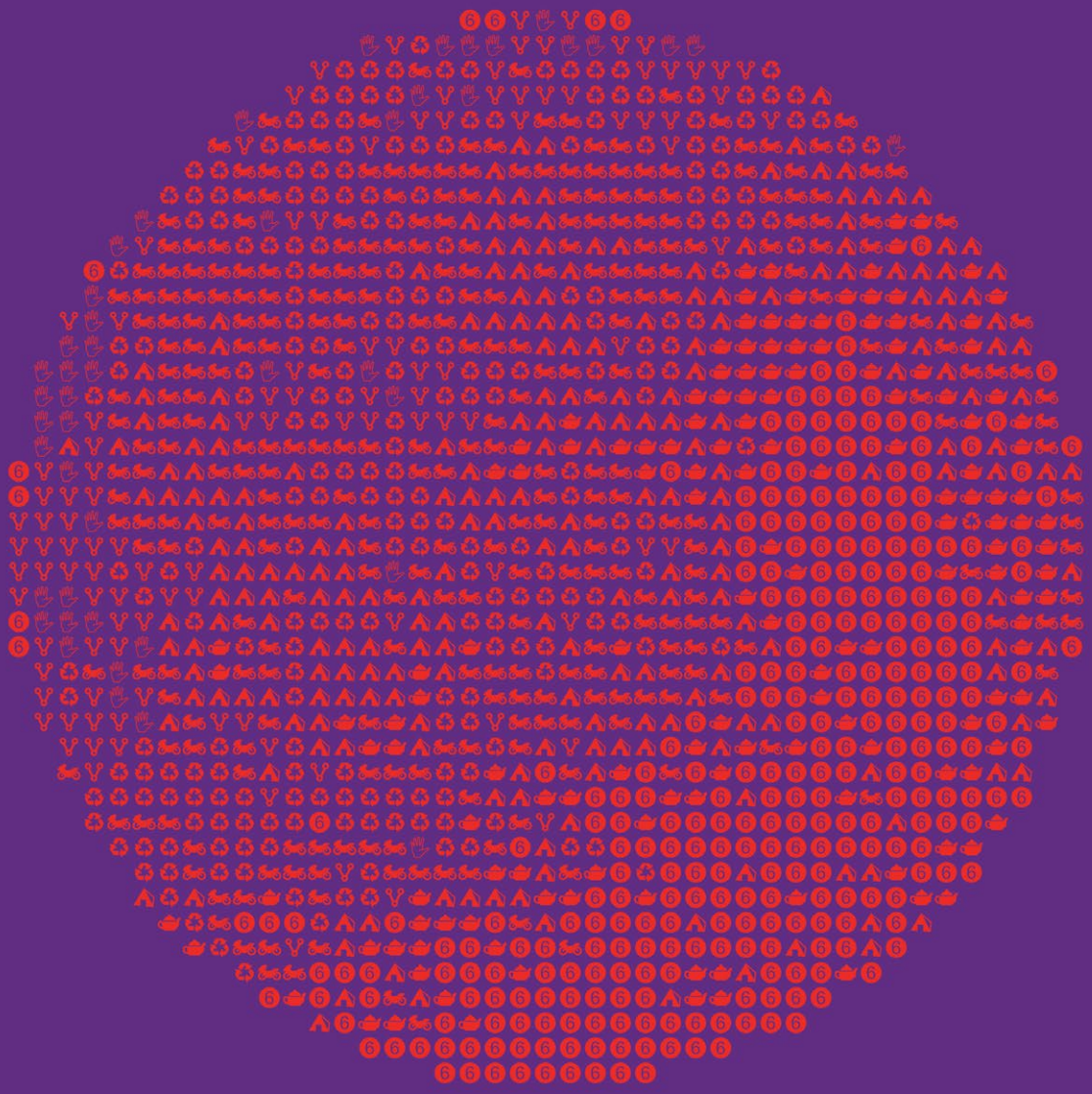
คุณฝ้าย: อันนี้เป็นความเชื่อส่วนตัวนะ ฝ้ายรู้สึกว่าทุกคนบนโลกนี้ทำงานด้วยการตามหาความหมายบางอย่าง ถ้าวันหนึ่งเค้าไปถึงจุดที่ค้นพบความหมายในงานของตัวเอง ไม่ว่างานนั้นจะเป็นอะไรก็ตาม มันก็จะกลายเป็นแรงที่ทำให้เค้ายังอยากทำมันต่อ

สำหรับฝ้าย ความหมายของการทำงานคือ มันไม่ได้ช่วยแค่ตัวเรา สมมติเราเขียนออกมาสักหนึ่งประโยค หรือมีใครสักคนได้อ่านงานชิ้นหนึ่งที่เราทำ แล้ววันนั้นเค้ารู้สึกว่าหายใจโล่งขึ้น แค่นั้นเราก็พอใจแล้ว เราไม่ได้รู้สึกว่าตัวเองต้องสร้างความเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่อะไร คือถ้าใครสักคนรู้สึกว่าเค้าถูกมองเห็น รู้สึกว่ามีคนเข้าใจ แล้วชีวิตของเค้ายังไปต่อได้ เหมือนกับที่เราเองก็เคยได้รับ ทั้งจากเพื่อน จากนักจิตวิทยา จากจิตแพทย์ และจากตัวเราเอง

ฝ้ายอยากให้เค้าได้ใช้ชีวิตอย่างแข็งแรงขึ้น เพื่อที่วันหนึ่งเค้าจะได้เป็นตัวของตัวเอง และได้สนุกกับชีวิต ถ้าสิ่งที่เราทำค่อย ๆ เป็นเหมือนบันไดให้ใครสักคนเดินไปถึงจุดนั้นได้ แค่นั้นก็เพียงพอแล้วค่ะ

CHAPTER 6

HIGHLIGHT ACTIVITIES



"Spring comes with flowers, autumn with the moon, summer with the breeze, winter with snow. When idle concerns don't fill your thoughts, that's your best season."
— Wu-Men (1183–1260), Zen master



อาสาสมัคร “Heart Line สายใจ...เคียงคุณ” เข้ารับการอบรมหลักสูตรปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (Mind First Aid) โดยคุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ ผู้ก่อตั้ง Sati App ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

Heart Line “สายใจ...เคียงคุณ”

เมื่อภัยพิบัติและวิกฤตต่าง ๆ ทั้งน้ำท่วม แผ่นดินไหวและเหตุปะทะชายแดน ทิ้งบาดแผลทางใจไว้ให้ผู้คนจำนวนมาก ขณะที่ระบบสุขภาพจิตของรัฐยังไม่สามารถเข้าถึงทุกคนได้ทันท่วงที Thai PBS ร่วมกับสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS), Sati App, สมาคมจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย, สสส. และโครงการ Mind First Aid จึงร่วมกัน **จัดตั้งทีมอาสาสมัคร “Heart Line สายใจ...เคียงคุณ” ขึ้น เพื่อเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้ได้รับผลกระทบทางใจได้มีคนรับฟังโดยไม่มีค่าใช้จ่าย** พร้อมทั้งช่วยแบ่งเบาภาระของระบบสาธารณสุขภาครัฐในระยะยาว ระยะเวลาให้บริการต่อเนื่องรวม 14 วัน อาสาสมัครให้บริการ 10 คู่สาย/วัน ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ตั้งแต่เวลา 18:00-22:30 น.

ในยามเกิดวิกฤตและภัยพิบัติ โดยเฉพาะช่วงหลังน้ำท่วมภาคใต้ที่ผู้ประสบภัยต้องกลับเข้าพื้นที่เพื่อซ่อมแซมบ้านเรือนและดูแลทรัพย์สิน ผู้คนมักไม่มีเวลาฟื้นฟูจิตใจตนเอง และขาดพื้นที่ปลอดภัยในการระบายความเครียด ความกังวล และความไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งอาจสะสมกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังในระยะยาว แม้ภาครัฐจะเร่งให้บริการเชิงรุกและลงพื้นที่ แต่อาจไม่ครอบคลุมและทันท่วงทีต่อความต้องการ

โครงการ Heart Line (**H**elping for **E**motional **A**id and **R**esilience during **T**rauma) จึงเกิดขึ้นจากการรวมตัวของภาคประชาชนและนักวิชาการหลายหน่วยงานด้านสุขภาพจิต ที่ต้องการเสริมการทำงานของภาครัฐ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้กว้างขวางและทันท่วงที ภาคีเครือข่ายจึงฝึกอบรมอาสาสมัครด้วยหลักสูตรปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (Mind First Aid) และการดูแลบาดแผลทางใจ (trauma-informed care) ทำหน้าที่รับฟังอย่างไม่ตัดสิน โดยมีผู้เชี่ยวชาญกำกับดูแลใกล้ชิดตลอดการให้บริการ โดยอาสาสมัครประเมินความรุนแรงของแต่ละเคสระหว่างสนทนา แล้วส่งต่อความช่วยเหลือให้เหมาะสม

ระบบคัดกรองผู้รับบริการ 3 ระดับสี

สีเขียว: ให้ข้อมูลสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ช่วยค้นหาทรัพยากรรับมือปัญหา และแนะนำส่งต่อสายด่วน 1323 หรือ Sati App ระบบการส่งต่อจะสามารถทำได้ในพื้นที่จังหวัดสงขลาเป็นหลัก หากเป็นนอกพื้นที่จะเน้นให้บริการเชิงพูดคุยรับฟัง

สีเหลือง: แนะนำให้เข้ารับบริการจากจิตแพทย์ ทั้งในรูปแบบโรงพยาบาลสนามของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือทีมเดินเท้าในพื้นที่ประสบภัย

สีแดง: ประสานทีมแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อรับการรักษาอย่างเร่งด่วนทันที

โครงการ Heart Line ถือเป็นก้าวสำคัญของการผสานพลังระหว่างสื่อสาธารณะ สถาบันวิชาการ และภาคประชาชน ในการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ โครงการนี้ทำหน้าที่เป็นโมเดลต้นแบบการดูแลใจในชุมชนโดยอาสาสมัคร เพื่อผลักดันให้กลไกดังกล่าวถูกบรรจุเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศในระยะยาว ช่วยแบ่งเบาภาระของระบบสาธารณสุขภาครัฐได้อย่างยั่งยืน

Better Mind Better Bangkok 2025: ความหวัง พื้นที่สื่อสารสุขภาพจิตกลางเมือง

เนื่องจากวันที่ 10 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันสุขภาพจิตโลก สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ได้สนับสนุนทุนให้บริษัท สติ แอพ จำกัด เป็นผู้ดำเนิน**กิจกรรม "Better Mind Better Bangkok 2025"** เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2568 ณ สามย่านมิตรทาวน์ ชั้น G โดยมี สสส., กรุงเทพมหานคร, Thai PBS, มูลนิธิเพื่อคนไทย, Maybelline New York Thailand และสามย่านมิตรทาวน์ ร่วมสนับสนุน

งานครั้งนี้จัดขึ้น**ภายใต้แนวคิด "Creating Safe Spaces, One Conversation at a Time"** โดยจัดขึ้นเป็นปีที่ 4 **ในธีม "ความหวัง" หรือ H.O.P.E. สื่อถึงพลังใจที่ช่วยให้ผู้คนลุกขึ้นใหม่ได้เสมอ** แม้ในวันที่ต้องเผชิญความท้าทาย โดยมีผู้เข้าร่วมงาน ณ สถานที่จัดงานกว่า 600 คน และมียอดการรับชมออนไลน์กว่า 6,764 ครั้ง

ทำไมต้อง "ความหวัง"

ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตอย่างรุนแรง มีจิตแพทย์เพียง 1.28 คน และนักจิตวิทยาเพียง 1.57 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (รวมบุคลากรทุกวิชาชีพแล้วมีเพียง 9 คนต่อแสนประชากร ต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ) ขณะที่ผลสำรวจชี้ว่า ประมาณ 12 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรกรุงเทพฯ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ท่ามกลางข้อจำกัดนี้ การดูแลแบบไม่เป็นทางการ เช่น การดูแลในชุมชน (community care) การดูแลตนเอง (self-care) และเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) จึงมีศักยภาพสูงในการเข้าถึงผู้คนด้วยทรัพยากรที่จำกัด นี่จึงเป็นที่มาของการสร้างพื้นที่สาธารณะอย่าง Better Mind Better Bangkok เพื่อจุดประกายบทสนทนาเรื่องสุขภาพจิตอย่างเปิดกว้าง ปราศจากการตีตรา

4 เวทีเสวนาแห่งความหวัง H.O.P.E.

H: Healing
เยียวยาจิตใจในวันที่ความวุ่นวายเกิดขึ้น



ดำเนินรายการโดยคุณกันตพร สวนศิลป์พงศ์ โดยมีผู้ร่วมเสวนา คือ ดร.สิทธิพร ครามานนท์, คุณทิฟฟานี เซน และคุณยิปซี คีรติ มหาพฤกษ์พงศ์ โดย ดร.สิทธิพรชวนเปิดประเด็นว่า แทนที่จะวิ่งหนีความทุกข์ เราอาจลองเปิดใจทำความรู้จักมันแทน พร้อมแนะนำการรู้เท่าทัน "เสียงในหัว" เป็นเครื่องมือเยียวยา ขณะที่คุณยิปซีเสริมต่อว่าควรเพิ่มวิชา "ทุกข์ Management" ในระบบการศึกษา และคุณทิฟฟานีทิ้งท้ายว่า แก่นแท้ของการเยียวยาคือการยอมรับความเปราะบางของตัวเอง ไม่ต้องฝืนแข็งแกร่งตลอดเวลา

O: Optimism
มองโลกอย่างมีความหวัง



ดำเนินรายการโดยคุณกิตติพร โรจน์วณิช มีผู้ร่วมเสวนา คือคุณวรรณสิงห์ ประเสริฐกุล, ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์ และ รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล โดยวรรณสิงห์มองว่า ความหวังคือความเชื่อว่าพรุ่งนี้จะดีกว่า แม้ในวันที่สิ้นหวังที่สุด ดร.กุลวดีเสริมว่า ความหวังต้องมาพร้อมการลงมือทำ ไม่ใช่แค่มองโลกในแง่ดีแบบอยู่เฉย ๆ ส่วน รศ. ดร.ธีรพัฒน์ ในฐานะนักขับเคลื่อนนโยบาย กล่าวว่าการจัดการความหวังเปรียบเหมือนการ "ไต่บันได" โดยต้องเข้าใจเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความหวังก่อนเสมอ และฝากแนวคิด "การสั่งจ่ายด้วยกิจกรรมทางสังคม" (social prescribing) เพื่อฟื้นฟูใจผ่านศิลปะและการทำกิจกรรมทางสังคม



P: Possibilities
ความเป็นไปได้ของนโยบายสุขภาพจิตที่ตอบโจทย์สังคมเมือง

ดำเนินรายการโดยคุณรุ่งโรจน์ สมบุญเก่า มีผู้ร่วมเสวนา คือคุณเขื่อน ภัทรดนัย เสตสุวรรณ, ดร. พญ.สุธี สฤษฏ์ศิริ และ ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ คุณเขื่อนชี้ว่า จุดเริ่มต้นคือ growth mindset และการฝึกอบรมคนในชุมชนให้รับฟังอย่างไม่ตัดสิน ดร. นพ.วรตม์ เน้นย้ำการเอาชนะการตีตรา และทำให้สุขภาพจิตเป็น “เรื่องของทุกคน” ส่วน ดร. พญ.สุธี เสนอให้ยกระดับการคัดกรองสุขภาพจิตในโรงเรียน ผ่านครูประจำชั้นและ “แกนนำเพื่อน” ควบคู่กับระบบ Urban Medical Service Centre (UMSC) หรือ telemedicine ของ กทม.



