

วิทยานิพนธ์

โรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดกรุงเทพมหานคร (รัฐบาล 200 เตียง)

PSYCHIATRIC HOSPITAL BANGKOK (200 UNITS)



T120808

นาย ชยณรงค์ ชีรวงศ์สวัสดิ์

เลขหมู่.....

120808

เลขทะเบียน.....

วัน,เดือน,ปี... 27 ส.ค. 2555

120808

b.....

i.....

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสถาปัตยกรรมศาสตร์บัณฑิต

สาขาวิชาสถาปัตยกรรมและการวางแผน คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ปีการศึกษา 2552

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาสถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต

รองศาสตราจารย์ บุญสนอง รัตนสุนทรากุล
คณบดี คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ บุญสนอง รัตนสุนทรากุล ที่ปรึกษา

อาจารย์พิเศษ โสวิทย์สกุล ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์สมชาย ศรีสมพงษ์ ประธานคณะกรรมการ

รองศาสตราจารย์ชนินทร์ ทิพย์โยภาส กรรมการ

อาจารย์พงศ์สันต์ สุวรรณชะฎู กรรมการ

อาจารย์ธีรชัย ถีสूरพลานนท์ กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โอชกร ภาคสุวรรณ กรรมการและเลขานุการ

รศ.สมศักดิ์ ธรรมเวชวิถิ

อาจารย์ที่ปรึกษา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

หัวข้อวิทยานิพนธ์ โครงการ โรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดกรุงเทพมหานคร (รัฐบาล 200 เตียง)

PSYCHIATRIC HOSPITAL BANGKOK (200 UNITS)

ชื่อผู้จัดทำ นาย ชยณรงค์ ธีรวงศ์สวัสดิ์

คณะ สถาปัตยกรรมศาสตร์

สาขาวิชา สถาปัตยกรรมและการวางแผน

ปีการศึกษา 2548-2552

บทคัดย่อ

โครงการ โรงพยาบาลจิตเวชขนาด 200 เตียง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสาธารณสุขของชุมชน และรองรับประชากรที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ พบว่า โรงพยาบาลจิตเวชหรือสถานพยาบาลจิตเวชในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลที่เป็น โรงพยาบาลเฉพาะทางมีเพียง 2 แห่ง ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีโรงพยาบาลจิตเวชมารองรับเพิ่มขึ้น โดยโครงการนี้จะตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของชุมชนปานกลาง เพื่อประโยชน์ต่อการมาใช้บริการ และการรักษาผู้ป่วย

ดังนั้นจึงเกิดแนวความคิดในการจัดตั้ง โครงการ เพื่อแบ่งเบาภาระของ โรงพยาบาลจิตเวช รัฐบาล คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และ โรงพยาบาลศรีธัญญา รวมถึง โรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ในด้านการรักษา และลดความแออัดของ โรงพยาบาลของรัฐอื่นๆ

การนำผู้ป่วยในระดับที่สามารถมาทำการบำบัดรักษาในโครงการเพื่อเป็นการลดอัตราการครองเตียง และเพิ่มการให้บริการต่อประชาชนที่ต้องการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสนองนโยบายการพัฒนาประเทศที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

สาเหตุในการจัดตั้งโครงการ โรงพยาบาลจิตเวช คือ

1. โรงพยาบาลจิตเวชและสถานพยาบาลจิตเวชในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากการสะสมของจำนวนผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลทางการรักษาลดลง
2. โรงพยาบาลบางแห่งในตัวเมืองมีความแออัดซึ่งไม่ส่งผลดีต่อการบำบัดรักษา
3. เพื่อออกแบบอาคารของโรงพยาบาลให้ตอบสนองต่อผู้ป่วยทางจิตเวช เพื่อประโยชน์ทางการรักษาและการควบคุมดูแลผู้ป่วย
4. จำนวนประชากรในจังหวัดกรุงเทพมหานครมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น จึงควรมีโรงพยาบาลเฉพาะทางเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับการขยายตัว

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.ทัศนคติของผู้คนภายนอกมองผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชที่หายดีแล้วในด้านลบ และไม่ยอมรับผู้ที่เข้ามารับการบำบัดรักษา จึงจำเป็นต้องสร้างทัศนคติเหล่านี้ใหม่ให้ได้รับการยอมรับซึ่งทุกคนสามารถมาพบจิตแพทย์ โดยไม่จำเป็นต้องป่วยทางจิตเวช

วิธีการวิจัย

- 1.ศึกษาสภาพปัจจุบัน เพื่อหาข้อมูลสนับสนุนถึงความจำเป็นของโครงการ
- 2.ศึกษาอาคารประเภทเดียวกัน ถึงข้อดีข้อเสีย ข้อจำกัด
- 3.ศึกษาความต้องการพื้นฐานของสถานพยาบาลจิตเวชที่ประกอบเป็น โครงการ
- 4.ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบโรงพยาบาลจิตเวช
- 5.ศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ
- 6.ศึกษารายละเอียดและกำหนดขนาดของโครงการ
- 7.ศึกษารูปแบบ และเอกลักษณ์การออกแบบอาคารประเภทนี้
- 8.ศึกษาถึงระบบต่างๆรวมถึงอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในอาคาร
- 9.ศึกษาลักษณะของที่ตั้งและสภาพแวดล้อมของ โครงการ รวมทั้งการเข้าถึงโครงการ
- 10.ศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ โครงการทุกประเภท
- 11.ศึกษาวิธีการบริหารของโรงพยาบาล
- 12.ศึกษารายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ รวมทั้งความต้องการพิเศษ
- 13.ศึกษากฎหมายเทศบัญญัติ และอิทธิพลที่มีผลต่อการออกแบบโครงการ

สรุปการวิจัย

- 1.โรงพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ไม่ไม่เพียงพอ ต่อการขยายตัวของชุมชน และอัตราการเพิ่มของประชากร
- 2.สภาพที่ตั้งมีผลอย่างมากกับการจัดตั้งโครงการ สถานพยาบาลควรอยู่ในเขตชุมชนหนาแน่นน้อย เพื่อหลีกเลี่ยงมลภาวะที่เกิดจากการแออัดในตัวเมือง
- 3.ทราบถึงการออกแบบอาคารประเภทนี้ และเทคโนโลยีทางอาคาร
- 4.ทำเลที่ตั้งควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ มีสาธารณูปโภคครบถ้วน สามารถติดต่อกับโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย
- 5.การเข้าถึงโครงการเป็นไปได้สะดวก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- 6.นำข้อมูลต่างๆมาวิเคราะห์แล้วและสามารถกำหนดโครงการได้เป็นสถานพยาบาลจิตเวช ขนาด 200 เตียง
- 7.ลักษณะรูปแบบสถาปัตยกรรมของโครงการ ต้องคำนึงถึงสภาพภูมิอากาศ ไม่ทำลายสภาพแวดล้อม และไม่ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมรอบโครงการ
- 8.รูปแบบการจัดและการบริการ ต้องคำนึงถึงผู้ใช้เป็นหลัก
- 9.อุปกรณ์และระบบต่างๆมีการพัฒนาการอย่างก้าวหน้าที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับโครงการ

ข้อเสนอแนะ

- 1.การวางแผนต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ให้มีความผสมกลมกลืน ไม่ขัดแย้งหรือส่งผลกระทบต่อสถานะแวดล้อม
- 2.ควรคำนึงถึงหลักจิตวิทยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยทางจิต เพื่อที่จะได้นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และเพื่อประโยชน์ทางการบำบัดรักษา
- 3.การออกแบบต้องคำนึงถึงเส้นทางสัญจร การจัดลำดับองค์ประกอบความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบที่ไม่ควรปะปนกัน และการใช้ของผู้เข้าใช้ที่มีลักษณะหลากหลาย จะได้ไม่สับสนและมีความคล่องตัวในการทำงาน
- 4.ควรจัดให้มีภูมิสถาปัตยกรรมอยู่ร่วมกันกับตัวอาคาร เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายลดความเครียดของผู้ป่วยต่อสถานที่
- 5.การออกแบบควรคำนึงถึงการขยายตัวในอนาคตและการรองรับระบบต่างๆ
- 6.ในการออกแบบ โรงพยาบาลจิตเวชควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียดของผู้ป่วย แต่ไม่ควรสร้างสิ่งแวดล้อมพิเศษมากเกินไป เพราะกรณีผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่มีสิ่งแวดล้อมเหมือน โรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีก
- 7.การออกแบบควรมีการระบายอากาศที่ดี การได้รับแสงธรรมชาติในบริเวณที่ควรจะได้รับ
- 8.ควรคำนึงถึงการรักษาความปลอดภัย และการควบคุมดูแลผู้ป่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้วิทยานิพนธ์นี้ได้สำเร็จลงด้วยดี โดยได้รับการช่วยเหลือให้คำแนะนำและสนับสนุน จากบุคคลเหล่านี้

รศ.สมศักดิ์	ธรรมเวชวิธิ	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
รศ.วรวรรณ	โรจนไพบูลย์	อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนารมย์

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

พี่พัน พี่นัท(ดารา) พี่เบิร์ด น้องชิพฟ่อน น้องมอมแมม น้องพุทกัน น้องเคย์ น้องนง น้องโบ๊ท น้องตูน น้องมิว น้องพิมพ์ น้องพุด น้องแพน น้องโหน่ง และเพื่อนๆสภ.รุ่น 33 สายป่าน บัดดี้ ก้อง(ไฮโซ) ออฟเหียน หนูหน่ง หวาน กาพิว เน็ต แอ้ม(หมอ) จำยอม เปเล่ แป้ง เพื่อนสน. คิว เมเจอร์ และเพื่อนๆสภ.รุ่น 33 ทุกคน รวมถึงบุคคลอื่นๆที่ไม่ได้กล่าวถึงต้องขออภัย และขอขอบคุณจากใจจริง ที่คอยให้ความช่วยเหลือในวิทยานิพนธ์ และสุดท้ายที่ขาดไม่ได้คือ พ่อและแม่ พี่แป้ง น้องป้อม ที่คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและคอยให้กำลังใจตลอดเวลา ขอขอบคุณอาจารย์ พี่ เพื่อนและน้องที่ให้ความช่วยเหลือเสมอมา และขอบคุณสำหรับกำลังใจของทุกคน