E: Empowerment
เสริมพลังใจให้มีแรงก้าวต่อ

ดำเนินรายการโดยคุณเรืองริน อักษรานุเคราะห์ มีผู้ร่วมเสวนา คือ คุณกฤษฎิ์ งามธนกิจจา, คุณปองภพ สำราญชัยกร, ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ และคุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ โดยคุณอมรเทพกล่าวว่า ความทุกข์และความรู้สึกไร้ตัวตนเป็นธรรมชาติของมนุษย์ สิ่งสำคัญคือมีคนคอยเตือนสติให้เห็นมิติอื่นในตัวเอง ส่วน ผศ. ดร.ณัฐสุดา ได้เสริมว่าการ “ตกเกณฑ์เฉลี่ย” ของสังคมไม่ได้แปลว่าไร้คุณค่า ในขณะที่คุณกฤษฎิ์และคุณปองภพ ตัวแทนจาก Maybelline Brave Together ได้แนะนำเครื่องมือ BRAVE (Be Present – Right Setting – Ask Question – Validate Feeling – Encourage Action) ที่จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้กับคนรอบตัว

บน: คุณเขื่อน ภัทรดนัย เสตสุวรรณ ร่วมเสวนาหัวข้อ P: Possibilities
กลาง: คุณปองภพ สำราญชัยกร และคุณกฤษฎิ์ งามธนกิจจา ร่วมเสวนาหัวข้อ E: Empowerment
ล่าง: บรรยากาศพื้นที่ SuperMINDket ภายในงาน Better Mind Better Bangkok 2025

หน้าตรงข้าม บน: คุณยิปซี คีรติ มหาพฤกษ์พงศ์ ร่วมเสวนาหัวข้อ H: Healing
ล่าง: คุณกิตติพร โรจน์วณิช ผู้ดำเนินรายการ พร้อมผู้ร่วมเสวนา คุณวรรณสิงห์ ประเสริฐกุล และ ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์ ในหัวข้อ O: Optimism

ภาพถ่ายโดย Thai PBS



นอกจากเวทีเสวนา รูปแบบการจัดงานปีนี้ออกแบบพื้นที่งานเป็น SuperMINDket ให้เหมือนร้านสะดวกซื้อ ชวนผู้คนมาเลือกเติมความหวังให้หัวใจ แบ่งเป็นกิจกรรม 5 ส่วนหลัก ดังนี้

1. **Hope Zone:** ชวนทำความรู้จัก Sati App และ TIMS ผ่านกิจกรรม Check-in อารมณ์ และพูดคุยผ่าน Talking Wheel รวมถึงกิจกรรมกับ Maybelline Brave Together, Thai PBS และสำนักอนามัย กทม.

2. **Reflection Zone:** กิจกรรมแห่งการสำรวจใจ Energy Aisle (ถ่ายรูป Power Pose เสริมความมั่นใจ) Self-Kindness (แปะข้อความให้กำลังใจตัวเอง) Letting-Grow (ย่อยกระดาษความทุกข์ที่อยากปล่อยวาง) และ Gratitude Aisle (เขียนจดหมายถึงตัวเองในอนาคต ส่งจริงผ่านไปรษณีย์ไทย)

3. **Affirmation Wall:**
โซนนี้เป็นกำแพงข้อความให้กำลังใจจากศิลปินที่มาร่วมงาน สามารถหยิบข้อความเติมพลังใจกลับบ้าน

4. **Inspiration Zone:** นิทรรศการผลงานเยาวชนจากโครงการ Youth for Change

5. **Bench With Ears:** ให้บริการรับฟังโดย “ม้านั่งมีหู” เปิดให้บริการรับฟังรอบละ 40 นาที

อีกทั้งยังมีการประกวดไอเดียเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต Youth for Change โดยมูลนิธิ สติแอพ ร่วมกับสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) เปิดประกวดไอเดียป้องกัน-แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตสำหรับนิสิตนักศึกษา คัดเลือกจนได้ 12 ทีม เพื่อขึ้นนำเสนอโปสเตอร์ในงาน โดย 3 ผลงานที่ดีที่สุดที่ได้รับคัดเลือกให้ขึ้นเวทีหลัก คือ

เจอ จอยจอย (Jer Joy Join)
ผลงานที่ดีที่สุดจากหมวดนวัตกรรม เป็นไอเดียแอปพลิเคชันที่เชื่อมผู้สูงอายุกับเพื่อนใหม่และกิจกรรมทางสังคม แก้ปัญหาความเหงาในสังคมสูงวัย

เกมใส่ใจ สะพานใจหัวใจ 4 ห้อง
ผลงานที่ดีที่สุดจากหมวดหมู่โครงการ เปลี่ยนบอร์ดเกมให้เป็นพื้นที่อบอุ่นขนาดใหญ่ เยียวยาใจเยาวชนผ่านโมเดล Care–Connect–Community–Change ที่ทุกเสียงในใจจะได้รับการรับฟังโดยไม่มีการตัดสิน

Parent-Based Screen Time Intervention for Pre-Adolescents
ผลงานที่ดีที่สุดจากหมวดหมู่หัวข้องานวิจัย โปรแกรมเสริมความมั่นใจผู้ปกครองในการจัดการเวลาหน้าจอของเด็กก่อนวัยรุ่น ซึ่งส่งผลลบต่อการกำกับอารมณ์ และความสัมพันธ์ในครอบครัว



บน: ภาพหมู่ผู้ได้รับรางวัลโครงการประกวดไอเดีย Youth for Change

ล่าง: คุณกฤษฎิ์ งามธนกิจจา และคุณปองภพ สำราญชัยกร ร่วมกิจกรรมสำรวจใจ Energy Aisle

ภาพถ่ายโดย Thai PBS

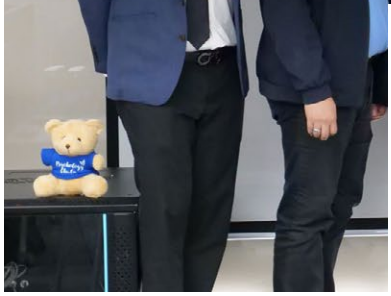


แรงกระเพื่อมบนโลกออนไลน์

แคมเปญ “Better Mind Better Bangkok 2025 x Creators” ร่วมกับTikTok Creators 3 ท่าน สร้างยอดเข้าถึงรวมกว่า 440,000 ครั้ง ทั้งก่อนและหลังงาน ขณะที่ Sati App ร่วมกับ Line Today เปิดโพลสำรวจความคิดเห็นเชื่อมโยงกับเนื้อหาเวทีเสวนา ในคำถามที่ว่า เมื่อชีวิตต้องสู้ในความมืด อะไรคือแสงสว่างให้คุณไปต่อ ผู้ร่วมโหวตทั้งหมด 63 คน พบว่า แสงสว่างที่ช่วยคนส่วนใหญ่ให้ไปต่อมากที่สุดคือ อ้อมกอดและกำลังใจจากคนที่เข้าใจเรา (46%) รองลงมาคือ ความทรงจำดี ๆ ที่ทำให้แอบยิ้มได้ทุกครั้งที่หวนนึกถึง (33%) และการถ่ายทอดสดผ่าน Facebook/YouTube ของ The Active และ Sati App ก็มียอดรับชมรวมมากกว่า 6,700 ครั้ง

กิจกรรม “Better Mind Better Bangkok 2025” ถือเป็นการผนึกกำลังของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคสื่อ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตกลางพื้นที่ชุมชนเมือง ทั้งการรับฟังวิทยากรและการร่วมกิจกรรมในบูธต่าง ๆ ช่วยจุดประกายการตระหนักรู้ เปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนมุมมอง และสร้างความหวังกับพลังใจให้ผู้คนก้าวผ่านความท้าทายในชีวิต สะท้อนว่าการมีพื้นที่สาธารณะเพื่อสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง คือกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสียงไปถึงผู้กำหนดนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนสุขภาพจิตของคนกรุงเทพฯ ให้ดีขึ้นในระยะยาว





Mind Month 2026 เดือนแห่งสุขภาพใจ

เดือนพฤษภาคมของทุกปีถูกประกาศร่วมกันตามมติ ครม. ให้เป็น Mind Month เดือนแห่งสุขภาพใจ เพื่อให้สังคมไทยเล็งเห็นความสำคัญของประเด็นสุขภาพจิต และผลักดันการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในเดือนพฤษภาคม 2569 **สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดกิจกรรม** หลัก 2 งาน ครอบคลุมทั้งระดับองค์กรและระดับชุมชน ได้แก่ **Workshop เสริมสร้าง Mental Health Literacy เพื่อ Workplace ที่ปลอดภัยและยั่งยืน** และ **Mind Month Forum: ใกล้บ้าน ใกล้ใจ กับสุขภาพจิตชุมชน**

MHL Workshop: องค์กรคุณพร้อมแค่ไหนกับสุขภาพจิตของคนทำงาน?

วันที่ 18 พฤษภาคม 2569 TIMS ร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO), คณะจิตวิทยา จุฬาฯ และสมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย (PMAT) จัด **Workshop เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในที่ทำงาน** ที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีผู้เข้าร่วม 70 คน โดยสื่อสาร 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

Mental Health Literacy ไม่ใช่แค่ความรู้ แต่คือสมรรถนะ

ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ อธิบายว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (MHL) คือความสามารถของบุคคลใน 4 ด้าน หรือ 4A ได้แก่ Access (เข้าถึง) Acquire (เข้าใจ) Appraise (ประเมินได้) Apply (ใช้งานเป็น) ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่ใช่แค่ทำให้คนไม่ป่วย แต่ยังเพิ่มผลิตภาพขององค์กร และเป็นสมรรถนะในอนาคตที่จะถูกพูดถึงมากขึ้น จากการสำรวจผู้ทำแบบประเมินราว 10,000 คนทั่วประเทศ พบค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 72.6 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในระดับปานกลาง-สูง

ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช ได้ต่อยอดในระดับองค์กรผ่านแนวคิด Organizational Mental Health Literacy (OMHL) 6 มิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) ภาวะผู้นำ (leadership) การบริหารจัดการ (management) การอบรมและบริการ (training and service) การสื่อสาร (communication) และความร่วมมือ (cooperation) โดยเน้นว่านโยบายอย่างเดียวไม่พอ ต้องออกแบบให้พนักงานเข้าถึงและใช้ได้จริง



ผู้เข้าร่วม Workshop ระดมความคิดเห็นขับเคลื่อนวัฒนธรรมการฟังในองค์กร

อันตรายทางจิตสังคมในที่ทำงาน มุมมองจาก ILO

Dr. Yuka Ujita จาก ILO เผยสถิติที่น่าตกใจว่า มีแรงงานเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานทั่วโลกเกือบ 3 ล้านคน และมีผู้บาดเจ็บถึง 395 ล้านคน โดยชี้ 5 ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม (psychosocial hazard) ที่องค์กรต้องจับตา ได้แก่ ความตึงเครียดจากงาน ความไม่สมดุลระหว่างความพยายามและผลตอบแทน ความไม่มั่นคงในการทำงาน ชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน และการกลั่นแกล้งในที่ทำงาน

Workshop ขับเคลื่อนสุขภาพใจในองค์กรด้วยการฟัง

รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล และคุณเมธาวี ทัศนาเสถียรกิจ (Mind First Aid) นำกิจกรรมโดยใช้กรอบ 4S (Support, Sense, Summarize, Self-care) ให้ผู้เข้าร่วมฝึกสังเกตองค์ประกอบของผู้ฟังที่ดีผ่าน See, Say, Do, Think & Feel และประเมินทักษะการฟังของตนเอง ก่อนระดมไอเดียขับเคลื่อนวัฒนธรรมการฟังในองค์กร ตั้งแต่ระดับบุคคล ทีม จนถึงนโยบาย สื่อสารถึงต้นทุนการฟังและการไม่ฟังว่า การฟังไม่แพง แต่การไม่ฟังแพงมาก เพราะเป็นการเก็บปัญหาไว้และทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ และในงานวิจัยของ TIMS เองก็ชี้ให้เห็นเช่นกันว่า องค์กรที่หัวหน้ามีทักษะการฟังจะเห็นผลบวก 3 ด้าน คือ performance (มอบหมายงานดีขึ้น) leadership (ความผูกพันในทีมสูงขึ้น) well-being (แรงจูงใจลาออกลดลง ภาวะหมดไฟลดลง)

Mind Month Forum
ใกล้บ้าน ใกล้ใจ กับสุขภาพจิตชุมชน

วันที่ 26 พฤษภาคม 2569 TIMS ร่วมกับ The Active, Thai PBS, รายการ Policy Watch และกรมสุขภาพจิต จัด**เวทีสำรวจพื้นที่ปลอดภัยทางใจใกล้ฉัน** ณ Convention Hall อาคาร D ไทยพีบีเอส ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพฯ โดยแบ่งเป็นกิจกรรมระดมความคิดเห็น “วาดอนาคตชุมชนดูแลใจ” ในภาคเช้า และ Policy Forum หัวข้อ “ชุมชนดูแลใจ เราจะสร้างระบบดูแลใจใกล้บ้านได้อย่างไร” ในภาคบ่าย

ทำไมต้องเป็นชุมชน? องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ทุก 7 คนที่เดินผ่านหน้าเรา จะมี 1 คนที่มีปัญหาสุขภาพจิต และคนไทยกว่า 13.4 ล้านคน เคยประสบปัญหาสุขภาพจิต

ขณะที่ผลสำรวจ “พื้นที่ปลอดภัยทางใจรอบฉัน” ของ สสส. (กลุ่มตัวอย่าง 232 คน) พบว่าคนส่วนใหญ่มีพื้นที่ปลอดภัยส่วนตัว (บ้าน มุมสงบ) แต่พื้นที่ที่ทำงาน โรงเรียน และชุมชน กลับทำหน้าที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยทางใจได้น้อยกว่ามาก



ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนจากทั่วประเทศ ร่วมวาดภาพปัจจุบัน-อนาคตของชุมชนดูแลใจ ในกิจกรรม Mind Month Forum

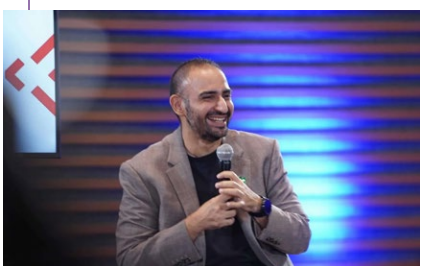
วาดอนาคตชุมชนดูแลใจ

ในช่วงเช้า ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนจากหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ร่วมกันวาดภาพปัจจุบัน-อนาคต ของชุมชนดูแลใจ ผ่าน 5 ภาพเปรียบเทียบ ดังนี้

ปัจจุบัน	อนาคต
ไข่ดาวในสวนเรือนกระจก (แยกส่วน)	ไข่เจียวในป่าเขียวชอุ่ม (หลอมรวมทำงานร่วมกัน)
Disconnection (ขาดการเชื่อมต่อ)	Connection แบบแกงโฮะ (ผสมผสานหลากศาสตร์)
ครัวสะดวกกิน (ทำตาม KPI)	ครัวใส่ใจ (เข้าใจมนุษย์ เครือข่ายเข้มแข็ง)
สุขภาพจิตในกระถาง (one-size-fits-all)	สุขภาพใจในสมดุลธรรมชาติ (เกื้อกูลกัน)
อาหารหลากหลาย แยกกันกิน	ไข่เจียวจานกลางที่ทุกคนกินได้

กลาง: อมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ ผู้ก่อตั้ง Sati App
ล่าง: ชูไชย นิจไตรรัตน์ ผู้อำนวยการมูลนิธิแพธทูเฮลท์

หน้าตรงข้าม จากซ้ายไปขวา: บุญชอบ ทับไกร ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหลักห้า อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร, นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผอ.สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ ผอ.ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

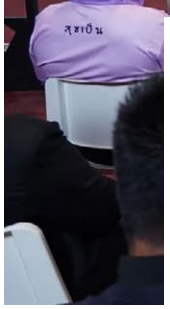




ก่อนตกตะกอนออกมาเป็น 6 ข้อเสนอ เพื่อขับเคลื่อนชุมชนดูแลใจ

1. ให้ความสำคัญตั้งแต่ฐานราก (คน งบประมาณ ความรู้)
2. สร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ
3. connectivity เชื่อมโยงแต่ละพื้นที่
4. ระบบสนับสนุนด้วยเครือข่ายเข้มแข็ง
5. ผู้เชี่ยวชาญและชุมชนทำงานร่วมกัน ไม่แบ่งคนนอก-คนใน
6. สุขภาพจิตที่ทุกคนเข้าถึงได้ง่าย





Policy Forum: สุขภาพใจ ดูแลด้วยชุมชน

เวทีเสวนาดำเนินโดยคุณบุศย์สิรินทร์ ยิ่งเกียรติกุล และ รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล ร่วมกับผู้แทน 5 หน่วยงาน ได้แก่ กรมสุขภาพจิต, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10, เทศบาลตำบลหลักห้า, มูลนิธิแพธทูเฮลท์ และ Sati App

เริ่มต้นด้วยประเด็น “การลงทุนกับคน คือหัวใจสำคัญ” โดยคุณอมรเทพ สัจจะมุนีวงศ์ (Sati App) เล่าประสบการณ์โครงการม้านั่งมีหู ที่ได้แรงบันดาลใจจาก “Friendship Bench” โครงการต้นแบบ community-based mental health จากซิมบับเว ซึ่งมีงานวิจัยตีพิมพ์รับรองว่าช่วยลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายของเยาวชนได้จริง โดยม้านั่งมีหูรุ่นแรกในไทยมีอาสาสมัคร 35 คน ติดตั้งใน 3 สวนสาธารณะ (ลุมพินี เบญจกิตติ และจุฬา 100 ปี) ให้บริการ 5 สัปดาห์ มีผู้ใช้บริการถึง 65 คน นอกจากนี้ยังนำเสนอทิศทางสุขภาพจิตโลกจากเวที Global Mental Health 5 มิติ ได้แก่ de-medicalize (ไม่ต้องรอวินิจฉัย-รักษาด้วยยาเท่านั้น) de-institutionalize (ไม่จำกัดอยู่แค่ห้องบำบัด) de-colonize (ปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทพื้นที่) democratize (เป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่แค่ผู้เชี่ยวชาญ) destigmatize (ลดการตีตรา) เพื่อสื่อสารให้เห็นว่างบประมาณสุขภาพจิตมีจำกัด ดังนั้นจำเป็นต้องเปลี่ยนจากการลงทุนบนยอดภูเขาน้ำแข็ง สร้างจิตแพทย์ที่ใช้เวลานาน มาที่ฐานภูเขาน้ำแข็ง คือการสร้างนักดูแลใจในชุมชนที่ทั้งถูกและเร็ว

ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ เสริมว่าการลงทุนที่ดีที่สุด คือการลงทุนกับคนที่ใช่และคนที่ไม่ใช่ ต้องให้สิ่งที่คิดว่าใช่สำหรับคนตรงหน้า การลงทุนไม่ได้หมายถึงตัวเงินอย่างเดียว อาจรวมไปถึงเรื่องคุณค่าและเวลาด้วย คนที่ไม่ใช่ไม่ได้ไม่มีใจ ไม่ได้หมายความว่าคนกลุ่มนี้ไม่ได้ต้องการใครสักคนที่รับฟัง บางทีเราอาจมองไม่เห็นว่าบุคคลนั้นมีอะไรข้างในลึก ๆ และฟังแต่ไม่ได้ยินสิ่งที่ซ่อนอยู่ข้างในใจ

นอกจากนี้ยังมี เสือ 3 ตัว หลักการดูแลใจในชุมชนที่ทุกคนทำได้ทันที คือการสอดส่องมองหา

1) สังเกตความเปลี่ยนแปลงของคนรอบตัว
2) ใส่ใจรับฟัง ดังคำว่าหัวใจมีหู
3) ส่งต่อเชื่อมโยง ไปยังแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม เพราะผู้ฟังไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่เป็นคนที่พร้อมอยู่ข้าง ๆ

ขณะที่ นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ จากกรมสุขภาพจิต เสริมว่า งบลงทุนสุขภาพจิต คือการลงทุนกับคน ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญ ทั้งในด้านการพัฒนาศักยภาพ เช่น การจัดกระบวนการเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิดของคน การลงทุนกับงานชุมชนมากขึ้นถือว่าประสบความสำเร็จในในเรื่องงานดูแลใจในชุมชนขั้นหนึ่ง และในอนาคตงบลงทุนไม่ได้อยู่แค่ในเรื่องความรอบรู้สุขภาพจิตอย่างเดียว แต่เป็นการไปขยับระบบต่าง ๆ ให้ปรับเปลี่ยนได้ด้วย และสุดท้ายการมีเวทีแลกเปลี่ยนในเรื่องสุขภาพจิตชุมชนก็เป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการทำงานในการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งต้องมีการหาเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศด้วย

กิจกรรม Mind month 2026 ทั้งสองกิจกรรมสะท้อนแนวทางเดียวกันของ TIMS ในการขับเคลื่อนสุขภาพจิตจากสองระดับที่ใกล้ตัวที่สุด นั่นคือ ที่ทำงานและชุมชน โดยใช้เครื่องมือที่เข้าถึงง่ายและลงทุนต่ำที่สุดอย่างการฟังเป็นจุดร่วม ทั้งในรูปแบบ mental health literacy สำหรับองค์กร และม้านั่งมีหู/นักรับฟังในชุมชน กิจกรรมนี้ได้วางรากฐานความร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO), คณะจิตวิทยา จุฬาฯ, สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย (PMAT), สสส. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พร้อมทั้งได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรม เพื่อผลักดันให้ “สุขภาพใจ...เริ่มได้ทันที” ไม่ใช่แค่สโลแกน แต่เป็นระบบดูแลใจที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และใกล้ทุกที่ทำงานของคนไทยอย่างแท้จริง









ชูพลังของพื้นที่เล็ก ๆ อย่าง “ม้านั่งมีหู” ผ่านภาพยนตร์สั้น “When The Bench Hears” คว้ารางวัลชนะเลิศระดับเอเชีย

เมื่อพลังเล็ก ๆ ของการ “รับฟัง” ถูกนำมาถ่ายทอดผ่าน**ภาพยนตร์สั้น “When The Bench Hears”** เรื่องราวจากโครงการ “ม้านั่งมีหู” (Bench With Ears) โดยผู้กำกับ-โปรดิวเซอร์ สุธรรม จีระศิลป์ และทีม Ghost Cat Film ร่วมกับ Sati App, สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) และ โครงการจุดพักใจ (โดยคุณเขื่อน ภัทรดนัย เสตสุวรรณ) ผลงานชิ้นนี้ได้**สร้างความภาคภูมิใจในระดับนานาชาติ ด้วยการคว้ารางวัลชนะเลิศ Best Project Award จากเวที Inspiring Asia Micro Film Festival 2025 เทศกาลหนังสั้นระดับเอเชีย**ภายใต้แนวคิด “สุขภาพจิตเยาวชน” (Youth Mental Well-being) ณ National Gallery Singapore เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2568 โดยคว้ารางวัลชนะเลิศร่วมกับหนังสั้น Light Up และโครงการ Good Mind and Soul จากประเทศมองโกเลีย

จากจุดเริ่มต้นของการก่อตั้ง Sati App ที่เปิดให้ผู้ที่ต้องการพื้นที่รับฟัง โทรเข้ามาพูดคุยกับอาสาสมัครโดยไม่มีค่าใช้จ่าย เมื่อดำเนินงานไปสู่จุดหนึ่งและพบว่าการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันยังมีข้อจำกัดบางประการ จึงเกิดเป็นการต่อยอดแนวคิดสู่โลกจริงผ่านโครงการ “ม้านั่งมีหู” ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจาก TIMS และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป้าหมายสำคัญคือการนำพื้นที่เยียวยาจิตใจเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสถานที่ต่าง ๆ ในพื้นที่สาธารณะในชุมชน พร้อมเปิดโอกาสให้บุคคลทั่วไปที่สนใจเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะอาสาสมัคร โดยผู้ที่ผ่านการคัดเลือกจะต้องเข้ารับการอบรมอย่างเป็นระบบ 2 ขั้นตอน ได้แก่ การอบรมทักษะเพื่อเป็นอาสารับฟังบนระบบออนไลน์ และการอบรมทักษะเชิงลึกเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการลงพื้นที่จริงภายในชุมชน

คุณค่าที่แท้จริงของโครงการถูกถ่ายทอดผ่านความรู้สึกของทั้งผู้ให้และผู้รับ ตัวแทนอาสาสมัครเพื่อนรับฟังสะท้อนว่า โครงการนี้คือการเอื้อเฟื้อพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้คนได้บอกเล่าเรื่องราวที่พวกเขาไม่สามารถเล่าให้ใครฟังได้ ในขณะเดียวกัน ตัวแทนผู้รับบริการได้บรรยายถึงความรู้สึกโดดเดี่ยวของตนเองไว้ว่า การมีพื้นที่อย่างม้านั่งมีหูเปรียบเสมือนแสงสว่างในห้วงเวลาที่มืดมิด และมอบคุณค่าทางจิตใจกับคนที่รู้สึกสูญสลายในตัวตน เป็นพื้นที่ที่มีคนพร้อมนั่งฟังโดยปราศจากการตัดสิน สิ่งนี้ตอกย้ำว่า ในยามที่คนเราจิตใจเปราะบาง สิ่งที่ต้องการมากที่สุดอาจเป็นเพียงพื้นที่เล็ก ๆ ที่อนุญาตให้พวกเขาปลดปล่อยความรู้สึกออกมาได้อย่างปลอดภัย

โครงการม้านั่งมีหูมีเป้าหมายมุ่งสู่การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการสุขภาพจิตระดับจังหวัดและระดับประเทศ เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ตั้งแต่ระดับปัจเจก ชุมชน ไปจนถึงระบบบริการ โดยเชื่อว่าท่ามกลางวิกฤตใหญ่ทางสุขภาพจิต การเยียวยาที่แท้จริงอาจเริ่มต้นจากสิ่งเล็ก ๆ อย่างการนั่งฟังกันอย่างตั้งใจ เป้าหมายสูงสุดของโครงการนี้ จึงไม่ใช่เพียงการจัดกิจกรรมในระยะสั้น แต่มุ่งหวังที่จะสร้างชุมชนที่มีทักษะในการดูแลจิตใจซึ่งกันและกันเพื่อแบ่งเบาปัญหาในระยะยาว

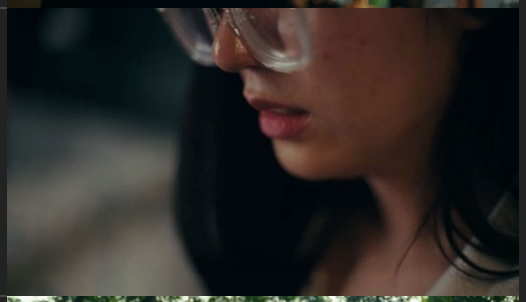
ภาพยนตร์สั้นที่คว้ารางวัลชนะเลิศเรื่องนี้ ไม่เพียงแต่เป็นความสำเร็จของทีมงานในฐานะตัวแทนประเทศไทย แต่ยังเป็นประกายความหวังที่พิสูจน์ให้เห็นว่า “สังคมที่เกื้อหนุนจิตใจกัน” ผ่านพลังของการรับฟังนั้น สามารถเกิดขึ้นจริงได้ และจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ผู้คนถูกมองเห็น และสามารถเข้าใจกันและกันได้อย่างยั่งยืน

ชมภาพยนตร์สั้น When the Bench Hears (2568) ได้ที่ https://inspiringasia.org/when-the-bench-hears/

00:31



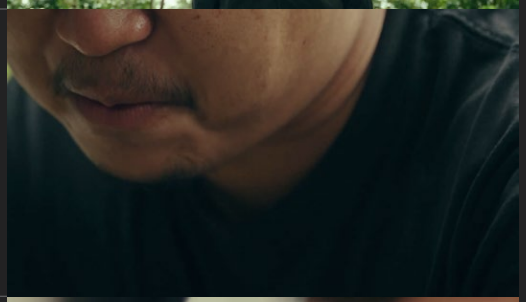
00:43



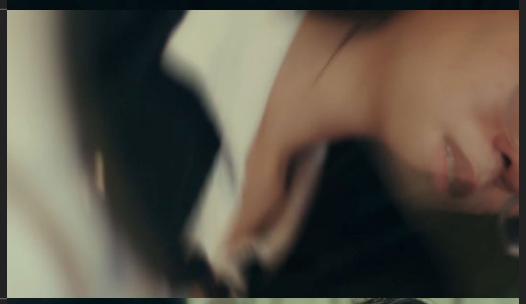
01:40



02:59



03:56



04:01



04:14



04:45



05:07



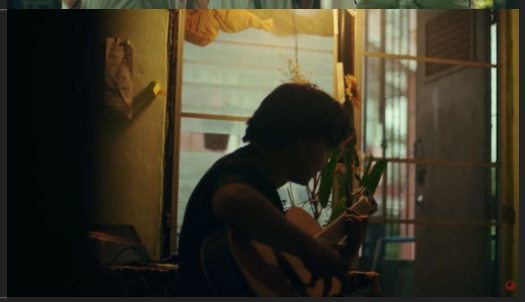
05:09



05:23



06:16



TIMS คว้ารางวัลเกียรติยศ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร

งานประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 24 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ณ TRUE ICON HALL 1 ICONSIAM ถือเป็นเวทีสำคัญที่รวบรวมผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจากทั้งในและต่างประเทศ งานนี้จัดขึ้นภายใต้แนวคิด “Mental Health for Gentle Society: สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง” เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระดับสากล และร่วมกันสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของประชาชน สร้างสังคมที่ปลอดภัยและเกื้อกูลกัน