ขอแสดงความนับถือ

นายชยณรงค์ ชีรวงศ์สวัสดิ์

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
บทคัดย่อ	
กิตติกรรมประกาศ	
สารบัญ	
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาโครงการ	1
1.2 นิยามคำศัพท์	1
1.3 วัตถุประสงค์ของโครงการ	6
1.4 วัตถุประสงค์การศึกษาโครงการ	7
1.5 ขอบเขตของการศึกษาโครงการ	7
1.6 องค์ประกอบโครงการ	8
บทที่ 2 การศึกษารายละเอียดของโครงการ	
2.1 การกำหนดโครงการ	10
2.2 การวิเคราะห์หาจำนวนผู้ใช้โครงการ	12
2.3 รายละเอียดโครงสร้างด้านการบริหาร	16
2.3.1 รายละเอียดด้านการปฏิบัติหน้าที่ของฝ่ายต่างๆ	17
2.4 รายละเอียดโครงสร้างด้านผู้ใช้อาคาร	22
2.4.1 กลุ่มผู้ให้บริการ	22
2.4.2 กลุ่มผู้ใช้บริการ	25
2.5 รายละเอียดด้านผู้ใช้อาคาร	29
2.6 รายละเอียดโครงสร้างด้านหน้าที่ใช้สอย	33
2.6.1 ส่วนสาธารณะ	33
2.6.2 ส่วนกึ่งสาธารณะ	38
2.7 แผนภูมิแสดงการสัญจรติดต่อส่วนต่างๆภายในโรงพยาบาล	54
2.8 รายละเอียดด้านพื้นที่ใช้สอยของโครงการ	69

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

	หน้า
บทที่ 3 การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและเลือกที่ตั้งโครงการ	
3.1 การวิเคราะห์และเลือกที่ตั้งโครงการ	85
3.2 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดกรุงเทพมหานคร	85
3.3 ลักษณะภูมิศาสตร์	86
3.4 สภาพภูมิอากาศ	86
3.5 หน่วยการปกครอง	86
3.6 สภาพสังคมประชากร	87
3.7 ตำแหน่งและทำเลที่ตั้ง	90
3.8 ข้อมูลด้านการบริการสาธารณสุข	90
3.9 การหาขนาดพื้นที่ใช้สอยและขนาดของพื้นที่ตั้งโครงการ	91
3.10 ตำแหน่งที่ตั้งของที่ดิน	92
3.11 การวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ	93
3.12 เกณฑ์ในการพิจารณาที่ตั้งโครงการ	93
3.13 พิจารณาเลือกที่ตั้งโครงการ	94
บทที่ 4 การศึกษาอาคารตัวอย่าง	
4.1 การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่างในประเทศไทย	115
4.1.1 โรงพยาบาลมหารมย์	115
4.1.2 โรงพยาบาลศรีธัญญา	127
4.2 การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่างในต่างประเทศ	136
4.2.2 SILLVER HILL HOSPITAL	136
บทที่ 5 การออกแบบสถาปัตยกรรมและอิทธิพลที่มีผลต่อการออกแบบ	
5.1 การออกแบบสถาปัตยกรรมและการออกแบบจัดวางภูมิสถาปัตยกรรม	142
5.2 ความงามทางด้านสถาปัตยกรรม	142
5.3 แนวความคิดในการวางผังบริเวณ	143
5.4 ระบบที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสถาปัตยกรรม	143
5.4.1 ระบบโครงสร้าง	143
5.4.2 ระบบปรับอากาศและระบายอากาศ	145
5.4.3 การระบายอากาศ	149
5.4.4 การกรองอากาศและการปลอดเชื้อ	153

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

	หน้า
5.4.5 ระบบสุขาภิบาล	154
5.4.6 ระบบระบายน้ำเสียและน้ำโสโครก	156
5.4.7 ระบบบำบัดน้ำเสีย	157
5.4.8 ระบบกำจัดขยะ	162
5.4.9 ระบบระบายน้ำฝน	164
5.4.10 ระบบแก๊สทางการแพทย์	164
5.4.11 ระบบไฟฟ้า	174
5.4.12 ระบบโทรศัพท์	179
5.4.13 ระบบแจ้งเพลิงไหม้	180
5.4.14 ระบบป้องกันฟ้าผ่า	185
5.4.15 ระบบเสอาอากาศวิทยุ-โทรทัศน์รวม	187
5.4.16 ระบบเสียง	188
5.4.17 ระบบเรียกพยาบาล	188
5.4.18 ระบบไอน้ำและระบบน้ำร้อน	189
5.4.19 ระบบลิฟต์	190
5.4.20 ระบบท่อส่งเอกสาร	195
บทที่ 6 สรุปผลงานออกแบบสถาปัตยกรรม	
6.1 แนวความคิดในการออกแบบสถาปัตยกรรม	196
6.2 ผลงานออกแบบสถาปัตยกรรมและหุ่นจำลอง	197
บรรณานุกรม	209
ภาคผนวก	
-ประวัติจิตเวชบำบัดในประเทศไทย	210
-พฤติกรรมผิดปกติที่มีผลต่อสุขภาพจิต	211
-การแบ่งอาการของความผิดปกติทางจิต	217
-การตรวจและรักษาผู้ป่วยทางจิต	219
-การรักษาผู้ป่วยทางจิต	220
-การบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์	222
-แบบจำลองการรักษาทางกิจกรรมบำบัด	224

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

	หน้า
-การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยกิจกรรมบำบัด	226
-เครื่องมือของการรักษาทางกิจกรรมบำบัด	227
-กิจกรรมบำบัด	231
-งานอาชีพบำบัด	233
ข้อมูลประกอบการออกแบบ	
-การระบายอากาศ	235
-แสงสว่าง	235
-สีในโรงพยาบาลจิตเวช	235
-รายละเอียดด้านการตกแต่งภายใน	240
-รายละเอียดด้านภูมิสถาปัตยกรรม	242
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบโครงการ	
-กฎกระทรวงออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541	243
-กฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2541) ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541	245
-กฎกระทรวงฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2541) ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541	248
-กฎกระทรวงฉบับที่ 33 (พ.ศ. 2535) พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522	268
-กฎกระทรวงฉบับที่ 55 (พ.ศ. 2543) ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522	278
-พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504	284
-สารความรู้เกี่ยวกับการบริหาร โรงพยาบาล	288

บทที่ 1

บทนำ

โครงการ โรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดกรุงเทพมหานคร (รัฐบาล ขนาด 200 เตียง) PSYCHIATRIC HOSPITAL BANGKOK (200 UNIT)

1.1 ความเป็นมาของโครงการ

มนุษย์ในปัจจุบันนี้ ต้องเผชิญกับปัญหาสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ซับซ้อนและยุ่งยากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตในสังคมไทยเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยในปีพ.ศ. 2550 มีจำนวนสูงถึงกว่า 12 ล้านคน ผู้คนไม่น้อยที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำรงชีวิตอันอาจทำให้มีความเครียด มีความเบี่ยงเบนของสุขภาพจิต หดหู่ คั่งแค้น คุ้มคั่ง ประกอบกับสังคมไทยในปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับเรื่องปัญหาสุขภาพจิตไม่มากนักจึงทำให้เกิดช่องว่างของผู้ที่ต้องการการรักษากับความเข้าใจสภาพที่บุคคลนั้นเผชิญ ความเหมาะสมของสถานบำบัดรักษา ตลอดจนทัศนคติของคนในสังคมที่จะให้ความเข้าใจว่าสิ่งผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นกับคนๆ นั้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นทั่วไปและควร ได้รับการรักษาให้หาย หรือควบคุมให้บุคคลนั้นได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกัน ไม่ให้มีการกระทำที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ทำให้สังคมได้ตระหนักว่า โรคจิตเภทเกิดขึ้นได้กับทุกช่วงอายุและทุกอาชีพ โดยเฉพาะคนวัยทำงานซึ่งเสี่ยงต่อความเครียด

สำหรับสถิติผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยพบผู้ป่วยอาการทางจิตทั่วประเทศสูงถึง 2,067 คน ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ผู้ป่วยในกรุงเทพฯ พบสูงถึงประมาณ 3,500 คน ต่อประชากรแสนคน โดยอาการที่พบอันดับ 1 คือ โรคเครียด รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า และอาการทางจิตอื่นๆ อาทิ โรควิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งนี้ถือเป็นทางเลือกใหม่สำหรับสังคมที่วุ่นวายและเสี่ยงต่ออาการป่วยทางจิต ทั้งโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การรักษาหลายรูปแบบ อาทิ การให้ยา การให้คำปรึกษาและการบำบัดแบบต่างๆ ทั้งจิตบำบัดแบบรายบุคคล หรือรายกลุ่ม พฤติกรรมบำบัด ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่พบแพทย์มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง โดยผู้ใหญ่ ร้อยละ 5-7 มีปัญหาจิตเวชที่รุนแรง และเด็กพบถึงร้อยละ 5-9 อีกทั้งปัญหาสุขภาพจิตยังทำให้เกิดโรคที่ก่อภาระทุกด้านเป็นอันดับสี่ใน โลก และจะเลื่อนขึ้นเป็นอันดับสองในปี พ.ศ.2563 โดยโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุดในปีงบประมาณ 2549 คือ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6,907 คน รองลงมา คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 6,581 คน และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 4,057 คน ส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาโรคทางจิตแบบเป็นครั้งคราว นั้น ในปี 2549 มีผู้เข้ารับคำปรึกษาและรักษาพยาบาลทั่วประเทศ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จำนวน 965,150 คน ดังนั้น การจัดตั้งโรงพยาบาลจิตเวชแห่งนี้เพื่อดำเนินการรักษาผู้ป่วยเฉพาะทาง ให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการเพื่อประโยชน์ทางสังคม ทั้งในตัวเมืองหลวงอย่างกรุงเทพมหานครนั้นมีความหนาแน่นของจำนวนประชากรสูง ย่อมมีสถานะการต่อสู้เพื่อความอยู่รอดทำให้มีอัตราของผู้ป่วยทางจิตเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลจิตเวช จึงจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับและช่วยแก้ปัญหาเพื่อพัฒนาสังคมให้เหมาะสมกับปัจจุบัน

1.2 นิยามคำศัพท์

มีปัญหาสุขภาพจิต และ จิตเวช หมายถึง บุคคลที่รู้สึกไม่สุขสบาย ขาดความสามารถ ในการจัดการกับความเครียดจนอาจเป็นผลให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางความคิด พฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก

จิตเวช คือการรักษาด้านต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยทางจิต

สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ดี ทั้งมีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นและดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวก อย่างสุขสบาย รวมถึงการตอบสนองความสามารถของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ คำว่า สุขภาพจิต มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ความปราศจาก อาการของ โรคประสาทและ โรคจิตเท่านั้น จะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตเกี่ยวข้อง กับการนึกคิด ความรู้สึก และการกระทำของบุคคล ในบางครั้งผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติอาจจะมี สุขภาพดีขึ้นหรือเลวลงก็ได้ คนที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับคนอื่น ๆ ได้ดี แม้บางครั้งอาจขัดแย้งหรือมีอาการ โกรธหรือมีปัญหาชีวิต แต่คนๆ นั้นก็สามารถปรับอารมณ์ และสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดีโดยไม่เสียสุขภาพจิตใจ จึงกล่าวได้ว่าสุขภาพจิต ก็คือความมั่นคงทางใจนั่นเอง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

โรคจิตเวช ที่มีอาการรุนแรงมี ๓ ประเภท ได้แก่

- โรคจิตเภท
- โรคซึมเศร้า
- โรคอารมณ์แปรปรวน

โรคจิตเภท ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นอย่างน้อย ๑ เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือ สารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

โรคซึมเศร้า ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

โรคอารมณ์แปรปรวน ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของอารมณ์ เป็นสำคัญ อารมณ์ที่แปรปรวนผิดปกตินั้นอาจเป็นอาการเศร้าหรือมีอารมณ์รื่นเริงสนุกสนาน ผิดปกติ และไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

โรคจิต (psychosis)

คือ กลุ่มโรคชนิดหนึ่งที่มีอาการหลัก 3 ข้อ ดังนี้

1. แยกไม่ได้ระหว่าง ความจริง กับ สิ่งที่เกิด (Out of reality) ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยโรคจิตคนหนึ่งคิดว่า ถูกมนุษย์ต่างดาวฝังเครื่องส่งสัญญาณไว้ในหัวและนำครอบครัวของผู้ป่วยทิ้งไปหมดแล้ว พ่อแม่ที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยตอนนี้เป็นมนุษย์ต่างดาวปลอมตัวมา หรือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีสัมพันธ์กับบุคคลดังทั้งที่ความจริงตนไม่เคยรู้จักคนดังนั้นๆเลย

2. มีภาวะรับรู้สิ่งแวดล้อมผิดปกติ (Hallucination) เช่น ได้ยินเสียงที่ไม่มีจริง เห็นภาพที่ตนไม่เห็น

3. มีพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด (Disorganized behaviour) เช่น เดินแก้ผ้า ปีนเสาไฟฟ้า

อาการเหล่านี้ ถ้าเป็น โรคจิตควรมีทุกข้อ แต่มีบางข้อเช่นข้อ 2 ก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคจิต เช่นกัน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สาเหตุของโรคจิต

มีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคจิต แต่ไม่อาจสรุปได้ชัดว่าปัจจัยใดสำคัญที่สุด เช่น

1. ปัจจัยทางกายภาพ เช่น สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) มีการทำงานเปลี่ยนแปลงไป โดยสารหลักที่เชื่อกันในปัจจุบันว่าเป็นเหตุที่ทำให้เกิดอาการของโรคจิตคือ Dopamine และ Serotonin โดยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณ และ การทำงานของสารเหล่านี้

2. ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัว ที่มีอาการของโรคจิต มีโอกาสเกิดโรคจิตได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียดรุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตได้

การรักษาโรคจิต

ปัจจุบันมีวิวัฒนาการทางการรักษาก้าวหน้าขึ้นมาก พบว่า การรักษาโรคจิตได้มีการพัฒนาขึ้นไปด้วยต่างจากเมื่อร้อยกว่าปีก่อนที่เข้าใจว่าโรคจิตคือการถูกไสยศาสตร์ และได้มีการรักษาโดยหมอผีหรือคนทรง แต่ในปัจจุบันการรักษามีทั้งการใช้ยาซึ่งมีประสิทธิภาพดีมาก การทำจิตบำบัดและการรักษาโดยปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการรักษาเหล่านี้ต้องใช้ร่วมกัน การใช้หรือการรักษาเพียงบางอย่างไม่อาจให้ผลดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งการรักษาเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์คอยดูแลเนื่องจากการกินยาเองอาจเกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายได้

โรคประสาท (neurosis)

เป็นความผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่งที่ไม่รุนแรง แสดงอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้จิตใจแปรปรวน อ่อนไหวง่าย มักมีความรู้สึกไม่สบายใจวิตกกังวลอยู่เสมอ ไม่สามารถควบคุมความรู้สึก อารมณ์หรือพฤติกรรมให้เหมือนเดิมได้ อาการทางกายภาพแสดงออกได้หลายรูปแบบ

ลักษณะสำคัญของโรคประสาท

1. เกิดขึ้นฉับพลัน มักทราบว่าอาการเกิดขึ้นเมื่อใด ก่อนเกิดอาการมักมีสาเหตุที่กระตุ้นเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความกระทบกระเทือนทางอารมณ์ เช่น การตาย ฯลฯ
2. เป็นความแปรปรวนชนิดอ่อน ส่วนมากยังทำงานหรือเข้าสังคมได้แต่สมรรถภาพไม่ดีเท่าที่ควร
3. บุคลิกภาพไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก
4. อยู่ในสภาพของความเป็นจริงและคงสภาพตัวเองได้
5. รู้ตัวว่าไม่สบาย กังวลผิดปกติ ตามลักษณะอาการ

ประเภทของโรคประสาทตามลักษณะอาการ

1. **ชนิดวิตกกังวล** มีอาการวิตกกังวลเป็นสำคัญ ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่สมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีอาการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ใจสั่น อาจตัวร้อน ซาเป็นแถบ ๆ หายใจไม่อิ่ม เบื่ออาหาร มีเหงื่อออกตามมือและเท้า ก่อนหลับมีอาการสะดุ้งคล้ายตกเหว
2. **ชนิดฮิสทีเรีย** เกิดจากความขัดแย้งทางจิตใจหรือความวิตกกังวลได้เปลี่ยนเป็นอาการทางกายที่เกี่ยวกับระบบความรู้สึกหรือส่วนของร่างกายที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ ตรวจไม่พบอาการผิดปกติ ลักษณะสำคัญ คือ มีบุคลิกภาพฮิสทีเรียมาก่อน เข้าอารมณ์ หลงตัวเอง มีปัญหาทางเพศมาเกี่ยวข้อง ไม่สนใจอาการที่เกิดขึ้น มีความโน้มเอียงที่จะเรียกร้องความสนใจจากคนอื่น และมีลักษณะชักงู่ง่าย
3. **ชนิดหวาดกลัว** มีความกลัวอย่างรุนแรง โดยไม่มีสาเหตุ อาการหวาดกลัวแสดงออกในรูปการเป็นลม อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ และอาการหายไปเมื่อพ้นสภาพการณ์สิ่งทีกลัวมักได้แก่ กลัวการอยู่ตามลำพัง กลัวสถานการณ์บางอย่าง กลัววัตถุ กลัวกิจกรรม
4. **ชนิดย้ำคิดย้ำทำ** เกิดจากสภาวะที่ความวิตกกังวล ถูกแก้ไขด้วยการคิด หรือการกระทำบางอย่างซ้ำๆกัน โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5. ชนิดซึมเศร้า เป็นความแปรปรวนซึ่งมักเกิดจากความขัดแย้งภายในใจ หรือเหตุการณ์เกี่ยวกับการสูญเสีย ทำให้มีความรู้สึกเศร้า ขาดความสนใจ ความคิดช้า เคลื่อนไหวช้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ฯลฯ

6. ชนิดతోแท้ อาการมีหลายแบบส่วนมากเป็นแบบతోแท้ใจ หดแรงแรง ไม่แจ่มใส นอนไม่หลับ

7. ชนิดบุคลิกภาพแตกแยก จะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย บุคลิกภาพตนเองเปลี่ยนแปลง รู้สึกสับสน ไม่รู้ตัวเองเป็นใคร ไม่มีตัวตนที่แท้จริง ฯลฯ

8. ชนิดฮัยโปคอนดริคัล มีความวุ่นวายเกี่ยวกับร่างกายและย่ำคิดเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง โดยที่ร่างกายอยู่ในสภาพปกติเหมือนคนทั่วไป

1.3 วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เป็นสถานที่บำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิต และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต
2. เพื่อสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษา และมีสถานบำบัดมากขึ้น
3. เป็นสถานที่ให้คำปรึกษาประเมินสภาพทางจิตก่อนการรักษา มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้นแต่เข้ารับการบำบัดรักษาน้อย จากผลการสำรวจในประเทศไทยปัจจุบันมีผู้ป่วยกว่า 7 ล้านคนแต่เข้ารับการบำบัดไม่ถึงร้อยละ 20
4. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และทำที่ต่อผู้ป่วยในทางบวก
5. ป้องกันผู้ป่วยเรื้อรังอันเนื่องมาจากขาดการเข้าถึงการบำบัด
6. สังคมยังขาดความเข้าใจเรื่องผู้ป่วยทางจิต ซึ่งมีความแตกต่างกับผู้ป่วยทางกายอย่างมาก และมีผลในการแสดงออกทางพฤติกรรมให้เห็น ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์อาการผิดปกติเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาให้ถูกต้อง
7. ส่งเสริมปรับปรุง เสริมสร้าง และคุ้มครองสิทธิผู้ที่มมีอาการผิดปกติทางจิต ให้ได้รับการบำบัดรักษาให้หายหรือดีขึ้น
8. การนำแนวทางใหม่มาใช้ในการบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพจิตให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดี และให้การยอมรับผู้ที่มีปัญหาและโรคทางจิต
9. การเสริมศักยภาพและสมรรถนะเพื่อพัฒนาวิชาการ โดยเน้นความเป็นเลิศ คำนึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

10. การเสริมศักยภาพและสมรรถนะเพื่อการพัฒนาการบริการผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะโรคเฉพาะด้านและเฉพาะกลุ่ม

1.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษาโครงการ

1. ศึกษาวิเคราะห์และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงานองค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

2. ศึกษาอาคารที่ออกแบบมาเพื่อตอบสนองและก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะผ่อนคลายสำหรับสถานที่นั้น รวมไปถึงการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมรอบข้างให้งานสถาปัตยกรรมไม่ขัดต่อสภาพแวดล้อมและมีความเหมาะสมกับการใช้งาน

3. การศึกษาถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาอาคารที่อาจส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงความปลอดภัยภายในอาคารที่มีการเข้าถึงได้โดยง่าย ทั้งการระบายอากาศต่างๆ

4. ศึกษาการออกแบบอาคารให้ตอบสนองต่อฟังก์ชันและความต้องการในการบำบัดรักษาผู้ป่วย วิธีการรักษาและเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อประโยชน์ของผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างเต็มประสิทธิภาพ