หนึ่งในไฮไลต์สำคัญของงานคือ พิธีมอบรางวัลเกียรติยศเพื่อเชิดชูเกียรติบุคคลและองค์กรผู้สร้างคุณูปการต่อสังคม โดย **ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ คณบดีคณะจิตวิทยาและผู้อำนวยการสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ได้เป็นตัวแทนเข้ารับรางวัลเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร (ด้านสังคม) ประเภทองค์กร ประจำปี 2568** จากนายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

รางวัลอันทรงเกียรติดังกล่าว **ถือเป็นการยกย่องสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) สำหรับความทุ่มเทในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย** ภายใต้การสนับสนุนหลักจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีภารกิจ 5 ด้านสำคัญที่ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย

1. การสำรวจข้อมูลประชาชนเกี่ยวกับประเด็นเฉพาะทางสุขภาวะทางจิต อาทิ ภาวะฝืนทำงาน (presenteeism) การทำร้ายผู้อื่นบนโลกออนไลน์ (cyberbullying) การตีตราทางสังคม (stigma) เป็นต้น
2. การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการและนวัตกรรมสังคมในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายทางวิชาการและทางสังคม อาทิ การอภิบาลระบบสุขภาพจิตในประเทศไทย ชุดเครื่องมือดูแลใจเพื่อนที่ปรึกษาเยาวชน และการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา
3. การเสริมสร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้มีส่วนได้-ส่วนเสียจากหลากหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะทางจิต อาทิ เครือข่ายประชา-สังคม เครือข่ายองค์กรและสถานประกอบการ
4. การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักรู้และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะทางจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ อาทิ งาน Better Mind Better Bangkok และงาน Hack ใจ (แฮกกาธอนสุขภาพจิตครั้งแรกของไทย)
5. การสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาวะทางจิต ผ่านการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายบนฐานความรู้ เพื่อส่งต่อแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิต และเป็นคณะทำงานหรือที่ปรึกษาแก่คณะกรรมการด้านสุขภาพจิตต่าง ๆ



TIMS in Media

TIMS ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ผลักดันนโยบายและประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน แต่ยังมุ่งเน้นการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตในวงกว้างผ่านสื่อต่างๆ ทั้งในระดับนโยบายและระดับปัจเจกบุคคล

Policy Watch Connect 2026

TIMS เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการจัดกิจกรรม Policy Watch Connect 2026 กับรายการ Policy Watch, The Active, Thai PBS และเครือข่ายภาคประชาสังคมกว่า 40 องค์กร เพื่อรับฟังเสียงสะท้อนของภาคประชาชน ร่วมกันออกแบบนโยบายสาธารณะ เสนอต่อพรรคการเมืองในโอกาสการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. 2569 ให้นำไปเป็นตัวตั้งในการกำหนดนโยบายพัฒนาประเทศ เมื่อวันที่ 12-23 มกราคม พ.ศ. 2569 ณ สัปปายะสภาสถาน (อาคารรัฐสภา)

จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและผลักดันนโยบายสาธารณะในเวทีเสวนา สามารถสรุปเป็นข้อเสนอภาคประชาชนได้ 10 วาระ อาทิ โครงสร้างการเมืองและการกระจายอำนาจ การจัดการภัยพิบัติ ความเป็นธรรมทางสิ่งแวดล้อม การปฏิรูประบบสุขภาพ สังคมสูงวัย ความเหลื่อมล้ำ รัฐสวัสดิการ การศึกษาและการพัฒนาทุนมนุษย์ การคอร์รัปชัน และทุนสีเทา

รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล กรรมการและผู้ร่วมก่อตั้ง TIMS ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและผลักดันนโยบายเกี่ยวกับสังคมสูงวัย “อยู่ดี ตายดี แก่ดี มีความสุข” โดยมองการดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องของช่วงปลายชีวิตเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของการเตรียมความพร้อม “ก่อนแก่” ตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต อาทิ ส่งเสริม silver economy เพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ ควบคู่กับการปรับระบบสวัสดิการภาครัฐให้เป็นธรรมและสมดุลกับเสถียรภาพทางการคลังของประเทศ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน การจัดตั้งศูนย์ day care การพัฒนาระบบนักบริบาลและ care manager ที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนการยกระดับบุคลากรสาธารณสุขให้ทำงานแบบสหวิชาชีพ การสร้างเครือข่ายชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูล และการเตรียมระบบรองรับผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างครบวงจร





ฟังเสียงของเด็กและเยาวชน กับนโยบาย “สร้างพื้นที่ปลอดภัย-สุขภาพจิต” ในรายการ “Bangkok Pitch แผนพลิกบางกอก”

ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้แทนของ TIMS พร้อมด้วยคุณศิริรัฐ ชุณศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาวัยรุ่น องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ได้รับเกียรติเข้าร่วมรายการ Bangkok Pitch แผนพลิกบางกอก การเข้าร่วมเวทีครั้งนี้มุ่งเน้นการให้ข้อเสนอแนะเพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพจิตในสถานศึกษาภายใต้แนวคิด “พื้นที่ปลอดภัยทางใจ” โดยได้ร่วมแลกเปลี่ยนทรรศนะกับตัวแทนคนรุ่นใหม่จากทีม The Dream Project (Z Strong) และทีมใส่ใจ (Psyjai) ซึ่งเป็นการรวมพลังของกลุ่มเยาวชนและผู้ปฏิบัติงานด้านจิตวิทยา ที่ร่วมกันขับเคลื่อนและผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรม

ตัวแทนเยาวชนจากทีม The Dream Project หรือ Z Strong และทีมใส่ใจ (Psyjai) มาหารือร่วมกัน เนื่องจากเยาวชนกลุ่มนี้เห็นว่าสุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องไกลตัวอีกต่อไป แต่เป็นปัญหาที่กำลังอยู่รอบตัวเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพฯ ที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบความกดดัน และความโดดเดี่ยว

ทีม The Dream Project เสนอแนวทางเชิงรุก 3 มิติเพื่อพลิกฟื้นกรุงเทพฯ ให้เป็นเมืองที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาวะทางจิตของเยาวชน โดยเน้นการป้องกันปัญหาตั้งแต่ต้นทาง เริ่มจากการเปลี่ยนพื้นที่สาธารณะให้เป็น “พื้นที่เยียวยาและพักใจ” ที่เด็กสามารถใช้เวลาเรียนรู้และแสดงศักยภาพได้อย่างปลอดภัย ควบคู่ไปกับการปรับระบบสุขภาพจิตให้ “เข้าหาเด็ก” ผ่านการคัดกรองและเฝ้าระวังเชิงรุกโดยบุคลากรในโรงเรียนและชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนการเปิดโอกาสให้เกิด “เครือข่ายเยาวชน” ที่มีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการออกแบบและขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

ขณะที่ทีมใส่ใจ (Psyjai) เสนอนโยบาย 4 ด้านเพื่อบูรณาการเรื่องสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบการศึกษาไทยอย่างเป็นระบบภายใต้การผลักดันของกระทรวงศึกษาธิการ โดยมุ่งเน้นการปรับหลักสูตรผลิตครูให้ครอบคลุมศาสตร์ “จิตวิทยาเชิงบวก” และทักษะการดูแลสุขภาพจิตเด็ก ควบคู่ไปกับการกำหนดให้ทักษะความเข้าอกเข้าใจ (empathy) เป็นหนึ่งในมาตรฐานวิชาชีพครู ตลอดจนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนและสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยที่เน้นการพูดคุย รับฟัง และทำความเข้าใจตนเองรวมถึงผู้อื่น มากกว่าการเรียนการสอนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว

รายการ Policy Easy นโยบายเข้าใจได้: ใจไม่พัง ถ้าฟังกันมากขึ้น

ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ ผู้อำนวยการสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต โฆษกประจำกระทรวงสาธารณสุข และ **รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล** อาจารย์ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล **ผู้ร่วมก่อตั้งและกรรมการบริหาร TIMS ให้สัมภาษณ์ในรายการ “Policy Easy นโยบายเข้าใจได้: ใจไม่พัง ถ้าฟังกันมากขึ้น” เพื่อนำเสนอถึงประเด็นเรื่องสุขภาพจิตในมุมที่กว้างกว่าการรักษาผู้ป่วย** โดยชี้ให้เห็นว่า ชุมชนมีบทบาทสำคัญในระดับสังคมที่สามารถช่วยป้องกันและเยียวยาปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้คนในสังคมไทย เนื่องจากเรื่องสุขภาวะทางจิตหรือสุขภาพจิตเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ไม่ใช่แค่เรื่องของบุคคลเพียงอย่างเดียว โดยรายการชวนตั้งคำถามว่า ในโลกที่ผู้คนต้องเผชิญกับวิกฤตหลายด้าน ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ ค่าครองชีพ ความไม่มั่นคงในการทำงาน และความกดดันจากการใช้ชีวิตประจำวัน เราจะสามารถรักษาสุขภาพใจของตัวเองไว้ได้อย่างไร

เนื่องจากวิธีคิดแบบเดิมในสังคม มักมองว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละคน ทำให้การแก้ไข มักเกิดขึ้นเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว เช่น การเข้ารับการรักษากับแพทย์หรือจิตแพทย์ แต่ในความเป็นจริง สุขภาพจิตควรได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดปัญหา ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตและลดแรงกดดันต่าง ๆ เพราะหากปล่อยให้คนจำนวนมากเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยพร้อมกัน ระบบบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ของภาครัฐ อาจไม่สามารถรองรับและให้ความช่วยเหลือได้อย่างเพียงพอ

ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ตั้งแต่การออกแบบเมืองที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิต การสร้างระบบสวัสดิการที่ลดความกดดันทางเศรษฐกิจ การพัฒนาระบบการศึกษาและการทำงานที่คำนึงถึงสุขภาวะทางใจ ตลอดจนการสร้างบริการให้คำปรึกษาที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและไม่ตีตราผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพราะปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้คนโดยตรง

การสร้าง “ชุมชนที่รับฟังกัน” ด้วยการส่งเสริมวัฒนธรรมของการรับฟัง การช่วยเหลือ และการสังเกตผู้ที่กำลังเผชิญความเครียด จะช่วยให้เข้าถึงความช่วยเหลือได้เร็วขึ้น แทนที่จะปล่อยให้แต่ละคนเผชิญปัญหาเพียงลำพังจนถึงจุดวิกฤต อาจเป็นแนวทางที่สามารถป้องกันและเยียวยาปัญหาสุขภาพจิตได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งการแก้ปัญหาต้องอาศัยนโยบายที่ทำให้ทุกคนเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพจิต ไม่ใช่พึ่งระบบรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ควรเป็นนโยบายสาธารณะที่





เปิดสัญญาณเตือนที่ต้องรู้ ก่อนความเครียดกลืนกินชีวิต ผ่านรายการ Auto Jam Holiday

ท่ามกลางสภาพสังคมปัจจุบัน ประเด็นเรื่องความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทยได้กลายเป็นวาระสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง จากการให้สัมภาษณ์ของ ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ ในรายการ Auto Jam Holiday ภาพรวมของสถานการณ์สุขภาพจิตในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นว่า แม้สถิติความเจ็บป่วยทางจิตและการจบชีวิตตัวเองจะมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่นัยเชิงบวกที่ซ่อนอยู่คือ สังคมไทยกำลังก้าวข้ามกำแพงอคติ (destigmatization) ผู้คนเริ่มเปิดใจ ตระหนักรู้ และกล้าที่จะก้าวเข้าสู่ระบบการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม ความเครียดนั้นมีบริบทและตัวเร่งที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงวัย วัยเรียนมักเผชิญกับความคาดหวังด้านการศึกษาและการยอมรับทางสังคม ในขณะที่วัยทำงานต้องแบกรับภาระที่หนักหน่วงกว่า โดยเฉพาะกลุ่ม “Sandwich Generation” ที่ต้องรับผิดชอบดูแลทั้งบุพการีและบุตรหลานไปพร้อมกัน ท่ามกลางสภาพเศรษฐกิจที่มีความท้าทาย ความกดดันเหล่านี้ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อผนวกรวมกับวัฒนธรรมการทำงานแบบพร้อมตอบสนองตลอดเวลา (always-on) ซึ่งเข้ามาทำลายสมดุลชีวิตส่วนตัวอย่างเงียบ ๆ

นอกจากนี้ สื่อสังคมออนไลน์ยังเข้ามาเป็นอีกหนึ่งตัวแปรสำคัญ แม้โซเชียลมีเดียจะไม่ใช่สิ่งเลวร้ายในตัวเอง แต่พฤติกรรมการใช้งานที่มุ่งเน้นการเปรียบเทียบชีวิตตนเองกับภาพลักษณ์ความสมบูรณ์แบบของผู้อื่น มักนำไปสู่การลดทอนคุณค่าในตนเองและความรู้สึกกดดันที่ต้องแข่งขันอยู่ตลอดเวลา ทั้งที่ในความเป็นจริงความเครียดในระดับที่เหมาะสมสามารถเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาได้ ปัญหาที่แท้จริงจึงไม่ได้อยู่ที่ความเครียด แต่อยู่ที่การขาดความสมดุลและการไม่รู้ตัวว่ากำลังสะสมความเครียดจนเกินพอดี

ดังนั้น การจัดการกับสภาวะดังกล่าวจึงต้องเริ่มต้นที่การรู้เท่าทันตนเอง (self-awareness) หมั่นสังเกตสัญญาณทางร่างกายและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพการนอนหลับที่แย่ลง หรือพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติเพื่อระบายอารมณ์ ท้ายที่สุดแล้ว สิ่งสำคัญที่สุดคือการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ การยอมรับว่าตนเองกำลังเผชิญกับปัญหาและกล้าขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญหรือคนรอบข้าง ไม่ใช่สัญลักษณ์ของความอ่อนแอแต่อย่างใด หากแต่เป็น “ความเข้มแข็ง” ในการบริหารจัดการชีวิตเชิงรุก เพื่อปกป้องและฟื้นฟูสุขภาพใจของตนเองก่อนที่ปัญหาจะลุกลาม