1.5 ขอบเขตการศึกษาโครงการ

เป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชและให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับบุคคลทั่วไปในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ประชาชน โดยเชื่อมโยงกับเครือข่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และเป็นโรงพยาบาลขนาดห้องพักรักษาผู้ป่วย 200 เตียง ซึ่งเป็นจำนวนอยู่ในระดับกลางและตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการบำบัดรักษาเพื่อสนองประโยชน์ต่อผู้ป่วยเฉพาะทางในเมืองหลวงและบุคคลทั่วไปให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1. ศึกษาความเป็นมาและความเป็นไปได้ของโครงการ กฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบโครงการ เทศบัญญัติต่างๆ

2. ศึกษาค้นคว้าเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป รวมไปถึงข้อมูลเชิงสถิติรายละเอียดต่างๆ สภาพแวดล้อมรอบๆโครงการที่มีผลต่องานสถาปัตยกรรม

3. ศึกษาสภาพที่ตั้งและความเหมาะสมของโครงการที่มีต่อสภาพแวดล้อม สังคม และชุมชนในบริเวณนั้น

4. ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับใช้ในงานสถาปัตยกรรมให้ตอบสนองต่อผู้ใช้สอยให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งาน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5. การศึกษาอาคารตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ โครงการ เพื่อเป็นตัวอย่างในการศึกษาถึงข้อดีหรือข้อเสียต่างๆที่เกิดจากการปฏิบัติจริง

6. การศึกษางานระบบที่เกี่ยวข้องกับอาคาร การวางตำแหน่งให้เหมาะสมและศึกษาถึงระบบเฉพาะของโรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจากเป็น โรงพยาบาลเฉพาะทาง

7. ศึกษาแนวความคิดในการออกแบบและเหตุผลต่างๆทางสถาปัตยกรรมที่มีผลต่อการออกแบบ

1.6 องค์ประกอบของโครงการ

1.6.1 ส่วนบริการ

- สำนักงานธุรการ
- สำนักงานผู้บริหารระดับสูง
- สำนักงานฝ่ายการเงินการคลัง
- ห้องประชุมผู้บริหารและห้องประชุมทั่วไป
- ส่วนประชาสัมพันธ์

1.6.2 ส่วนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

- OPD
- ห้องตรวจและรักษา
- ศูนย์ X-RAY, X-RAY ทั่วไป, X-RAY สมออง, CT Scan, MRI
- ห้องตรวจคลื่นสมอง
- ห้องช็อตไฟฟ้า
- ศิลปะบำบัด
- ดนตรีบำบัด
- แผนกจ่ายยา (เภสัชกรรม) จ่ายยา รับยา ปรุงยา
- แผนกการเงิน
- ห้องควบคุมและกักบริเวณ
- แลปตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ
- คลินิกพิเศษ ปรึกษาปัญหาจิตเวช
- งานบำบัดพิเศษ
- งานจิตเวชฉุกเฉิน
- งานสุขภาพจิตศึกษา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1.6.3 หอพักผู้ป่วยในจำนวน 200 เตียง

- ห้องพักพิเศษ
- ห้องพักคู่
- ห้องพักรวม
- ส่วนพยาบาล
- เคาน์เตอร์พยาบาล
- ห้องพักพยาบาลและแพทย์
- ห้องเก็บยา
- ห้องสุขา
- อื่นๆ

1.6.4 ส่วนบำบัดและรักษา

- ห้องกิจกรรมบำบัด
- ห้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต
- ลานกิจกรรมสันทนาการผู้ป่วย

1.6.5 ส่วนบริการสาธารณและซ่อมบำรุง

- ห้องอาหารแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วย
- ห้องสมุดแพทย์ทั่วไป
- ห้องครัวและห้องซักรีด
- ห้องเครื่อง
- ห้องเครื่องระบบปรับอากาศ
- ห้องเครื่องระบบไฟฟ้า
- ห้องเครื่องระบบสุขาภิบาล
- ห้องซ่อมบำรุงรักษาต่างๆ เครื่องมือ, เฟอร์นิเจอร์, อาคารสถานที่ และอื่นๆ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทที่ 2

การศึกษารายละเอียดของโครงการ

2.1 การกำหนดโครงการ

โครงการจิตเวชสถานเป็นโครงการที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นสถานที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการระดับตติยภูมิ ซึ่งแพทย์มีความเห็นว่ามี ความจำเป็นที่จะต้องทำการรักษาและพักฟื้นในสถานบำบัด และเนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบัน ส่งผลให้มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคจิต แต่สถานบำบัดผู้ป่วยโรคจิตของกระทรวง สาธารณะสุขมีเพียง 14 แห่งทั่วประเทศ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีสถานที่รองรับผู้ป่วยโรคจิต ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้อย่างเพียงพอ

จำนวนผู้ป่วยในของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2546-2548 (หน่วยนับ:ราย)

ลำดับที่	หน่วยงาน	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
1.	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	10,483	10,176	9,446
2.	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	2,545	2,906	2,731
3.	สถาบันราชานุกูล	4,889	4,815	4,285
4.	ร.พ.ศรีธัญญา	25,499	24,142	20,903
5.	ร.พ.ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	1,284	1,366	1,852
6.	ร.พ.จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	1,016	1,207	1,123
7.	ร.พ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	6,665	6,014	5,510
8.	ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	5,962	6,612	4,949
9.	ร.พ.จิตเวชเลยราชนครินทร์	978	1,046	1,241
10.	ร.พ.พระศรีมหาโพธิ์	8,000	6,753	7,350
11.	ร.พ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์	855	1,949	2,092
12.	ร.พ.จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	937	1,328	1,362
13.	ร.พ.สวนปรุง	14,387	14,523	14,683
14.	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	1,592	2,249	2069
15.	ร.พ.สวนสราญรมย์	10,998	10,558	10,226
16.	ร.พ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์	4,052	3,782	4,057
	รวม	100,142	99,426	93,929

ที่มา : รายงาน สจ.รง.2011 และ สจ.รง.201 กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่าอัตราการครองเตียงของสถานบริการผู้ป่วยแต่ละแห่ง มีอัตราค่อนข้างสูง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาไม่ได้รับการรักษาตัวในสถานบำบัดที่มีอยู่ เนื่องจากความไม่เพียงพอของจำนวนเตียงที่มารองรับจากช่วงเวลาว่างของเตียง จะเห็นได้ว่าเป็นอัตราส่วนที่น้อยและไม่เพียงพอ เมื่อดูจากสถิติของผู้ป่วยโรคจิตทั่วประเทศ ในอัตราส่วน 1:406 คนทั่วประเทศ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะไม่ได้รับการรักษาในสถานบำบัด เนื่องจากต้องรอเตียงว่างซึ่งอาจมีผลให้ระยะเวลาที่จะได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการรักษาและการรักษาหายช้าลงเป็นการเพิ่มระยะเวลาการอยู่ในสถานบำบัดเพิ่มขึ้นเป็นวงจรไป

นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2540-2544)

1. ระดับทรัพยากรจากองค์กรภาครัฐและเอกชน ทั้งภายในและภายนอกประเทศ มาสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตให้เพียงพอและนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ส่งเสริมการริเริ่มขยายและยกระดับคุณภาพของงานสุขภาพจิตในการสาธารณสุข มูลฐานให้มากขึ้นทั้งในชนบทและในเมือง
3. ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิตทั้งด้าน โครงสร้างและรูปแบบของการบริการ ทั้งในส่วนของการบริการในลักษณะที่ผสมผสานและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อตอบสนอง ต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชน

จากนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตดังกล่าวมีความสอดคล้อง กับลักษณะการจัดตั้งโครงการจิตเวชสถาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ (ปัจจุบันผู้ป่วยมีจำนวนมากกว่าที่โรงพยาบาลรับได้ทำให้โรงพยาบาลมีความแออัดจนเกินไป ซึ่งอาจทำให้การรักษาไม่ทั่วถึงทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง) และเพื่อเป็นศูนย์กลาง การให้การรักษาและบำบัดผู้ป่วยโรคจิตทางภาคเหนือเพื่อสนองนโยบายการพัฒนาประเทศ ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายที่ต้องเสียทรัพยากรบุคคลจำนวนไม่น้อยจากสาเหตุทางจิตใจ

2.2 การวิเคราะห์หาจำนวนผู้ใช้โครงการ

โครงการจิตเวชสถานมีจุดประสงค์หลักเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตในระดับตติยภูมิที่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาและพักฟื้นในสถานบำบัด รวมถึงการให้บริการด้านคำปรึกษาและการรักษาผู้ป่วยโรคจิตภายนอก ดังนั้น ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอยู่ในโครงการจะประกอบด้วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยกลุ่มเป้าหมายการให้บริการครอบคลุมจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง เพื่อความสะดวกในการบริการและเพื่อเป็นศูนย์กลางการให้บริการ

โครงการจิตเวชสถานเป็นโครงการที่ดำเนินการโดยรัฐบาล และรับผิดชอบการดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เน้นการบริการเพื่อความสะดวกสบายในการให้บริการและลดความแออัดของโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว ซึ่งปัจจุบันมีอัตราการครองเตียงอยู่ในอัตราสูงทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร

จากสัดส่วนผู้ป่วยทั่วประเทศกับจำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่ครอบคลุมในเขตภาคกลาง ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2546-2551

ปี พ.ศ.2546	คิดเป็นอัตราส่วน	40%
ปี พ.ศ.2547	คิดเป็นอัตราส่วน	40.22%
ปี พ.ศ.2548	คิดเป็นอัตราส่วน	39.33%
ปี พ.ศ.2549	คิดเป็นอัตราส่วน	38.36%
ปี พ.ศ.2550	คิดเป็นอัตราส่วน	37.93%
ปี พ.ศ.2551	คิดเป็นอัตราส่วน	35.26%

จากตารางสถิติผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศ อัตราส่วนของผู้ป่วยของกรุงเทพฯ เมื่อเทียบแล้วคิดเป็น 38.51% ของผู้ป่วยทั่วประเทศ

การประเมินผลการให้บริการสุขภาพจิตของประเทศไทย

โรงพยาบาลจิตเวชและสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ปี พ.ศ.2540-2544

การเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน โรคลมชัก ผู้ติดสารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540-2544 พบว่าอัตราผู้ป่วยที่มาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั้งในสถานบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ดังรายละเอียด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ปี (พ.ศ.)	อัตราต่อประชาชน
2540	1,998.81
2541	2,017.22
2542	1,796.45
2543	2,170.42
2544	2,200.74
เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ	3.05 ต่อปี