กิจกรรมอื่น ๆ





Psyche Showcase 2025

งาน Psyche Showcase 2025 จัดโดยคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2568 เป็นเวทีสำคัญที่เปิดพื้นที่ให้ภาควิชาการ นิสิต และประชาชนทั่วไปได้ร่วมแลกเปลี่ยนมุมมองในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางจิตวิทยาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของสังคมไทย โดยมีไฮไลต์สำคัญคือการเปิดตัวนวัตกรรมสื่อ “นิทานชูใจ” ที่มุ่งเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์และความสัมพันธ์ในครอบครัว ภายในงานยังอัดแน่นด้วยการจัดแสดงผลงานวิจัย 21 หัวข้อที่ครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติ บูธบริการทางจิตวิทยาและนวัตกรรม เวทีเสวนาทักษะมนุษย์ในยุคเทคโนโลยี รวมถึงการนำเสนอโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและข้อเสนอนโยบายจากสถาบัน TIMS ซึ่งความสำเร็จของการจัดงานในครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าศาสตร์ทางจิตวิทยาไม่ใช่เพียงเรื่องเชิงวิชาการ แต่เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาบูรณาการเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีในชีวิตประจำวันของคนไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม

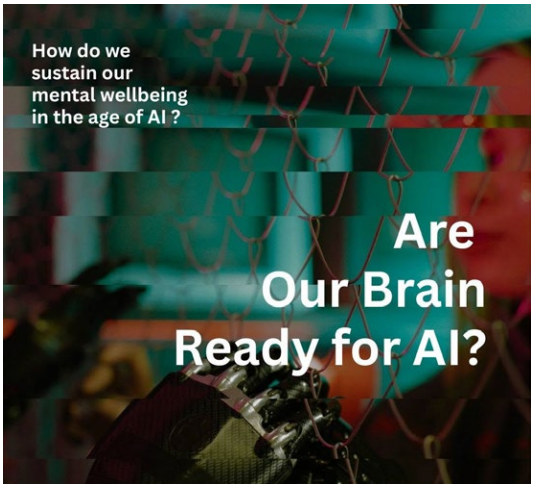
ฟังด้วยหู ดูด้วยใจ Conference

TIMS ได้ส่งตัวแทนทีมงานเข้าร่วมงาน “ฟังด้วยหู ดูด้วยใจ Conference” เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ซึ่งบูรณาการความร่วมมือโดยเครือข่ายความสุขประเทศไทยและ สสส. เพื่อขับเคลื่อนวาระเดือนแห่งการฟังแห่งชาติ (National Month of Listening) ภายใต้เป้าหมายหลักที่เชื่อว่าทุกปัญหาเยียวยาได้ด้วยการฟัง ภายในงานมุ่งเน้นการยกระดับทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) แบบไม่ด่วนตัดสิน ผ่านเวทีเสวนาและเครื่องมือเชิงปฏิบัติการอย่าง “การ์ดฟังสร้างสุข” ร่วมกับภาคีเครือข่ายกว่า 75 แห่ง โดยผลสัมฤทธิ์สำคัญของการจัดงานครั้งนี้ คือการผนึกกำลังประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันเพื่อสร้าง “สังคมแห่งการรับฟัง” ซึ่งถือเป็นกลไกเชิงรุกที่สำคัญในการลดทอนความรู้สึกโดดเดี่ยว เชื่อมโยงสายสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาวะปัญญาและสุขภาพจิตของคนในสังคมไทยให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนในระดับมหภาค

เวทีเตรียมความพร้อมเครือข่ายพื้นที่ประเด็นระบบสุขภาวะทางจิต

รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล เป็นตัวแทน TIMS เข้าร่วม “เวทีเตรียมความพร้อมเครือข่ายพื้นที่ประเด็นระบบสุขภาวะทางจิต” ซึ่งจัดโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2569 เพื่อผนึกกำลังกับภาคีเครือข่ายในการทบทวนและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 ภายใต้วาระ “ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง” โดยเวทีดังกล่าวมีเป้าหมายสำคัญในการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมทั้งกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การบูรณาการและพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิตที่เป็นรูปธรรม เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผลักดันและรายงานผลอย่างเป็นทางการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 ในเดือนตุลาคม 2569





เปิดตัวแคมเปญ Human Connection

TIMS ผนึกกำลังร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งจากในและต่างประเทศ อาทิ กรมสุขภาพจิต, Match Group (Tinder), AIS, GILC และ Sati App จัดเวทีเปิดตัวแคมเปญระดับประเทศ “Human Connection” เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2569 เพื่อประกาศวาระเร่งด่วนในการรับมือกับวิกฤตความโดดเดี่ยวทางสังคม หลังข้อมูลเชิงประจักษ์สะท้อนว่าคนไทยกว่าร้อยละ 85 กำลังเผชิญภาวะความเหงาอันเป็นผลจากโครงสร้างสังคมและภาระหน้าที่ที่พรากเวลาในการสร้างความสัมพันธ์

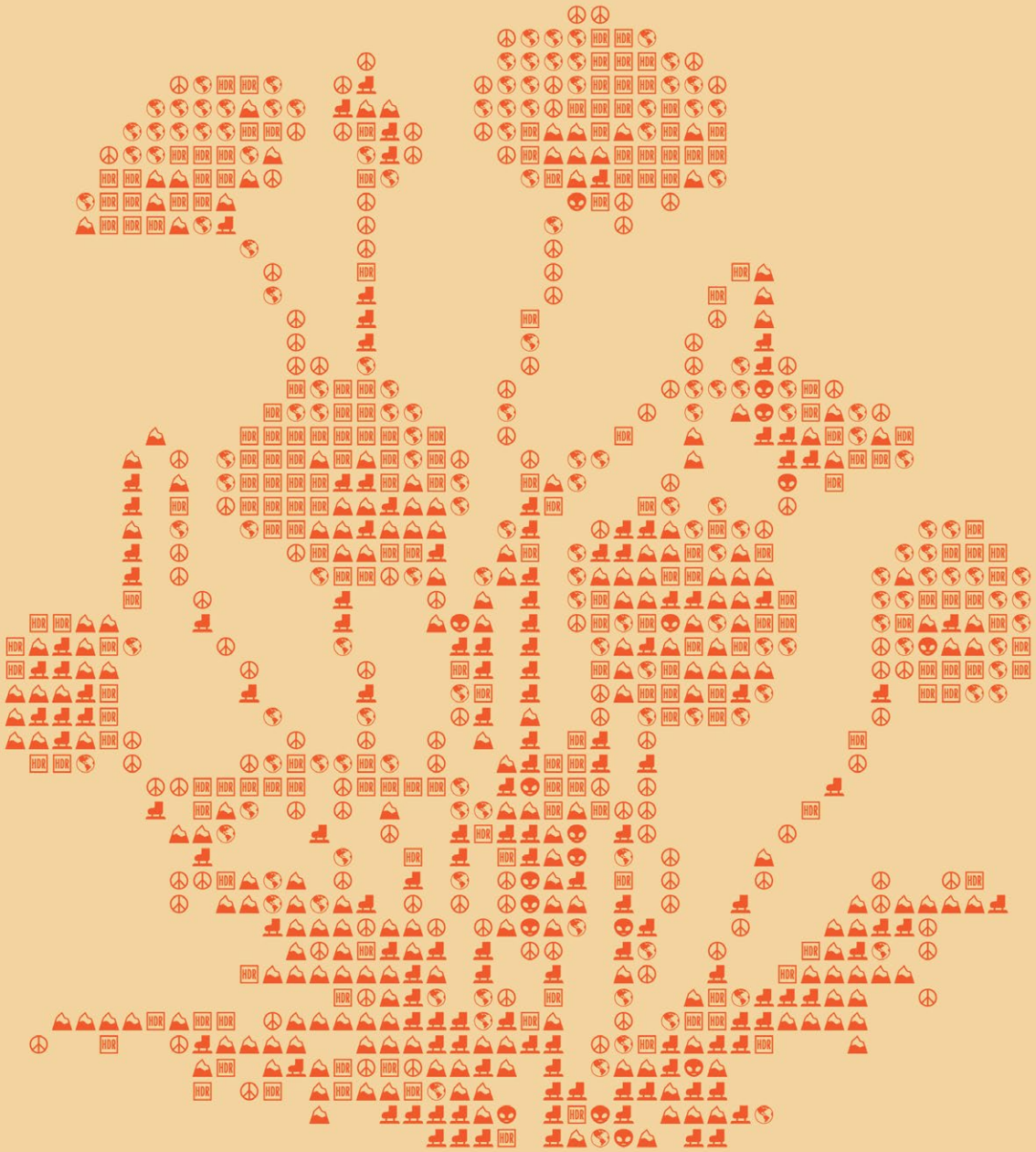
การขับเคลื่อนครั้งนี้จึงมุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบูรณาการผ่านยุทธศาสตร์ 4 เสาหลัก ได้แก่ การคืนเวลาชีวิตเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเชื่อมต่อ การทำให้ภาวะความเหงาเป็นเรื่องปกติที่สื่อสารได้โดยไร้อคติ และการสร้างระบบสนับสนุนทางอารมณ์ที่เข้าถึงง่าย โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนร่วมกันสร้างสรรค์ (co-create) ระบบนิเวศแห่งความสัมพันธ์ที่มีความหมาย เพื่อผลักดันเป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะที่จะช่วยยกระดับความเข้มแข็งทางจิตใจของคนในสังคมไทยได้อย่างยั่งยืนโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

เสวนาออนไลน์ Only Humans Invited: Co-creating the Survival Guide for Mental Health in the AI Era

TIMS ร่วมกับสภานักศึกษาคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดเวทีเสวนาออนไลน์ “Only Humans Invited: Co-creating the Survival Guide for Mental Health in the AI Era” เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2569 เพื่อบูรณาการองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนมุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบของเทคโนโลยี AI ต่อสุขภาวะทางจิต ท่ามกลางความกังวลเรื่องความโดดเดี่ยวจากการพึ่งพา AI ทางอารมณ์ และความเสี่ยงจากข้อมูลที่บิดเบือน เวทีนี้ได้ชูความสำคัญของกรอบแนวคิด 3R (Reality, Regulation, Relationship) เพื่อเป็นเครื่องมือประเมินและรักษาสมดุล โดยย้ำจุดยืนว่า AI ควรเป็นเพียงกลไกสนับสนุน ไม่ใช่สิ่งทดแทนความสัมพันธ์และกระบวนการคิดของมนุษย์ ซึ่งความสำเร็จจากการระดมสมองร่วมกัน (Co-creation) ของทุกภาคส่วนในครั้งนี้ จะถูกนำไปต่อยอดเป็นแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อเป็นเกราะคุ้มกันและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี AI อย่างรับผิดชอบและยั่งยืนในระดับสาธารณะต่อไป

CHAPTER 7

HOPE IN FULL BLOOM



"The garden which is pleasing to the eye and which makes the heart glad,
is the garden in which are growing side by side flowers of every hue, form and perfume"
— 'Abdu'l-Bahá, Paris Talks (1911)



ถอดบทเรียนระบบนิเวศสุขภาวะทางจิต: ทิศทางและความท้าทายในสายตาผู้ก่อตั้ง TIMS

เรื่อง: พงศ์วรินทร์ สาระไชย
ภาพ: กสิกร พันธุโพธิ์
สัมภาษณ์วันที่ 18 พฤษภาคม 2569

เมื่อปัญหาสุขภาพจิตทวีความรุนแรงและซับซ้อนขึ้น คำถามสำคัญในยุคปัจจุบันจึงต้องก้าวข้ามขอบเขตของการตั้งรับและเยียวยา ไปสู่ความท้าทายระดับโครงสร้างว่า เราจะออกแบบระบบนิเวศทางสังคมเพื่อ “ป้องกันและส่งเสริม” สุขภาวะทางจิตตั้งแต่ต้นน้ำได้อย่างไร

โจทย์สำคัญที่ TIMS กำลังผลักดัน เพื่อสื่อสารว่าสุขภาวะทางจิตคือวาระของทุกคน ไม่ใช่ภาระที่จำกัดอยู่เพียงในโรงพยาบาลหรือการดูแลของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเท่านั้น แต่เป็นระบบนิเวศที่ต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน ปัจจุบัน เราเริ่มเห็นสัญญาณของการเปิดรับแนวทางเชิงรุก (proactive approach) มากขึ้น ซึ่งไม่เพียงช่วยสกัดกั้นปัญหาที่อาจลุกลามในอนาคต แต่ยังลดความแออัดในระบบสาธารณสุข และเปิดพื้นที่ให้เกิดเครือข่ายการสนับสนุนรูปแบบใหม่ที่เข้าถึงผู้คนได้ลึกซึ้งและครอบคลุมยิ่งขึ้น

บทสนทนากับ**ผู้ร่วมก่อตั้ง TIMS ทั้ง 4 ท่าน รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล (อาจารย์มิล) ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ (หมอแน๊ต) ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ (อาจารย์เต้ิน) และ ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช (อาจารย์เจน)** จะพาเราไปสำรวจความเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น บทบาทของ TIMS ในฐานะข้อต่อสำคัญในวงการสุขภาพจิต และข้อท้าทายสำคัญที่ยังรอการปลดล็อก เพื่อสร้างอนาคตด้านสุขภาพจิตที่ยั่งยืนสำหรับสังคมไทย

RISE IMPACT: แต่ละท่านเห็นพัฒนาการการขับเคลื่อนงานสุขภาวะทางจิตในไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ?