ที่มา : รายงาน สจ.รง.201 กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

จากการคาดการณ์ปริมาณความสามารถในการรองรับผู้ป่วยโรคจิตของกรมสุขภาพจิต พิจารณาคลุมระยะ 5 ปี โดยใช้อัตราเพิ่มลดจำนวนผู้ป่วยโรคจิตตามที่แยกประเภทของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ปี(พ.ศ.)	โรคจิตและภาวะแปรปรวน	
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
	อัตราการเพิ่ม-ลด	อัตราการเพิ่ม-ลด
	+4.2%	+3.3%
2547	2,724,167	103,347
2548	2,839,213	105,601
2549	2,904,799	113,884
2550	3,105,979	116,678
2551	3,288,656	120,345

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชภาคกลางฝั่งตะวันออกเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ

ปี (พ.ศ.)	ทั่วประเทศ	ภาคกลาง	คิดเป็นเปอร์เซ็นต์
2547	332,017	26,591	8%
2548	213,922	22,324	10.43%
2549	528,774	72,143	12.37%
2550	804,120	75,904	9.4%
2551	973,969	73,166	7.5%
รวม	2,906,803	270,128	9.54%

รวมทั้งสิ้นผู้ป่วยทั้งหมด 15,422,669 คน เฉลี่ยในระยะ 5 ปี คิดเป็นปีละ 3,084,533 คนต่อปี
พิจารณาสัดส่วนการรับบริการของผู้ป่วยในกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 9.54 ของผู้ป่วย
ทั่วประเทศไทย ดังนั้น คิดเป็น $3,084,533 \times 9.54 = 294,264$ คน

เกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข

ขนาดของโรงพยาบาล	จำนวนเตียงผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศูนย์	ประชากรทั้งเครือข่าย $\times 0.0004$
โรงพยาบาลทั่วไป	ประชากรในจังหวัด $\times 0.0008$
โรงพยาบาลชุมชน	ประชากรในอำเภอ $\times 0.0006$
รวมทั้งเครือข่าย	ประชากรทั้งเครือข่าย $\times 0.0015$

ที่มา : เกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการ

จากการพิจารณาโครงการเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งมีขอบเขต
การรับผิดชอบทั่วไปตามโรงพยาบาลทั่วไป จึงเลือกใช้ตัวแปร 0.0008 ในการคำนวณหาจำนวนเตียง
ดังนั้น ปริมาณเตียงใน โครงการเท่ากับประชากรทั้งเครือข่าย = 294,264 คน

จำนวนเตียง $294,264 \times 0.0008 = 235$ เตียง

แต่จำนวนเตียงที่เหมาะสมในการบริหารและควบคุมผู้ป่วย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตกระทรวง
สาธารณสุข อยู่ที่ 200 เตียง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การแยกผู้ป่วยสามารถแยกตามลักษณะของผู้ป่วยแยกตามสถานภาพได้ดังต่อไปนี้

-กลุ่มอายุผู้ป่วย

ช่วงอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดอยู่ในช่วง 25-44 ปี

รองลงมา คือ ช่วงวัยรุ่น 18-25 ปี

ช่วงรอยต่อระหว่างผู้ใหญ่กับวัยชรา (45-60 ปี) และวัยชรา 60 ปีขึ้นไป

ช่วงที่พบน้อยที่สุด คือ เด็ก (สาเหตุอาจมาจากการผิปรกตียังไม่รุนแรงถึงขั้นที่จะต้องเข้ารับการรักษา)

-เพศ

จากข้อมูลของ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เพศชายและเพศหญิงจะมีอัตราการเจ็บป่วยในโรคจิตแต่ละประเภทไม่เหมือนกัน เช่น โรคจิตจากพิษสุราพบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นต้น

-การศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำ อาจเพราะผู้มีการศึกษาสูงมักเข้ารับการรักษาจากคลินิกเอกชนหรือแผนกจิตเวชใน โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าที่จะเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง

-สรุป

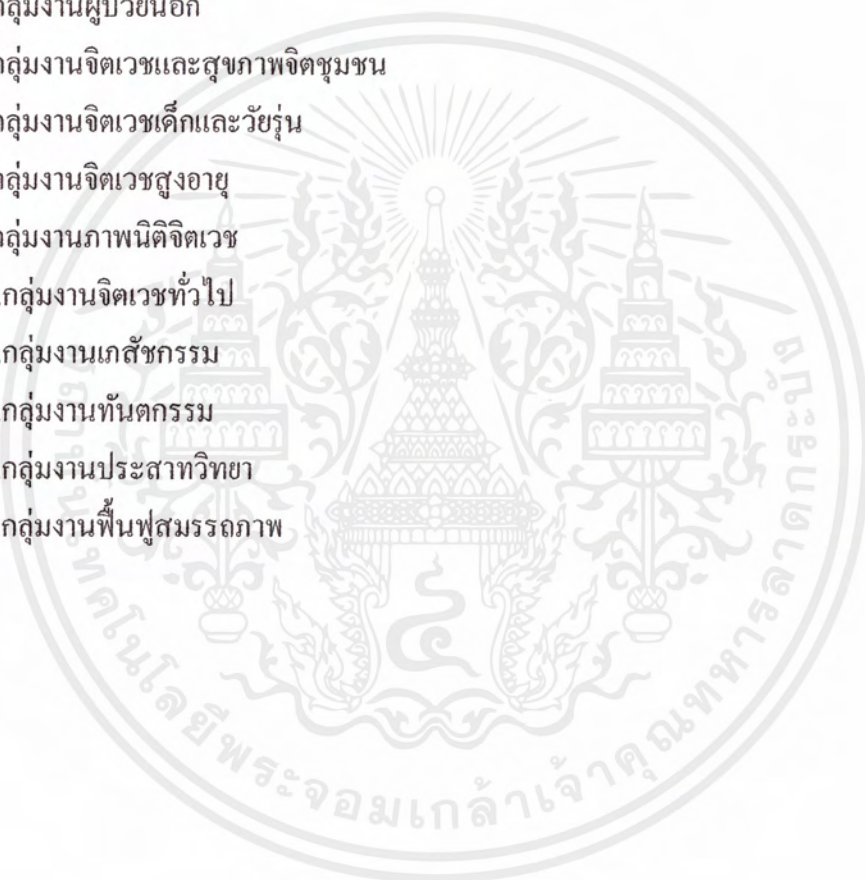
กลุ่มเป้าหมายใน โครงการจิตเวชสถาน คือ เป็นสถานที่ให้บริการทางด้านจิตเวชบำบัด และเป็นสถานบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตในอาคารระดับตติยภูมิ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.3 รายละเอียดโครงสร้างด้านการบริหาร

การแบ่งส่วนราชการของโรงพยาบาลจิตเวช (ใช้เกณฑ์การแบ่งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข) แบ่งออกเป็น 4 ฝ่าย 10 กลุ่มงาน ดังนี้

- 1.ฝ่ายบริหารทั่วไป
- 2.ฝ่ายสังคมสงเคราะห์
- 3.ฝ่ายจิตวิทยา
- 4.ฝ่ายการพยาบาล
- 5.กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
- 6.กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน
- 7.กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- 8.กลุ่มงานจิตเวชสูงอายุ
- 9.กลุ่มงานภาพนิติจิตเวช
- 10.กลุ่มงานจิตเวชทั่วไป
- 11.กลุ่มงานเภสัชกรรม
- 12.กลุ่มงานทันตกรรม
- 13.กลุ่มงานประสาทวิทยา
- 14.กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.3.1 รายละเอียดด้านการปฏิบัติหน้าที่ของฝ่ายต่างๆ มีดังต่อไปนี้

ตารางแสดงรายละเอียดด้านการปฏิบัติหน้าที่ของฝ่ายต่างๆ

ฝ่าย(กลุ่มงาน)	ประเภทงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
1.ฝ่ายบริหารทั่วไป	-งานธุรการ -งานเจ้าหน้าที่ -งานบัญชีและการเงิน -งานโภชนาการ -งานช่างและซ่อมบำรุง -งานพัสดุและครุภัณฑ์ -งานซักฟอก -งานประชาสัมพันธ์	1.ดำเนินการและจัดการด้านธุรการเกี่ยวกับหนังสือราชการของโรงพยาบาล(งานธุรการ) 2.วางแผนจัดอัตรากำลังและบริหารงานด้านบุคลากร(งานเจ้าหน้าที่) 3.บริหารจัดการเกี่ยวกับการเงินของโครงการ(งานบัญชีและการเงิน) 4.จัดหาพัสดุและครุภัณฑ์ดำเนินการจัดซื้อเบิกจ่ายและทำสัญญาจ้าง(งานพัสดุและครุภัณฑ์) 5.จัดความสะอาด บริการด้านยานพาหนะและติดต่อประสานงาน(งานช่างและซ่อมบำรุง) 6.จัดทำอาหารสามัญ อาหารพิเศษและอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค(งานโภชนาการ) 7.ทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่มห่มและเครื่องมือแพทย์(งานซักฟอก) 8.ซ่อมแซมและบำรุงครุภัณฑ์ อาคารและสถานที่(งานช่างและซ่อมบำรุง) 9.ให้ความสะดวกในการติดต่อสอบถามและประชาสัมพันธ์ โครงการสู่ชุมชน(งานประชาสัมพันธ์)
2.กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	-งานตรวจรักษาทั่วไป -งานบำบัดพิเศษ -งานจิตเวชฉุกเฉิน -งานสุขภาพจิตศึกษา	1.ให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดผู้ป่วยโรคจิตและโรคประสาท 2.ให้บริการตรวจและบำบัดฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย 3.จัดบริการพิเศษสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ คติ นิก กระตุ้นพัฒนาการของเด็กและให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาจิตเวช

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลง 120808 อย่างไม่ชอบด้วยกฎหมายหรือแจ้งถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ฝ่าย(กลุ่มงาน)	ประเภทงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
3.กลุ่มงานจิตเวช และ สุขภาพจิต ชุมชน	-งานบริการจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน -งานสุขภาพจิตผสมผสาน สาธารณสุขมูลฐาน -งานสุขภาพจิต โรงเรียน -งานส่งต่อผู้ป่วย	4.บริการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวชและโรคประสาทโดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ 1.ให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วย ทางจิตเวชในชุมชน 2.ให้บริการติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วย ในชุมชนหลังส่งตัวสู่ชุมชน 3.ให้การสนับสนุนและประสานงานสาธารณสุข มูลฐาน โดยการอบรมความรู้และนิเทศงาน 4.ให้บริการด้านการป้องกันส่งเสริมสุขภาพจิต ในระดับโรงเรียนและชุมชน 5.ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบส่งต่อ
4.กลุ่มงานจิตเวช เด็กและวัยรุ่น	-งานเร่งบำบัดรักษา -งานบำบัดรักษาระยะยาว -งานส่งเสริมและป้องกัน -งานฟื้นฟูสภาพและปรับตัว ในสังคม	1.ให้การบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น 2.ให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3.ให้การบริการส่งเสริมและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตและสภาพการปรับตัวของเด็ก และวัยรุ่น 4.นิเทศงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน เป็นต้น
5.กลุ่มงานจิตเวช สูงอายุ	-งานเร่งรัดบำบัดรักษา -งานบำบัดรักษาระยะยาว -งานบำบัด โรคแทรกซ้อน ทางกายและฟื้นฟูสมรรถภาพ -งานส่งเสริมการป้องกัน ภาวะสุขภาพจิตสูงอายุ	1.ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ 2.ให้การบริการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ 3.ให้การบริการส่งเสริมและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตผู้สูงอายุ 4.ให้การบริการส่งเสริมและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ฝ่าย(กลุ่มงาน)	ประเภทงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
6.กลุ่มงานนิติ-จิตเวช	-งานตรวจวินิจฉัย -งานตรวจสอบและติดตามผลการติดต่อประสานงาน	5.ผู้สูงอายุและบริการ ในชุมชนนิเทศ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ 1.ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้มีปัญหาทางคดีที่สงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิต 2.ร่วมดำเนินการบำบัดรักษาและติดตามผลในเรือนจำ 3.สรุปข้อมูลประสานงานและส่งผลการตรวจวินิจฉัยให้แก่พนักงานสอบสวน 4.ให้การเป็นพยานในศาล
7.กลุ่มงานจิตเวชทั่วไป	-งานแรกรับและงานเร่งบำบัด -งานบำบัดรักษาระยะยาว -งานโรคแทรกซ้อนทางกายภาพและยาเสพติด	1.ให้เร่งบำบัดรักษาเมื่อแรกเริ่มอาการของผู้ป่วยโรคจิตและโรกระบบประสาทที่รับไว้ในโครงการ 2.ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติ 3.ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายภาพและยาเสพติด 4.พัฒนาเทคนิคและวิชาการด้านการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
8.กลุ่มงานเภสัชกรรม	-งานเภสัชกรรมบริการ -งานเภสัชกรรมการผลิต -งานเภสัชกรรมวิชาการ	1.จ่ายยาให้ผู้ป่วยตามแพทย์สั่ง 2.ให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องการใช้อยา 3.จัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งการควบคุมคลังเวชภัณฑ์เพื่อให้มียาใช้ตามความต้องการ 4.ผลิตยาเพื่อใช้ในโครงการ รวมทั้งควบคุมคุณภาพของยาที่ใช้ในโครงการ
9.กลุ่มงานทันตกรรม	-งานทันตกรรมบริการ -งานทันตกรรมบริการวินิจฉัย	1.ให้บริการการตรวจรักษา และวินิจฉัยโรคภายในช่องปาก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ฝ่าย(กลุ่มงาน)	ประเภทงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
10.กลุ่มงาน- ประสาท	-งานทันตกรรมปริทันต์ -งานทันตกรรมป้องกัน และทันตสุขภาพศึกษา -งานบริการบำบัดรักษา -งานวิชาการ -งานประสาทวิทยาการ	2. ให้บริการตรวจและป้องกันโรคฟันในช่องปาก 3. ให้ความรู้ความเข้าใจและเผยแพร่ ทางทันตสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมและ ป้องกันโรคในช่องปาก 1. ตรวจรังสีวิทยา ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ การตรวจพิเศษอื่นๆเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค 2. ให้การบริการด้านวิชาการประสาทวิทยา โดยการศึกษาวิจัย การจัดประชุมอบรม และ การเผยแพร่ความรู้ทางประสาทวิทยา
11.กลุ่มงานฟื้นฟู- สมรรถภาพ	-งานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายภาพ -งานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางด้านจิตใจและสังคม -งานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางอาชีพบำบัด -งานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางชุมชน	1. ฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ สังคมของผู้ป่วยด้านจิตเวชให้อยู่ในสภาพปกติ ที่สุด 2. ให้บริการด้านฝึกหัดปรับตัวให้สามารถ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ และสามารถฝึกหัด อาชีพไว้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ 3. จัดหาการเรียนการสอน และกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้คนป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจและ ช่วยเหลือตัวเองได้ในสังคมและชุมชน 4. ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวชในสังคมอย่างครบวงจร
12.ฝ่ายสังคม- สงเคราะห์	-งานสังคมสงเคราะห์บำบัด -งานบริการทางสังคม สงเคราะห์ -งานสังคมสงเคราะห์ชุมชน	1. ให้บริการสัมภาษณ์และวินิจฉัยปัญหาสังคม ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประกอบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและผู้มีปัญหา ทางจิต 2. ให้บริการบำบัดรักษาและให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตทางสังคม 3. ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและเผยแพร่ความรู้ ทางสังคมสงเคราะห์และสุขภาพจิต

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
 ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ฝ่าย(กลุ่มงาน)	ประเภทงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
13.ฝ่ายจิตวิทยา	-งานจิตวิทยาคลินิก -งานจิตวิทยาชุมชน -งานจิตวิทยาทดลอง	4.ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเพื่อพัฒนา งานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตและจิตเวช 1.ให้บริการตรวจและทดสอบทางจิตวิทยา วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ 2.ให้บริการบำบัดรักษาทั้งจิตบำบัดและ พฤติกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยและให้คำแนะนำ ปรีกษาปัญหาทางจิตวิทยาและสุขภาพจิต แก่ผู้ป่วยและญาติ 3.ดำเนินงานด้านจิตวิทยาและสุขภาพจิตชุมชน เพื่อพัฒนางานด้านการส่งเสริมและป้องกัน สุขภาพจิตและจิตเวช 4.ศึกษาค้นคว้า และวิจัยด้านจิตวิทยา และสุขภาพจิต
14.ฝ่ายการพยาบาล	-งานบริหารการพยาบาล -งานบริการพยาบาล -งานวิชาการพยาบาล	1.กำหนดอัตรากำลังและประเภทบุคลากร ของฝ่ายการพยาบาล 2.กำหนดบทบาทและหน้าที่ของบุคลากร ในการปฏิบัติงานตามฝ่ายและตึกผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งจัดสภาพแวดล้อม ในการให้บริการ 3.นิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ 4.นิเทศงานด้านการใช้วัสดุอุปกรณ์ ทางการแพทย์และอื่นๆให้ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในด้าน ความรู้วิชาการ การทำงานและการประสานงาน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
 ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.4 รายละเอียดของโครงสร้างด้านผู้ใช้อาคาร

2.4.1 กลุ่มผู้ให้บริการ

ได้แก่บุคลากรระดับต่างๆตั้งแต่ผู้อำนวยการ โครงการ เจ้าหน้าที่ส่วนบริหาร แพทย์ พยาบาล พนักงานส่วนบริการตลอดจนนักการภารโรง

ก. หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรประเภทต่างๆ บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล สุขภาพจิตของประชาชน ตรวจและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ คือ ทีมจิตเวชซึ่งมีบุคลากรดังต่อไปนี้

ตารางแสดงหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานจิตเวชประเภทต่างๆ

บุคลากร	หน้าที่รับผิดชอบ
1. จิตแพทย์ (Psychiatrist)	เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาอาการผิดปกติทั้งการใช้ยา ทำจิตบำบัด และจิตเวชของงานกิจกรรมต่างๆเพื่อการบำบัดรักษาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละประเภท
2. นักจิตวิทยาคลินิก (Clinical Psychologist)	มีหน้าที่ทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค และเพื่อการศึกษา ปัญหาต่างๆของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการทำจิตบำบัด รายบุคคลและเป็นกลุ่ม
3. นักสังคม สงเคราะห์จิตเวช (Psychiatric Social worker)	ทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของผู้ป่วย สัมภาษณ์และจัดบันทึก ประวัติของผู้ป่วย ช่วยบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว โดยติดต่อกับสภาสังคมสงเคราะห์หรือองค์กรต่างๆที่สามารถ ให้ความช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ ยังติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อ ดูสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมอันแท้จริงของผู้ป่วย
4. นักอาชีพบำบัด (Occupational Therapist)	ทำงานประสานกับพยาบาลเพื่อจัดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล ในเวลาที่เหมาะสม โดยเลือกงานอาชีพบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ตามความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละคนในขณะนั้น
5. พยาบาลจิตเวช (Psychiatric Nurse)	เป็นผู้วางแผนการให้การพยาบาล โดยมีผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานผู้ช่วย เป็นผู้ร่วมทำงาน เป็นบุคคลที่ติดต่อกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลเปรียบเสมือนกุญแจดอกสำคัญที่มีบทบาทในการสังเกต เขียนรายงานและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อที่จะให้เจ้าหน้าที่ ในทีมจิตเวชได้ทราบถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้า ของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการรักษา

บุคลากร	หน้าที่รับผิดชอบ
6. โฆษณาการ (Dictation)	มีหน้าที่รับผิดชอบอาหารของผู้ป่วย สังเกตผู้ป่วยในขณะที่รับประทานอาหาร เพื่อสามารถจัดอาหารได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามหลักโภชนาการด้วย
7. พยาบาลสาธารณสุข (Public Health Nurse)	ทำงานเกี่ยวกับครอบครัว โรงเรียน และชุมชนในด้านสุขอนามัยต่างๆไปตลอดจนคำปรึกษาและแนะนำให้มีความรู้การป้องกันทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตของประชาชน

นอกจากบุคลากรที่ประกอบกันเป็นทีมงานจิตเวชแล้ว ยังมีบุคลากรอื่นๆที่ทำหน้าที่ในโรงพยาบาลจิตเวช

ตาราง แสดงหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรประเภทต่างๆ(ที่ไม่เป็นทีมงานจิตเวช)