อาจารย์มิล: ข้อแรก ผมเห็นว่ามีคอนเซปต์และคำศัพท์ใหม่ ๆ เกิดขึ้นในโลกของการทำนโยบาย อย่างคำว่า “สุขภาวะทางจิต” ก็ถูกใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้น จากเดิมที่มักใช้แค่คำว่า “สุขภาพจิต” ข้อที่สองคือ แม้ว่าวิธีการนี้จะมีมานานแล้ว แต่แนวทางการสร้างเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตก็เป็นวิธีการที่ถูกพูดถึงและใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น และข้อที่สามคือ การได้เห็นผู้เล่นหน้าใหม่ที่ไม่ใช่แค่บุคลากรด้านสุขภาพจิต แม้เป็นคนที่ไม่ได้อยู่ในวงการโดยตรง แต่พวกเขาก็ทำงานในประเด็นสุขภาวะทางจิต และทำได้อย่างดีด้วย

หมอแน๊ต: มุมมองต่อเรื่องสุขภาพจิตของคนในสังคมเปลี่ยนไป แต่ก่อนคนมักจะมองเรื่องสุขภาพจิตว่าเป็นภารกิจของกรมสุขภาพจิตอย่างเดียว หรืออาจจะมองว่ามันควรถูกจัดการโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ แต่ 2-3 ปีที่ผ่านมา ผมเห็นว่า TIMS มีส่วนสำคัญที่ทำให้คนมองว่า จริง ๆ แล้ว งานด้านสุขภาวะทางจิตไม่ได้ถูกจำกัดอยู่แค่หน่วยงานภาครัฐ แต่คนในสังคมสามารถร่วมกันสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ ที่เป็นเช่นนี้ได้ เพราะ TIMS เป็นตัวเชื่อมที่ทำให้ผู้คนจากทั้งในและนอกวงการสุขภาพจิตสามารถมาร่วมงานเพื่อขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะทางจิตได้

อาจารย์เต้ิน: หากจะพูดว่าคนสนใจเรื่องสุขภาวะทางจิตมากขึ้นหรือไม่ คงตอบว่าใช่ แต่มันคงมีปัจจัยมากมายที่เกี่ยวข้อง แต่อะไรที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดจากการมี TIMS คือการมีมุมมองใหม่ ๆ สำหรับการดูแลจิตใจ เดิมเราเห็นว่าหลายหน่วยงานมักจะแยกกันทำงาน แต่ละที่มีประเด็นที่เฉพาะต่างกันออกไป แต่ TIMS ได้ร้อยเรียงเอาทั้งคนและหน่วยงานเหล่านี้เข้ามาร่วมทำงานด้วยกัน แล้วมันนำไปสู่การสร้างมุมมองใหม่ ๆ ต่อเรื่องสุขภาวะทางจิต



อาจารย์เจน: ก่อนหน้านี้บางองค์กรอาจยังขาดองค์ความรู้ด้านสุภาพจิต เช่นหากพนักงานเป็นโรคซึมเศร้า ก็ไม่แน่ใจว่าจะส่งต่อให้จิตแพทย์อย่างไร หรือจำเป็นต้องมีการจัดอบรมเรื่องสุภาพจิตให้พนักงานหรือไม่

แต่ทุกวันนี้องค์กรจำนวนมากสามารถสร้างวัฒนธรรมหรือจัดรูปแบบการทำงานที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของพนักงานได้ รวมถึงหันมาให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพจิตในเชิงสร้างเสริมป้องกันมากขึ้น ไม่ได้มองแค่การดูแลหลังจากพนักงานประสบปัญหาสุขภาพจิตแล้วเท่านั้น ประเด็นนี้ยังไปไกลขนาดที่แต่ละองค์กรมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างกัน องค์กรไหนที่ทำได้ดี ก็ยินดีจะแชร์วิธีการ โดยที่ไม่มองว่าเป็นความลับภายในองค์กร

“ทุกวันนี้องค์กรจำนวนมากสามารถสร้างวัฒนธรรมหรือจัดรูปแบบการทำงานที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของพนักงานได้ รวมถึงหันมาให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพจิตในเชิงสร้างเสริมป้องกันมากขึ้น”
— อาจารย์เจน

R: มองว่าแต่ละภาคส่วน ควรพัฒนาบทบาทในการขับเคลื่อนงานเพื่อยกระดับระบบนิเวศสุขภาวะทางจิตอย่างไรบ้าง?

อาจารย์มิล: อยากส่งเสริมให้หน่วยงานให้ความสำคัญกับการทำงานสร้างเสริมป้องกันและมองหาความร่วมมือมากขึ้น แต่อีกส่วนสำคัญที่อยากเสริมคืออยากผลักดันให้หน่วยงานมองหาแนวทางใหม่ ๆ ในการทำงานด้านสุขภาวะทางจิต และนี่ก็เป็นสิ่งที่ TIMS ผลักดันอย่างต่อเนื่อง

เราเห็นความสำคัญของกลุ่มคนทำงานที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) พวกเขาไม่ได้เป็นนักวิชาชีพ ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ แต่พวกเขามีความเข้าใจและทำงานด้านสุขภาพจิตเช่นกัน เช่น โครงการนักรับฟังที่เราดึงผู้พิการเข้ามาเป็นคนทำงาน สิ่งนี้คือแนวทางการทำงานด้านสุขภาวะทางจิตที่ไม่ได้จำกัดอยู่แค่กรอบของการเป็นนักวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นครับ

“เราเห็นความสำคัญของกลุ่มคนทำงานที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) พวกเขาไม่ได้เป็นนักวิชาชีพ ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ แต่พวกเขามีความเข้าใจและทำงานด้านสุขภาพจิตเช่นกัน” — อาจารยมิล

อาจารย์เจน: อยากให้หลาย ๆ หน่วยงานเห็นต้นทุนดั้งเดิมที่จะเอามาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาวะทางจิตผ่านบริบทของสังคมไทย จริงอยู่ที่ในบริบทของงานวิชาการ อาจจะต้องอ้างอิงถึงหลักการสากล แต่บ้านเราก็มีต้นทุนเฉพาะบางอย่างที่โดดเด่นอย่างมาก เช่น ความเป็นชุมชนของสังคมไทย หากสามารถต่อยอดต้นทุนที่สังคมมีคิดว่าจะทำให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตทำได้หลากหลายมากขึ้นค่ะ

หมอแน๊ต: อยากให้เปิดรับว่ามันมีผู้เล่นในพื้นที่งานสุขภาวะทางจิตอีกจำนวนมาก สำหรับคนในวงการก็อยากให้พวกเขามองเห็นศักยภาพของผู้เล่นอื่น ๆ ที่บางทีเขาอาจจะไม่ได้แสดงตัวอย่างเด่นชัด ขณะเดียวกัน สำหรับคนนอกวงการ อยากให้รู้ว่าคุณไม่ใช่คนนอก คุณคือคนใน และเราอยากจะชวนให้คุณมาทำงานร่วมกัน



อาจารย์เต้น: สิ่งที่ TIMS กำลังเข้าไปผลักดันมากขึ้นคือการทำให้หน่วยงานเห็นความสำคัญของหลักการร่วมพัฒนา เรื่องสุขภาพจิตไม่ได้เป็นแค่เรื่องของคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของทุกคน อยากให้หน่วยงานไม่ได้มองแค่การใช้บริการนักวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของคนในสังคม เพราะมันไม่เพียงพอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เราคาดหวังให้หน่วยงานทำหน้าที่มากขึ้นในงานส่งเสริมป้องกัน และที่สำคัญคือไม่ได้ทำหน้าที่โดด ๆ แต่คือการมาร่วมกันออกแบบว่าจะสร้างระบบนิเวศที่ดีได้อย่างไร

R: ในการทำงานจริง แต่ละท่านคิดว่าอะไรคือข้อท้าทายสำคัญ ที่อาจจะทำให้ TIMS ยังไม่สามารถดำเนินบทบาทได้อย่างเต็มที่?

หมอแน๊ต: สำหรับคนที่ทำงานด้านนี้คงพูดเป็นเสียงเดียวกันว่างบประมาณไม่เพียงพอครับ ไม่ได้หมายถึงแค่งบที่ TIMS ได้รับเพื่อจะใช้ทำงานเท่านั้น แต่งบประมาณด้านสุขภาพจิตในมิติการส่งเสริมป้องกันทั่วโลกต่างน้อยหมด มันจึงทำให้การขับเคลื่อนงานสุขภาวะทางจิตต้องเลือกทำเฉพาะประเด็นที่สำคัญกับชีวิตจริง ๆ ก่อน ต่อให้เราจะมีศักยภาพในการทำได้มากกว่านั้นก็ตาม

อาจารย์เจน: นอกเหนือจากงบประมาณในการทำโครงการแล้ว งบประมาณที่ใช้เพื่อการสื่อสารก็ไม่เพียงพอด้วยค่ะ ทำให้ TIMS ไม่ได้สื่อสารมากนัก ทำให้สังคมไม่ค่อยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ TIMS กำลังทำและขับเคลื่อน ที่ผ่านมาการรับรู้ก็เกิดขึ้นแค่ในวงแคบ ๆ แต่เรายังไม่สามารถสร้างการรับรู้ให้กับคนทั่ว ๆ ไปได้มากเท่าที่ควร ภาคีที่มาร่วมงานกับเรา ส่วนใหญ่ก็รู้จักผ่านช่องทางส่วนตัว แต่เชื่อว่ายังมีอีกหลายภาคีที่เรามองไม่เห็นและพวกเขาก็ยังไม่เห็นเรา ดังนั้นการสื่อสารก็เป็นอีกข้อท้าทายต่อการทำงานของ TIMS ค่ะ



อาจารย์เต้น: ด้วยปัญหาด้านสุขภาพจิตในไทยเกิดขึ้นได้หลายด้านมาก ๆ คนมักจะมองถึงทางออกที่รวดเร็วและง่าย แต่สิ่งนี้สวนทางกับสิ่งที่เราทำ เราพยายามขับเคลื่อนงานเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบ แน่นอนว่าผลลัพธ์ของมันจึงไม่ได้เกิดใน 1-3 ปี มันอาจจะใช้เวลาเป็นหลักสิบปีเลยก็ได้ นี่จึงเป็นสิ่งที่อาจจะไม่โดนใจ บ่อยครั้งเราจึงเผชิญกับข้อกดดันและคำถามมากมายที่มักถามว่า สิ่งที่เราทำเกิดประโยชน์อะไร ช่วยเปลี่ยนแปลงอะไรได้จริงหรือไม่ พวกเราก็พยายามที่จะไม่ไขว้เขว เพราะสิ่งที่เรากำลังทำ มันไม่ใช่การหยุดปัญหา ณ วันนี้ แต่เราพยายามเปลี่ยนระบบ เปลี่ยนมุมมองของคน เพื่อให้ปัญหามันไม่เกิดมากขึ้นในอนาคต

“สิ่งที่เรากำลังทำ ไม่ใช่การหยุดปัญหา ณ วันนี้ แต่เราพยายามเปลี่ยนระบบ เปลี่ยนมุมมองของคน เพื่อให้ปัญหามันไม่เกิดมากขึ้นในอนาคต” — อาจารย์เต้น

อาจารย์มิล: ทั้งเรื่องงบประมาณที่ไม่เพียงพอและผลลัพธ์ของงานที่มุ่งเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ปัจจัยหนึ่งที่เป็นข้อจำกัดคือตัวชี้วัดแบบดั้งเดิม บ่อยครั้งการวัดคุณค่าของงานสุขภาวะทางจิตมักเกิดขึ้นด้วยวิธีไม่กี่แบบ เช่น คนหายป่วยกี่คน วัดได้หรือไม่ว่าคนเครียดน้อย งานสุขภาวะทางจิตแบบสร้างเสริมป้องกันจึงมักถูกมองว่าวัดผลได้ยาก เพราะมันไม่สามารถตอบได้อย่างตรงไปตรงมาว่าคนเครียดน้อยลง หายป่วยมากขึ้น หรือมีจิตใจที่แข็งแรงขึ้น พอวัดได้ยาก งบประมาณหรือมุมมองต่องานสุขภาวะทางจิตแบบสร้างเสริมป้องกันจึงไม่ได้รับความสนใจมากนักครับ

R: ในฐานะที่ทำงานขับเคลื่อนสุขภาวะทางจิต แต่ละท่านมีมุมมองต่อเรื่องสุขภาวะทางจิตที่แตกต่างจากก่อนมาร่วมงานกับ TIMS อย่างไร?

อาจารย์เจน: ด้วยความที่เจนเรียนจิตวิทยามา แต่ก่อนก็จะเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ผ่านมุมมองทางด้านจิตวิทยาเสียเป็นส่วนใหญ่ ไม่เข้าใจเลยว่าสุขภาพจิตในมุมมองนโยบายคืออะไร มันสัมพันธ์กันอย่างไร แต่พอได้มาทำจริงแล้ว เจนก็ได้เรียนรู้ว่าการที่เราจะขับเคลื่อนประเด็นนี้ต้องอาศัยศาสตร์อื่นมาประกอบกัน เลยมองว่าข้อดีของการมาทำงานนี้คือทำให้ได้เรียนรู้อะไรใหม่ ๆ ที่อยู่นอกเหนือไปจากมุมมองจิตวิทยา

หมอแน๊ต: แม้ว่าผมจะเป็นจิตแพทย์ เคยทำงานในกรมสุขภาพจิต เข้าใจทั้งศาสตร์ด้านจิตวิทยาและมุมมองนโยบาย แต่การที่ได้มาทำ TIMS พอเราต้องทำงานกับภาคีเครือข่ายและผู้เล่นต่าง ๆ ผมว่าเรื่องสุขภาวะทางจิตไม่ใช่แค่เรื่องของผู้เชี่ยวชาญ จิตแพทย์ นักวิชาชีพ หรือแค่กรมสุขภาพจิต แต่มันครอบคลุมไปถึงหน่วยต่าง ๆ ในสังคมที่เรามักมองข้าม ดังนั้นเรื่องสุขภาวะทางจิตต้องมองให้กว้างมากขึ้นครับ



อาจารย์เต้ิน: สำหรับตัวเองแล้วไม่ได้ต่างเท่าไหร่ค่ะ แต่มันทำให้เราได้รู้บทบาทหน้าที่ของเราว่า เราควรทำอะไร ตอนไหน เพื่ออะไร ด้วยข้อจำกัดหลาย ๆ อย่าง มันทำให้เราไม่สามารถขับเคลื่อนงานสุขภาวะทางจิตได้ครอบคลุมหรอกค่ะ แต่พอเราทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือแม้แต่ใน TIMS เอง เรามีผู้เชี่ยวชาญจากสาขาที่ต่างกัน มันทำให้เต้ินมองว่า แต่ละคนแต่ละหน่วย มีหน้าที่ของตัวเองที่ต้องรับผิดชอบเพื่อสร้างระบบนิเวศที่ดีร่วมกันค่ะ

อาจารย์มิล: ผมไม่ได้เรียนจิตวิทยามาโดยตรง แต่ก็พอทำงานด้านนโยบายสุขภาพอยู่บ้าง มันเลยทำให้ผมต้องมาเรียนรู้อะไรใหม่ ๆ หลายอย่างจากการทำ TIMS โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องจิตวิทยา แต่ผมมาพร้อมกับมุมมองที่ต่างออกไปจากคนในทีม

ผมมาด้วยมุมมองการทำนโยบาย การส่งเสริมการมีส่วนร่วม พูดอีกอย่างคือ ผมมีกรอบบางอย่างที่เข้ามาเติมเต็มการมองเรื่องสุขภาวะทางจิตให้กับทีม แต่ละคนในทีมก็จะเชี่ยวชาญต่างกันไป พอเราได้มาทำงานร่วมกัน เลยทำให้มุมมองต่อเรื่องสุขภาวะทางจิตขยายไปได้กว้างขึ้นครับ

R: ในอนาคตอันใกล้นี้ อยากเห็นบทบาทของ TIMS ดำเนินไปในทิศทางใด อย่างไร?