บุคลากร	หน้าที่รับผิดชอบ
1. เจ้าหน้าที่ทั่วไป	มีหน้าที่จัดการเกี่ยวกับงานทั่วไปในโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านธุรการ ด้านการเงิน การบัญชี ด้านพัสดุและเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ การเก็บรวบรวมสถิติผู้ป่วย
2. แม่ครัว	มีหน้าที่จัดเตรียมและจัดส่งอาหาร ไปให้ผู้ป่วยตามที่นักโภชนาการกำหนดไว้
3. ช่างซ่อมบำรุง	มีหน้าที่ดูแลรักษาซ่อมแซมอาคาร อุปกรณ์ต่างๆภายในโรงพยาบาลให้มีสภาพดีสามารถพร้อมใช้สอยได้ตลอดเวลา
4. พนักงานซักฟอก	มีหน้าที่ดูแลทำความสะอาดผ้าภายในโรงพยาบาล ทั้งชุดผู้ป่วย ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และทำหน้าที่ฆ่าเชื้ออุปกรณ์ต่างๆของโรงพยาบาลด้วย
5. นักวิทยาศาสตร์	มีหน้าที่ดำเนินการและดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น เครื่อง X-ray เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกแก่แพทย์ในการตรวจรักษา
6. เจ้าหน้าที่การแพทย์	มีหน้าที่ในการช่วยแพทย์บำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆที่แพทย์ใช้ เช่น เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
7. นักวิชาการ	มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ต่างๆ วิธีการรักษาบำบัด เพื่อนำมาพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วย
8. ลูกจ้างทั่วไป	เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่คอยให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเพื่อคอยสอดส่องผู้ป่วยแทนแพทย์และพยาบาล และมีหน้าที่อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ข. การกำหนดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ เมื่อมีการศึกษาหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรประเภทต่างๆแล้ว จำนวนเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆจึงต้องกำหนดเพื่อความเหมาะสมสำหรับการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งสามารถศึกษากำหนดจำนวนเจ้าหน้าที่ได้ตามตาราง

ตาราง แสดงอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้างในโรงพยาบาลจิตเวช

ตำแหน่งเจ้าหน้าที่		อัตรา	หมายเหตุ
1.	แพทย์	5	เทียบเคียงจากอัตราการจัดของโรงพยาบาลศรีธัญญาในสัดส่วน 1:50
2.	พยาบาลวิชาชีพ	21	เทียบเคียงจากอัตราการจัดของโรงพยาบาลศรีธัญญาในสัดส่วน 1:12
3.	พยาบาลเทคนิค	16	เทียบเคียงจากอัตราการจัดของโรงพยาบาลศรีธัญญาในสัดส่วน 1:16
4.	เจ้าหน้าที่พยาบาล	4	เทียบเคียงจากอัตราการจัดของโรงพยาบาลศรีธัญญาในสัดส่วน 1:72.5
5.	ทันตแพทย์	1	เทียบเคียงจากอัตราการจัดของโรงพยาบาลศรีธัญญาในสัดส่วน 1:550
6.	เภสัชกร	1	เทียบเคียงจากอัตราการจัดของโรงพยาบาลศรีธัญญาในสัดส่วน 1:380
7.	นักจิตวิทยา	2	สัดส่วนนักจิตวิทยา:แพทย์= 1:3
8.	นักสังคมสงเคราะห์	3	สัดส่วนนักสังคมสงเคราะห์:แพทย์= 1:2
9.	นักอาชีวบำบัด	1	สัดส่วนนักอาชีวบำบัด:ผู้ป่วยใน= 1:1,000
10.	นักกายภาพบำบัด	1	สัดส่วนนักกายภาพบำบัด:ผู้ป่วยใน= 1:1,000
11.	เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด	3	สัดส่วนเจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด:ผู้ป่วยใน= 1:100

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.4.2 กลุ่มผู้รับบริการ

ประกอบด้วย กลุ่มผู้รับบริการที่มีอยู่เป็นประจำ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยแผนกเคย์แคร์ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน รวมทั้งญาติผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์ พยาบาลที่มาฝึกภาคปฏิบัติ และมีผู้ใช้บางกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการเป็นครั้งคราวเท่านั้น ได้แก่ อาสาสมัครที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปที่มาร่วมกิจกรรมวิชาการที่โรงพยาบาลจัดขึ้น รวมทั้งส่วนราชการ องค์กรสถาบันต่างๆที่มาติดต่อราชการ

ผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคประสาท มีความผิดปกติทางจิตใจค่อนข้างรุนแรง โดยมีความวิตกกังวล เป็นอาการหลักร่วมกับอาการทางจิต ลักษณะหลักๆ คือ

- วิตกกังวลอย่างมากโดยหาสาเหตุไม่ได้
- มีอาการชักกระตุกหรือเป็นอัมพาต
- กลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุ
- ย้ำคิดย้ำทำอยู่เสมอ แม้อันตรายแต่บังคับไม่ได้
- เศร้า โศกเสียใจเกินกว่าเหตุ กิดฆ่าตัวตาย
- อ่อนเพลีย เบื่อหน่ายทุกอย่าง หมกหมุ่นเรื่องสุขภาพตลอดเวลา

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต มีภาวะของการสูญเสียความสามารถในการทำงานของจิตใจขั้นรุนแรง ถึงระดับที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ถอยหนีไปจากความจริง

กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆคือ

- เพ้อคลั่ง เอะอะ อาละวาด ตื่นตระหนก หวาดกลัว เห็นภาพหลอน
- พูดเพ้อเจ้อ ฟุ้งซ่าน ร้องรำทำเพลง รื่นเริงโดยไม่มีสาเหตุ
- หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวงอย่างมาก
- พูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว
- เฉยเมย แยกตัวเองไม่เคลื่อนไหว ซึมเศร้า

พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิต

1. มีความผิดปกติทางความคิด
2. มีความผิดปกติทางอารมณ์

ลักษณะของผู้ป่วยโรคจิต ต้องประกอบด้วยลักษณะ 3 ประการ ประกอบกันจึงจะพิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1. Out of Reality นอกโลกของความเป็นจริง หลงผิดเป็นส่วนใหญ่ ผิดแปลกไปจากสถานะของตัวเอง

2. Personal Change มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจากสภาพปกติ ซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงไปมากหรือน้อย

3. No Insight การหยั่งรู้ตัวเอง ไม่ยอมรับว่าตัวเองป่วย

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง คือ กลุ่มยาเสพติดให้โทษ ที่มารับการรักษาเพื่อถอนยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการทางกายร่วมกับอาการทางจิตด้วย

สภาพมูลฐานทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สามารถพิจารณาแยกตามสถานภาพดังต่อไปนี้

1.อายุ

ช่วงที่มีอัตราป่วยสูงสุดอยู่ในช่วง 25-44 ปี รองลงมาคือ ช่วงวัยรุ่น ช่วงวัยระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยชรา (45-60 ปี) และวัยชรา (60 ปี ขึ้นไป) ตามลำดับ ส่วนที่พบน้อยคือ วัยเด็ก อาจจะเป็นเพราะอาการผิดปกติยังไม่รุนแรงถึงขั้นที่ต้องทำการรักษา

2.เพศ

ผู้ชายและผู้หญิงจะมีอัตราการเจ็บป่วยในโรคจิตแต่ละประเภทไม่เท่ากัน เช่น โรคจิตจากพิษสุรา โรคจิตจากซิฟิลิส จะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ส่วน โรคจิตอารมณ์เศร้าในวัยชรา จะพบในผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ป่วยชาย

3.อาชีพ

สถานประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดความเครียดมากย่อมส่งผลให้มีอัตราการป่วยสูง เช่น งานบริการต่างๆ ที่ต้องมีความรับผิดชอบ ความอดทนอดกลั้นสูง การค้าขายที่เงินทุนจำกัดหรือขาดทุนรวมทั้งไม่มีงานทำ

4.การศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาที่อยู่ในระดับต่ำ อาจเพราะผู้มีการศึกษาสูงมักเข้ารับการรักษาจากคลินิกเอกชน หรือแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าที่จะเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางการทำงานของบุคลากร

บุคลากร	08.30-12.30 น.	13.00-16.00น.	กลางคืน
จิตแพทย์	ตรวจผู้ป่วยนอก	ตรวจผู้ป่วยเคย์แคร์ , ตรวจผู้ป่วยในงานวิชาการ	อยู่เวรกลางคืน 1 คน
นักจิตวิทยา	รักษาผู้ป่วยนอก	รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล, ทดลองทางจิต,งานวิชาการ	-
นักสังคมสงเคราะห์	ประจำส่วนผู้ป่วยนอก	ประจำส่วนแผนกเคย์แคร์, งานวิชาการ,งานรวบรวม ข้อมูล สถิติ	-
นักอาชีวบำบัด	ประจำส่วนฟื้นฟู - สมรรถภาพ, จัดกลุ่ม ส่วนผู้ป่วยภายใน	ประจำส่วนแผนกเคย์แคร์	-
พยาบาลจิตเวช	ประจำส่วนผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน และรพ.กลางวัน	ประจำส่วนผู้ป่วยในและ แผนกเคย์แคร์	อยู่เวร
นักโภชนาการ	ประจำส่วน โภชนาการ, สังเกตการณ์ผู้ป่วยใน	ประจำส่วน โภชนาการ, สังเกตการณ์ผู้ป่วยใน	-
พยาบาล สาธารณสุข	ประจำส่วนผู้ป่วยนอก	ส่งเสริมสุขภาพจิตใน ชุมชน โรงเรียน และ สถานที่ประกอบการ	-

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางกิจกรรมของกลุ่มผู้รับบริการ

บุคลากร	08.30-12.30 น.	13.00-16.00น.	กลางคืน
ผู้ป่วยนอก	รับการรักษาใน ส่วน ผู้ป่วยนอก	มารับการรักษาพิเศษ ตามนัด	-
ผู้ป่วยใน	ร่วมกิจกรรมบำบัด , พักผ่อนตามความพอใจ	ร่วมกิจกรรมบำบัด , พักผ่อนตามความพอใจ	เข้า WARD
ผู้ป่วยโรงพยาบาล กลางวัน	ร่วมกิจกรรมบำบัด	ร่วมกิจกรรมบำบัด	-
ญาติผู้ป่วย	ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะ รอตรวจ	เยี่ยมผู้ป่วยใน	-
นักศึกษาแพทย์ พยาบาล	ฝึกภาคปฏิบัติ ส่วน ผู้ป่วยนอก	ฝึกภาคปฏิบัติ ส่วน ผู้ป่วยใน, ฟังคำบรรยาย	อยู่เวร
อาสาสมัคร	เยี่ยมผู้ป่วยโรงพยาบาล กลางวัน	เยี่ยมผู้ป่วยใน	-
ประชาชนทั่วไป	ร่วมกิจกรรมวิชาการ	ร่วมกิจกรรมวิชาการ	-
ส่วนราชการ องค์กรและสถาบัน ต่างๆ	ติดต่อราชการ	ติดต่อราชการ	-

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.5 รายละเอียดด้านผู้ใช้อาคาร

ผู้ใช้อาคารของโครงการ จะแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆคือ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

1.ผู้ใช้อาคารเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ซึ่งมีอัตรากำลังและการใช้อาคารในส่วนต่างๆที่แน่นอน ตามตารางต่อไปนี้