อาจารย์มิล: ความยั่งยืนทางด้านการเงิน ทุกวันนี้แม้ว่าเราจะหาทุนได้ แต่คิดว่าต้องสร้างทางเลือกอื่น ๆ สำรองเพื่อความยั่งยืนจริง ๆ กับอย่างที่สอง คือ TIMS มีศักยภาพในการทำงานระดับนานาชาติสูงมาก ด้วยวิธีการที่เราใช้ ผมว่ามันไม่ได้ตอบโจทย์แค่สังคมไทย แต่มันตอบโจทย์บางอย่างของโลกด้วย คิดว่าสองอย่างนี้คือภาพที่อยากให้เกิดครับ

หมอแน๊ต: ผมอยากให้ TIMS มีความยั่งยืนในเชิงโครงสร้าง ทั้งเรื่องของการเงินและทรัพยากรบุคคล อยากให้ TIMS อยู่ได้ด้วยความเป็นสถาบัน ไม่ใช่ยึดโยงแค่เรา 4 คน ผมอยากให้ TIMS เป็นพื้นที่ที่คนอยากมาร่วมงานด้วย โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ ๆ เพราะเราเชื่อว่าเราจะสามารถผลักดันพวกเขาได้ สำหรับเรื่องการไปยืนอยู่ในระดับโลก หากมันเกิดขึ้นจริง ผมว่ามันไม่ได้จะพิสูจน์ความเก่งของเราเลย แต่มันกำลังจะบอกว่าแนวทางที่เราทำมามันใช้งานได้จริง มันมีคนมองเห็น และมันจะถูกทำและขยายผลมากขึ้นครับ

“ผมอยากให้ TIMS มีความยั่งยืนในเชิงโครงสร้าง ทั้งเรื่องของการเงินและทรัพยากรบุคคล อยากให้ TIMS อยู่ได้ด้วยความเป็นสถาบัน ไม่ใช่ยึดโยงแค่เรา 4 คน

อยากให้ TIMS เป็นพื้นที่ที่คนอยากมาร่วมงานด้วย โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ ๆ เพราะเราเชื่อว่าเราจะสามารถผลักดันพวกเขาได้” — หมอแน๊ต

อาจารย์เต้ิน: คำตอบคงไม่ได้ต่างกันมากค่ะ 2 อย่างสำคัญที่จะต้องควบคู่กันไปคือ การเติบโตและความยั่งยืน จริงอยู่ที่เรามีภาพฝันอยากให้ TIMS ไปไกลกว่านี้ แต่การที่จะเกิดภาพภาพนี้ได้ TIMS ต้องยั่งยืนในตัวเองก่อน ดังนั้นเรื่องเงินทุนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่เราไม่ปฏิเสธ การที่เราจะขยายขอบเขตงาน หรือเข้าหาภาคีอื่น ๆ อีกมากมาย เรื่องงบประมาณหลีกเลี่ยงไม่ได้จริง ๆ เราเชื่อว่าเราเติบโตและสามารถผลักดันสังคมไปมากกว่านี้ได้ แต่สิ่งสำคัญคือ เราต้องยั่งยืนด้วยค่ะ

อาจารย์เจน: ยอมรับว่าไม่เคยคิดในแง่นั้นมาก่อนเลยค่ะ เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นในตอนนี้ มันมาไกลเกินกว่าภาพที่นึกไว้ตั้งแต่ทีแรกด้วยซ้ำ ไม่รู้เหมือนกันว่ามันจะเติบโตไปในทิศทางไหน

เจนคงจะทำหน้าที่ของตัวเองและตั้งหน้าตั้งตารออย่างตื่นเต้นว่า TIMS จะเติบโตต่อไปอย่างไรค่ะ





เสียงจากคนเบื้องหลัง TIMS: สานพลังขับเคลื่อนสุขภาพใจ ให้เติบโตไปพร้อมกับสังคม

เรื่อง: ปพน ศิริมัย
ภาพ: กสิกร พันธุโพธิ์
สัมภาษณ์วันที่
29 พฤษภาคม 2569

การผลักดันให้เกิดระบบนิเวศสุขภาวะทางจิตที่ยั่งยืนในบริบทของสังคมไทย มิได้อาศัยเพียงการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเท่านั้น หากแต่ยังต้องอาศัยการสนับสนุนเชิงวิชาการ การประสานงาน ตลอดจนงานบริหารจัดการอีกหลายส่วนที่ทำงานเคียงข้างกันอยู่เบื้องหลัง

ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ RISE IMPACT ได้**พูดคุยกับทีมนักวิชาการของ TIMS ทั้งสามท่าน คุณเกรท ณัฐฐา นิตยะประภา, คุณอมร อมรเชษฐ์ วัฒนนราเศรษฐ์ และคุณน้ำผึ้ง อธิชญา สุขธรรมรัตน์** ผู้อยู่เบื้องหลังการขับเคลื่อนงานต่าง ๆ ของ TIMS ตั้งแต่การพัฒนาองค์ความรู้ไปจนถึงการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติจริง เพื่อสะท้อนมุมมองต่อการทำงาน ความท้าทายที่พบเจอ ตลอดจนการเติบโตที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และความหวังต่อทิศทางการพัฒนาองค์กร ที่ตอกย้ำว่าเบื้องหลังการขับเคลื่อนสุขภาวะทางจิตไม่ได้เป็นเพียงเรื่องขององค์ความรู้ หากยังเป็นเรื่องของผู้คนและความสัมพันธ์ที่เติบโตไปพร้อมกัน

RISE IMPACT: นับตั้งแต่ที่ได้ทำงานกับ TIMS มา มองสถานการณ์สุขภาพจิตของสังคมไทย มีพลวัตหรือการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง?

คุณอมร: สิ่งหนึ่งที่ผมเห็นว่าก้าวหน้าขึ้นมาก คือการที่ประเด็นเรื่องสุขภาพจิตถูกพูดถึงผ่านนโยบายหาเสียง ทั้งการเลือกตั้งระดับประเทศในปีที่ผ่านมาและการเลือกตั้งผู้ว่าฯ กรุงเทพฯ ในปีนี้ครับ สิ่งนี้กำลังสะท้อนถึงความต้องการของผู้คน จึงทำให้มีนโยบายในประเด็นนี้ออกมา

ขณะเดียวกัน ก็มีบางพรรคการเมืองที่นำกรอบแนวทางที่ TIMS ได้ร่วมทำขึ้น เช่น ประเด็นการสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคม (social prescribing) ไปพัฒนาต่อจนกลายเป็นนโยบายออกมา ก็ถือเป็นอีกหนึ่งปรากฏการณ์ ที่ทำให้เราเห็นว่ามุมมองต่อการจัดการปัญหาสุขภาพจิตกำลังเปลี่ยนไป โดยมีการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบสร้างเสริมป้องกันมากขึ้น

คุณน้ำผึ้ง: แต่ก่อนคนมักมองเรื่องสุขภาพจิตว่าเป็นความไม่ปกติอย่างหนึ่ง การพูดคุยเรื่องนี้มักเป็นไปในทางลบ แต่ทุกวันนี้ เรื่องสุขภาพจิตได้กลายมาเป็นบทสนทนาที่ดูทั่วไปของคนในสังคม ผู้คนพูดถึงการดูแลจิตใจมากขึ้น พยายามหาแนวทางในการรับมือก่อนที่อาการจะรุนแรง เช่น การรับฟังอย่างไม่ตัดสิน การหาพื้นที่ปลอดภัย และการฮีลใจ คนในสังคมเข้าใจและหันมาส่งเสริมวัฒนธรรมตรงนี้มากขึ้นค่ะ

คุณเกรท: เกรทเห็นคอนเทนต์เกี่ยวกับสุขภาพจิตในโซเชียลมีเดียมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการดูแลใจตัวเอง นอกจากนี้ก็มีการจัดกิจกรรมเยอะขึ้น ซึ่งหลายครั้งผู้จัดก็ไม่ใช่นักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญ แต่เป็นคนทั่วไปที่อยากสร้างพื้นที่ให้คนได้พูดคุยและดูแลใจตัวเอง ซึ่งก็มีคนให้ความสนใจไม่น้อย และแม้จะต้องเสียค่าเข้าร่วม หลายคนก็ยอมจ่าย เพราะรู้สึกว่าเป็นพื้นที่ที่มีคุณค่าและตอบโจทย์ตัวเอง มันสะท้อนว่าคนทั่วไปไม่ได้สนใจแค่เทรนด์สุขภาพกาย แต่เริ่มให้ความสำคัญกับสุขภาพใจมากขึ้นด้วยค่ะ

R: แต่ละภาคส่วนควรมีบทบาทการขับเคลื่อนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบนิเวศสุขภาพจิตอย่างไร?

คุณน้ำผึ้ง: แต่ก่อน ผู้คนมักจะมองว่าเรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องของปัจเจก ใครป่วยก็ต้องไปรับการรักษา แต่วันนี้มันไม่ใช่ภาพแบบนั้นอีกแล้วค่ะ หลาย ๆ ภาคส่วนและหลายองค์กรเริ่มหันมาสนใจเรื่องนี้กันมากขึ้น โดยเฉพาะในฝั่งของจิตวิทยาองค์กร ที่พยายามผลักดันเรื่องสุขภาพจิตให้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายหรือวัฒนธรรมองค์กร

มันให้ความรู้สึกว่า “ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่งที่จะมาแก้ปัญหาให้ แต่เริ่มได้ที่ตัวเองเลย” สัญญาณนี้แสดงให้เห็นว่า แต่ละภาคส่วนไม่ได้รอให้ทุกอย่างพร้อมแล้วค่อยเริ่ม แต่ต่างคนต่างเริ่มใส่ใจ กล้าที่จะลองทำ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการสร้างระบบสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตค่ะ

“แต่ละภาคส่วนไม่ได้รอให้ทุกอย่างพร้อมแล้วค่อยเริ่ม แต่ต่างคนต่างเริ่มใส่ใจ กล้าที่จะลองทำ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการสร้างระบบสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตค่ะ” — คุณน้ำผึ้ง

คุณอมร: ผมคิดว่าแต่ละองค์กรมีเป้าหมายและพันธกิจที่แตกต่างกัน การไปบอกให้เขาต้องทำอะไร ยิ่งเป็นการกดดันและบังคับ โจทย์จึงไม่ใช่การบอกให้องค์กรหันมาสนใจเรื่องสุขภาพจิต แต่เป็นการชวนให้เขาเห็นว่าเรื่องสุขภาพจิตเชื่อมโยงกับเป้าหมายขององค์กรได้อย่างไร เช่น หากองค์กรต้องการให้คนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ก็ต้องทำให้คนอยากทุ่มเทกับงาน ซึ่งล้วนได้รับผลกระทบจากสุขภาวะทางจิต จุดเริ่มต้นสำคัญคือต้องทำให้เขาเห็นว่า สุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องแยกออกจากงาน แต่ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ขององค์กรเขา

“โจทย์จึงไม่ใช่การบอกให้องค์กรหันมาสนใจเรื่องสุขภาพจิต แต่เป็นการชวนให้เขาเห็นว่าเรื่องสุขภาพจิตเชื่อมโยงกับเป้าหมายขององค์กรได้อย่างไร” — คุณอมร

คุณเกรท: คิดว่าแต่ละองค์กรมีทรัพยากรที่แตกต่างกัน จึงไม่มีสูตรสำเร็จเดียวสำหรับทุกองค์กร แต่สิ่งสำคัญคือการมองว่าสุขภาพจิตไม่ใช่ความรับผิดชอบของคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อทุกคน แต่ละองค์กรจึงควรนำเอาจุดแข็งและทรัพยากรที่มีอยู่มาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของตนเอง และนำไปสู่การลงมือทำได้จริงค่ะ

R: นับตั้งแต่ทำงานกับ TIMS มา เห็นองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง?

คุณอมร: ทิศทางของเราชัดเจนขึ้นครับ เรารู้ว่าโจทย์ที่กำลังทำคืออะไร ในระยะแรก ๆ มันมีหลายอย่างที่เราอยากทดลอง ภาษาบ้าน ๆ คือเราทำค่อนข้างจับฉ่ายครับ ลองดูไปก่อน ถ้าทำได้ก็ทำ ทำไม่ได้ก็หยุด

พอมาตอนนี้ เรารู้แล้วว่าอะไรคือสิ่งที่เราต้องทำ ผลคือมันทำให้เราบริหารทรัพยากรได้ดีขึ้น ใช้งบประมาณได้คุ้มค่าและถูกจุด เราตอบได้ว่าโครงการที่สนับสนุนเกี่ยวข้องกับภาพใหญ่ของเราอย่างไร และต่อให้เงินทุนมาจากหลาย ๆ ที่ เราก็สามารถผสานกันไปสู่จุดหมายปลายทางที่เราอยากให้เห็นได้ครับ

“เรารู้แล้วว่าอะไรคือสิ่งที่เราต้องทำ ผลคือมันทำให้เราบริหารทรัพยากรได้ดีขึ้น ใช้งบประมาณได้คุ้มค่าและถูกจุด เราตอบได้ว่าโครงการที่เราสนับสนุนเกี่ยวข้องกับภาพใหญ่ของเราอย่างไร” — คุณอมร

คุณน้ำผึ้ง: ประเด็นแรก เรามีความชัดเจนขึ้นว่าเราทำอะไรได้ อะไรทำไม่ได้ และเราจะจัดการมันอย่างไรด้วยทรัพยากรที่เรามี รู้ว่าควรขอความช่วยเหลือหรือร่วมมือกับใคร อีกประเด็นคือ เรามีความก้าวหน้าในการสื่อสารสาธารณะมากขึ้น จากแต่ก่อนที่ความรู้อยู่แค่ในวงแคบ ๆ พอเราทำงานสื่อสารมากขึ้น ความรู้ก็ได้เผยแพร่ออกสู่สาธารณะ ทำให้ TIMS เป็นองค์กรที่มีคนรู้จักและถูกพูดถึงมากขึ้นค่ะ

คุณเกรท: ก่อนที่เกรทเข้ามา รู้สึกว่า TIMS เป็นสถาบันวิชาการ ซึ่งนั่นก็ใช่ด้วยส่วนหนึ่ง แต่ความเป็นจริงคือ TIMS เป็นเหมือนพื้นที่ที่ทำให้คนมาเชื่อมโยงกันได้ เรามีภาคีมากหน้าหลายตา ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในวงของผู้เชี่ยวชาญ แต่เราเห็นบทบาทของชุมชน กลุ่มคนทั่วไป หรือแม้แต่คนที่เราไม่คาดคิดอย่างผู้พิการ ก็มีส่วนต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงในระบบได้ค่ะ





“ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในวงของผู้เชี่ยวชาญ แต่เราเห็นบทบาทของชุมชน กลุ่มคนทั่วไป หรือแม้แต่คนที่เราไม่คาดคิดอย่างผู้พิการ ก็มีส่วนต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงในระบบได้ค่ะ” — คุณเกรท

R: ความท้าทายที่ทำให้การทำงานขับเคลื่อนได้ยังไม่เต็มศักยภาพ คืออะไร?

คุณอมร: มีทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกครับ ปัจจัยภายในคือ TIMS เป็นหน่วยงานที่รับทุนและอยู่ภายใต้คณะจิตวิทยา จึงมีกฎระเบียบและข้อจำกัดตามกฎหมายภาครัฐที่ต้องปฏิบัติตาม ขั้นตอนและกำหนดการหลายอย่างต้องอิงกับหน่วยงานให้ทุน เช่น ต้องปิดโครงการภายในช่วงกลางปี ทำให้เราไม่สามารถจัดงานใหญ่ช่วงใกล้ปิดปีงบประมาณได้

สำหรับปัจจัยภายนอก คือเหตุการณ์ที่เราไม่รู้ล่วงหน้า เช่น น้ำท่วมหรือรถไฟชนกัน พอมันเกิดขึ้นจริง ๆ การตอบสนองของเราก็อาจไม่ทันท่วงที หรือถ้าทันก็ต้องเร่งทำงานเอามาก ๆ ครับ

คุณน้ำผึ้ง: ผึ้งคิดว่าหลาย ๆ ครั้ง สิ่งที่เราเสนอไปไม่ได้รับการสนับสนุน เพราะเรามุ่งเน้นแนวทางสุขภาพจิตแบบสร้างเสริมป้องกัน แต่องค์กรหรือหน่วยงานที่เราไปขอทุนหลายที่ยังมองว่า สุขภาพจิตเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญ ต้องรักษาโดยจิตแพทย์ หรือมีตัวชี้วัดที่เน้นปริมาณการรักษาให้หายป่วย

ก็เป็นความท้าทายในการขอทุน ว่างานสร้างเสริมป้องกันจะสามารถตอบตัวชี้วัดได้อย่างไร เพราะสิ่งที่เราพยายามจะบอกคือ สุขภาวะทางจิตไม่จำเป็นต้องมองในมุมของการรักษาเสมอไปค่ะ

คุณเกรท: คล้ายกันค่ะ บ่อยครั้งแนวทางของเรากลับไม่เป็นที่เข้าใจต่อคนอื่น ๆ การสื่อสารให้คนเข้าใจความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตแบบสร้างเสริมป้องกันจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

R: การทำงานที่นี่ สร้างความเปลี่ยนแปลงในตัวเองอย่างไรบ้าง?

คุณน้ำผึ้ง: รู้สึกว่าตัวเองเติบโตในแง่ของการจัดลำดับความสำคัญของงานได้ เราได้รู้ขีดความสามารถของเรา ด้วยภาระงานที่มากขึ้น เราต้องเลือกว่าเรารับผิดชอบส่วนไหนให้เต็มที่ เราจัดเวลาได้ดีขึ้น และรู้ว่าช่วงไหนควรทำอะไรค่ะ

คุณอมร: ทัศนคติต่อเรื่องสุขภาพจิตของผมเปลี่ยนไป แต่ก่อนผมมักมองสุขภาพจิตว่าเป็นความรับผิดชอบส่วนตัว แต่มาวันนี้ ผมเห็นอิทธิพลของสภาพแวดล้อมว่าส่งผลต่อเราอย่างไร ทำไมบางคนมีความสุขยาก หรือสุขภาพจิตย่ำแย่ ผมแทบจะไม่มองว่าเป็นปัญหาของพวกเขาเลย แต่เป็นเพราะสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่ไม่ได้เอื้อให้เขามีสุขภาพจิตที่ดีได้ เขาอาจโตมาในสังคมที่ขาดโอกาสหรือทรัพยากร ทำให้ผมเห็นมิติที่ลึกขึ้นว่า อาการป่วยไม่ได้เกิดจากเขาคนเดียว แต่เกิดจากปัจจัยรอบตัวเขาด้วยครับ

คุณเกรท: สิ่งที่เปลี่ยนไปอย่างชัดเจนของตัวเองคือการตระหนักถึงความสำคัญของการมีพื้นที่ปลอดภัยทางใจมากขึ้น เพราะสุขภาวะทางใจของแต่ละคนล้วนได้รับอิทธิพลจากผู้คนและสภาพแวดล้อมรอบตัว

หลายครั้งปัญหาไม่ได้เกิดจากตัวเขาเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากปัจจัยแวดล้อมและเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง ดังนั้น ภาระในการรับมือปัญหาจึงไม่ควรตกอยู่กับตัวบุคคลฝ่ายเดียว แต่ควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคมในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางจิตค่ะ

“สิ่งที่เปลี่ยนไปอย่างชัดเจนของตัวเองคือการตระหนักถึงความสำคัญของการมีพื้นที่ปลอดภัยทางใจมากขึ้น เพราะสุขภาวะทางใจของแต่ละคนล้วนได้รับอิทธิพลจากผู้คนและสภาพแวดล้อมรอบตัว” — คุณเกรท

R: อะไรคือพลังใจที่ทำให้ยังอยากทำงานขับเคลื่อนสุขภาวะทางจิตต่อไป?

คุณเกรท: เหตุการณ์ที่ประทับใจเกรทคือ ตอนไปร่วมสรุปบทเรียนโครงการ Mind First Aid แล้วมีผู้พิการมาเล่าประสบการณ์ในฐานะนักรับฟัง การได้เห็นว่าโครงการมีความหมายต่อชีวิตเขามากกว่าที่เราคิดไว้ เขาขอบคุณที่โครงการนี้ไม่เพียงช่วยให้เขามีอาชีพ แต่ทำให้เขากลับมามีความหวังและเห็นคุณค่าในตัวเองอีกครั้ง เรื่องราวนี้ทำให้รู้สึกว่างานที่ทำสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อชีวิตผู้คนได้จริง และเป็นงานที่มีคุณค่า

คุณน้ำผึ้ง: ความที่ทำงานเบื้องหลัง จึงมักไม่ค่อยมีโอกาสได้เห็นว่าผลงานของเราไปถึงใครบ้าง จนกระทั่งมีคนรู้จักมาบอกว่า งานของ TIMS ช่วยชุบชูจิตใจเขาได้ ทำให้รู้ว่าเนื้อหาและโครงการที่เราสื่อสารมีคนรับไปใช้ประโยชน์จริง ๆ จากช่วงแรกที่เราทำงานเพราะเชื่อมั่นในตัวผู้นำองค์กร กลายเป็นการเห็นคุณค่าในตัวของงานเอง เราเชื่อว่างานนี้มีคุณค่า และเมื่อได้ทำงานที่มีคุณค่า เราก็รู้สึกว่าชีวิตของเรามีคุณค่าเช่นกันค่ะ

“ความที่ทำงานเบื้องหลัง จึงมักไม่ค่อยมีโอกาสได้เห็นว่าผลงานของเราไปถึงใครบ้าง จนกระทั่งมีคนรู้จักมาบอกว่า งานของ TIMS ช่วยชุบชูจิตใจเขาได้ ทำให้รู้ว่าเนื้อหาที่เราสื่อสารมีคนรับไปใช้ประโยชน์จริง ๆ ”
— คุณน้ำผึ้ง

คุณอมร: หากจะรอผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมออกดอกออกผล คนทำงานเบื้องหลังอาจหมดไฟไปก่อน เราจึงต้องหาวิธีเติมพลังระหว่างทาง สำหรับผม กำลังใจอาจมาจากการเห็นเพื่อนร่วมงานและอาจารย์ที่ขับเคลื่อนเรื่องนี้ยังคงมีความมุ่งมั่นทุ่มเท ทำให้รู้ว่าเราไม่ได้เดินอยู่บนเส้นทางนี้เพียงลำพัง

อีกสิ่งหนึ่งคือ ตราบใดที่ TIMS ยังดำรงอยู่ นั่นก็สะท้อนว่ามีผู้คนที่ยังเห็นความสำคัญและพยายามผลักดันเรื่องนี้ร่วมกัน การที่ TIMS ยังอยู่จึงถือเป็นความสำเร็จหนึ่งที่ทำให้ผมอยากขับเคลื่อนเรื่องนี้ต่อไปครับ

R: ภาพฝันในอนาคตอันใกล้ อยากเห็น TIMS พัฒนาไปอย่างไร?

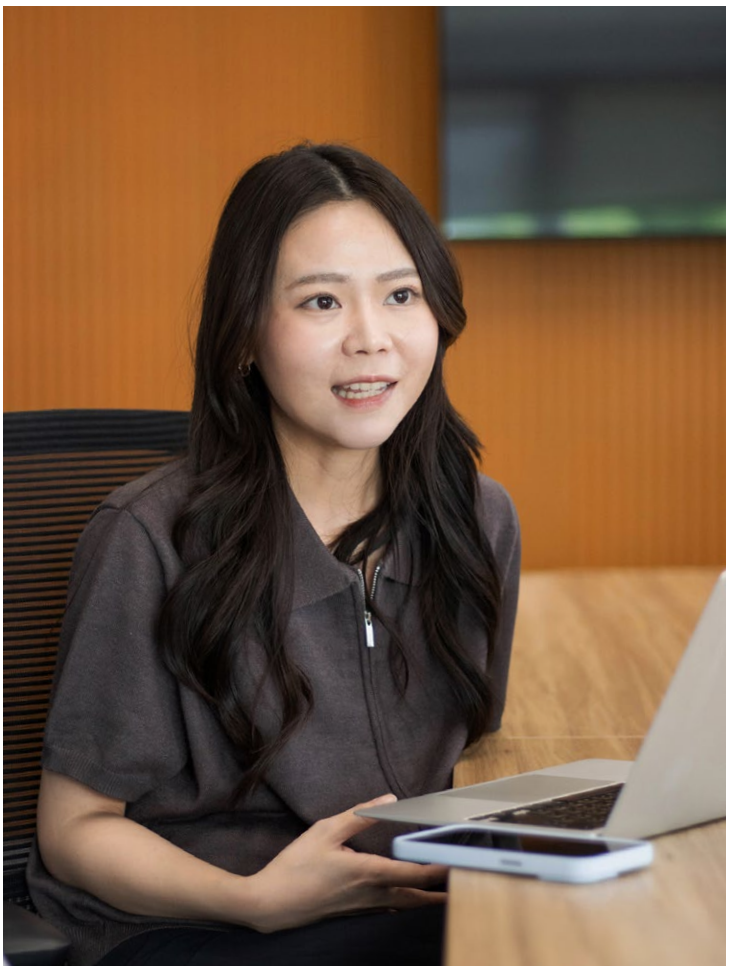
คุณอมร: อยากเห็น TIMS มีทรัพยากรจากหลากหลายแหล่งมากขึ้น เพื่อความยืดหยุ่นในการทำโครงการใหม่ ๆ ลดการพึ่งพาแหล่งทุนหลักเพียงแห่งเดียว ในระยะยาวอยากเห็น TIMS พึ่งพาตนเองได้ (self-sustaining) เพื่อความคล่องตัวในการตอบสนองปัญหาของสังคม

อีกประเด็นคือ อยากนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อพัฒนาระบบจัดเก็บองค์ความรู้ งานวิจัย และรายงานจำนวนมากที่ TIMS ผลิตไว้ เพื่อให้สามารถนำไปต่อยอดและใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพครับ

คุณเกรท: อยากให้ผู้คนภายนอกมองเข้ามาแล้วเข้าใจว่า TIMS ทำอะไร มีเป้าหมายอย่างไร โดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และอยากให้องค์กรเป็นที่รู้จักในฐานะหน่วยงานที่สามารถผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมในระดับสังคมได้จริง ไม่ใช่เพียงแค่ผลิตองค์ความรู้อย่างเดียวค่ะ

คุณน้ำผึ้ง: อยากพัฒนาวัฒนธรรมการทำงานที่เปิดโอกาสให้คนทำงานได้อย่างคล่องตัว มีความสัมพันธ์ในทีมที่เข้าอกเข้าใจและคอยสนับสนุนกัน อยากให้ทุกคนทำงานได้อย่างมั่นใจ ไม่ถูกตัดสิน และเป็นตัวของตัวเองได้อย่างเต็มที่

เชื่อว่าในอีกหลายปีข้างหน้า หากเรามีทีมที่เข้มแข็ง องค์กรก็จะสามารถสร้างผลงานและผลกระทบต่อสังคมได้อย่างยั่งยืนมากยิ่งขึ้นค่ะ



รู้จัก TIMS



ผศ. ดร.ณัฐสุดา (เต้ิน) เต้พันธ์
ผู้อำนวยการและผู้ร่วมก่อตั้ง



ดร. นพ.วรตม์ (แน๊ต) โชติพิทยสุนนท์
กรรมการบริหารและผู้ร่วมก่อตั้ง



ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ (เจน) ชวโนวานิช
กรรมการบริหารและผู้ร่วมก่อตั้ง



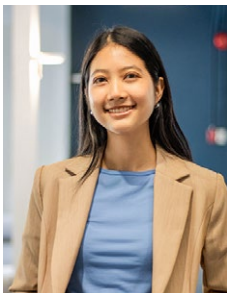
รศ. ดร.ธีรพัฒน์ (มิล) อังศุชวาล
กรรมการบริหารและผู้ร่วมก่อตั้ง



อมรเชษฐ์ (อมร) วัฒนนราเศรษฐ์
นักวิชาการด้านสุขภาพจิต



อธิชญา (น้ำผึ้ง) สุขธรรมรัตน์
นักวิชาการด้านสุขภาพจิต



ณัฐฐา (เกรท) นิตยะประภา
นักวิชาการด้านสุขภาพจิต



พินิศใจ (นิ้ง) บำรุงกฤษฎา
นักวิชาการด้านสุขภาพจิต

Our Partners












































A FUTURE WHERE MINDS BLOOM

จัดพิมพ์โดยสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการเล่มและกำกับศิลป์
ปพน ศิริมัย

บรรณาธิการต้นฉบับ
ฐณฐฐ จินดานนท์
กมลทิพย์ พงษ์พิพัฒน์วัฒนา

พิสูจน์อักษร
ฐณฐฐ จินดานนท์

เรื่อง
พงศ์วรินทร์ สาระไชย

ภาพ
กสิกร พันธุโพธิ์

ศิลปกรรม
ปพน ศิริมัย
อมาดา ภานุมนต์วาที

ถอดเทป
พงศ์วรินทร์ สาระไชย

ควบคุมการผลิตโดย
สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต
รศ. ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล
อธิชญา สุขธรรมรัตน์
อมรเชษฐ์ วัฒนนราเศรษฐ์
ณัฐฐา นิตยะประภา

ที่ปรึกษา
ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์
ดร. นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์
ผศ. ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช

พิมพ์ที่
บริษัท ซุปเปอร์พิกเซล จำกัด (สำนักงานใหญ่)
เลขที่ 19 พระรามที่ 2 ซอย 66 ถนนพระรามที่ 2
แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพ 10150

ISBN 978-616-621-138-2

© 2026 All Rights Reserved
Published by Thailand Institute for Mental Health Sustaianbility

TIMS ทำงานเพื่อเปลี่ยนมุมมองสังคมจากคำถามว่า "เราจะรักษาคนที่ป่วยทางใจอย่างไร" ไปสู่ "เราจะร่วมกันสร้างสังคมที่ดีต่อใจได้อย่างไร" ด้วยการเชื่อมความรู้ นโยบาย นวัตกรรม และพลังของผู้คนหลายภาคส่วน เพื่อให้การดูแลใจไม่กระจุกอยู่ในระบบสุขภาพแบบทางการเท่านั้น แต่กระจายอยู่ในการใช้ชีวิตของผู้คน และในความสัมพันธ์เล็ก ๆ ที่ช่วยประคองใจไว้ก่อนความทุกข์จะรุนแรง ปลายทางที่เราอยากไปถึงไม่ใช่สังคมที่ปราศจากความทุกข์ แต่คือสังคมที่ผู้คนใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความสัมพันธ์ที่ดี มีพื้นที่ปลอดภัย และมีศักดิ์ศรี — สังคมที่ไม่ปล่อยให้ใครต้องเผชิญความทุกข์แต่เพียงลำพัง