ตำแหน่ง	จำนวน		ส่วนปฏิบัติงาน		
	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	08.30-12.00น.	13.00-16.00น.	16.00-08.30น.
<u>วุฒิปริญญาตรีขึ้นไป</u>					
จิตแพทย์	6	-	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	แพทย์เวร
ทันตแพทย์	1	-	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	-
เภสัชกร	1	-	เภสัชกรรม	เภสัชกรรม	-
นักจิตวิทยา	6	-	ผู้ป่วยนอก/ใน	ผู้ป่วยนอก	-
นักสังคมสงเคราะห์	6	-	ผู้ป่วยนอก/ใน	ผู้ป่วยนอก	-
นักอาชีวบำบัด	1	-	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	-
นักวิทยาศาสตร์- การแพทย์	1	-	รักษากลาง	รักษากลาง	-
พยาบาลวิชาชีพ	24	-	ผู้ป่วยนอก/ใน	ผู้ป่วยนอก/ใน	พยาบาลเวร
นักวิชาการสุขศึกษา	1	-	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอก/ใน	-
นักสถิติ	1	-	ทะเบียน/สถิติ	ทะเบียน/สถิติ	-
เจ้าหน้าที่ระบบงาน- คอมพิวเตอร์	1	-	ทะเบียน/สถิติ	ทะเบียน/สถิติ	-
บรรณารักษ์	1	-	ห้องสมุด	ห้องสมุด	-
เจ้าหน้าที่บริหาร- งานทั่วไป	1	-	ธุรการ	ธุรการ	-
นักวิชาการเงินและ บัญชี	1	-	การเงิน/บัญชี	การเงิน/บัญชี	-
นิติกร	1	-	ผู้ป่วยนอก/ใน	ผู้ป่วยนอก	-

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตำแหน่ง	จำนวน		ส่วนปฏิบัติงาน		
	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	08.30-12.00น.	13.00-16.00น.	16.00-08.30น.
<u>ระดับอาชีวศึกษา</u>					
โภชนาการ	2	-	โภชนาการ	โภชนาการ	-
ช่างช่างเทคนิค	1	-	ตรวจพิเศษ	ตรวจพิเศษ	-
ช่างไฟฟ้า	1	-	ซ่อมบำรุง	ซ่อมบำรุง	-
ช่างอิเล็กทรอนิกส์	1	-	ซ่อมบำรุง	ซ่อมบำรุง	-
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	1	-	บันทึกข้อมูล	บันทึกข้อมูล	-
<u>ประกาศนียบัตร</u>					
<u>สาขาอื่น</u>					
ผู้ช่วยทันตแพทย์	2	-	ทันตกรรม	ทันตกรรม	-
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	3	-	เภสัชกรรม	เภสัชกรรม	-
เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์	2	-	ตรวจพิเศษ	ตรวจพิเศษ	-
พยาบาลเทคนิค	48	-	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยใน	พยาบาล
เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	2	-	ทะเบียน/สถิติ	ทะเบียน/สถิติ	-
เจ้าพนักงาน- โสตทัศนศึกษา	1	-	โสตทัศนศึกษา	โสตทัศนศึกษา	-
เจ้าพนักงานการเงิน- และบัญชี	1	-	การเงิน/บัญชี	การเงิน/บัญชี	-
เจ้าพนักงานพัสดุ	1	-	พัสดุฯ	พัสดุฯ	-
เจ้าพนักงานธุรการ	1	-	ธุรการ	ธุรการ	-
เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์	1	-	ประชาสัมพันธ์	ประชาสัมพันธ์	-
เจ้าหน้าที่รังสี- การแพทย์	1	-	ตรวจพิเศษ	ตรวจพิเศษ	-
เจ้าหน้าที่พิมพ์ดีด	1	-	ธุรการ	ธุรการ	-

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตำแหน่ง	จำนวน		ส่วนปฏิบัติงาน		
	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	08.30-12.00น.	13.00-16.00น.	16.00-08.30น.
<u>ระดับมัธยมศึกษา</u>					
ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	-	30	ผู้ป่วยนอก/ใน	ผู้ป่วยนอก/ใน	เจ้าหน้าที่เวร
<u>ไม่กำหนดคุณวุฒิ</u>					
พนักงานขับรถยนต์	-	2	ยานยนต์	ยานยนต์	-
พนักงานรับโทรศัพท์	-	2	ประชาสัมพันธ์	ประชาสัมพันธ์	-
พนักงานซักฟอกชั้น 1	-	2	ซัก-ฟอก	ซัก-ฟอก	-
พนักงานตัดเย็บผ้า	-	2	ตัดเย็บ	ตัดเย็บ	-
พนักงานรักษาพยาบาล	-	1	รักษาพยาบาล	รักษาพยาบาล	-
นักการภารโรง	-	2	ทั่วไป	ทั่วไป	-
คนงาน	-	5	ทั่วไป	ทั่วไป	-
ยาม	-	5	ทั่วไป	ทั่วไป	-
คนสวน	-	3	ทั่วไป	ทั่วไป	-
คนครัว	-	5	โภชนาการ	โภชนาการ	-
ช่างไม้ครุภัณฑ์	-	1	ซ่อมบำรุง	ซ่อมบำรุง	-
ช่างท่อ	-	1	ซ่อมบำรุง	ซ่อมบำรุง	-
ช่างปูน	-	1	ซ่อมบำรุง	ซ่อมบำรุง	-
ช่างสี	-	1	ซ่อมบำรุง	ซ่อมบำรุง	-
ช่างตัดผม	-	1	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	-
รวม	192	64			
รวม	256 คน				

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2 .ผู้ใช้อาคารเป็นผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติด ญาติผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์และพยาบาล ผู้มาติดต่อราชการ หรือดูงาน และผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล

การใช้อาคารของบุคคลเหล่านี้ จะแบ่งได้คร่าวๆตามตารางต่อไปนี้

ผู้รับบริการ	จำนวนต่อวัน	ส่วนรับบริการ		
		08.30-12.00น.	12.00-16.00น.	16.00-08.30น.
ผู้ป่วยนอก	100	ส่วนผู้ป่วยนอก	ส่วนผู้ป่วยนอก	-
ผู้ป่วยใน	150	หอผู้ป่วย OT	ส่วนฟื้นฟู สมรรถภาพ	หอผู้ป่วย
ผู้ป่วยโรงพยาบาล กลางวัน	40	ร.พ.กลางวัน	ร.พ.กลางวันOT	-
ญาติผู้ป่วย	100	ส่วนผู้ป่วยนอก	ส่วนผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย	-
นักศึกษาแพทย์และ พยาบาล	10-20	ส่วนผู้ป่วยนอก	ส่วนผู้ป่วยใน โรงพยาบาล กลางวัน OT	หอผู้ป่วย
อาสาสมัคร	40-50	ร.พ.กลางวัน	หอพักผู้ป่วย	-
ประชาชน	10-50	ร่วมกิจกรรม	ร่วมกิจกรรม	-
ส่วนราชการ องค์กร และสถาบันต่างๆ	-	ติดต่อราชการ	ติดต่อราชการ	-

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.6 รายละเอียดโครงสร้างด้านหน้าที่ใช้สอย

โครงการจิตเวชสถาน ประกอบด้วยพื้นที่ 3 ส่วนหลัก ดังนี้

1. ส่วนสาธารณะ (Public Zone) ประกอบด้วย

- ส่วนบริหาร
- ส่วนการศึกษาและวิจัยค้นคว้า

2. ส่วนกึ่งสาธารณะ (Semi- Public Zone) ประกอบด้วย

- ส่วนผู้ป่วยนอก
- ส่วนเคย์แคร์
- ส่วนรักษากลาง
- ส่วนเภสัชกร
- ส่วนฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ส่วนบริการ

3. ส่วนเฉพาะผู้ป่วย (Private Zone)

- ส่วนผู้ป่วยใน

รายละเอียดหน้าที่ใช้สอยของแต่ละส่วนมีดังนี้

2.6.1 ส่วนสาธารณะ (Public Zone) ประกอบด้วย

2.6.1.1 ส่วนบริหาร

มีหน้าที่ในการบริหารโรงพยาบาลทั้งทางด้านการธุรการและด้านการรักษาพยาบาล มีความจำเป็นที่จะต้องติดต่อกับบุคคลภายนอกและทุกๆฝ่ายในโครงการ ควรอยู่บริเวณส่วนหน้าของโครงการเพื่อความสะดวกในการติดต่อและป้องกันไม่ให้นักลภายนอกเข้ามาก่อความวุ่นวายในโครงการและควรอยู่ในที่ซึ่งสะดวกในการบริหารงาน ประกอบด้วย

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
สำนักงานผู้อำนวยการ	เป็นที่ทำงานของผู้บริหารและรองผู้อำนวยการ มีที่ทำงานของเลขานุการหน้าห้อง ต้องอยู่ในที่ซึ่งสามารถติดต่อกับบุคคลภายนอกและฝ่ายอื่นในโครงการได้สะดวก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
สำนักงานฝ่ายธุรการ	ทำหน้าที่ประสานงานในโครงการ ทางด้านธุรการ สารบรรณ และประชาสัมพันธ์ รวมทั้งทำงานด้านบุคคลและสวัสดิการด้วย แบ่งออกเป็นห้องหัวหน้าส่วน บริเวณที่ทำงานของเจ้าหน้าที่ธุรการ เคนเตอร์สำหรับบุคคลภายนอกที่มาติดต่อ และห้องเก็บเอกสาร
ห้องทำบัญชีและการเงิน	ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเงิน ค่ารักษาพยาบาล ทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย จัดการเรื่องเบิกจ่ายเงินเดือนของเจ้าหน้าที่
ห้องทะเบียนและสถิติ	ทำหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลประวัติของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ในโครงการ เป็นเสมือนตัวเชื่อมระหว่างส่วนรักษาผู้ป่วยกับส่วนบริหารโครงการ ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในส่วนผู้ป่วยใน บันทึกต่างๆ จะอยู่ที่หอผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้วบันทึกของผู้ป่วยจะกลับมาอยู่ในห้องนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคและการทำสถิติต่างๆ โดยปกติจะเก็บไว้นาน 5 ปี หลังจากนั้นจะจำหน่ายหรือถ่ายเป็น Micro Film
ห้องงานพัสดุ	ทำหน้าที่จัดซื้อแจกจ่ายพัสดุ ตลอดจนควบคุมยานพาหนะของโครงการ ดูแลทำความสะอาด
ห้องหัวหน้าพยาบาล	ทำหน้าที่บริหารและควบคุมการทำงานของพยาบาลทั้งหมด ปกครองดูแลให้ปฏิบัติงานเป็นไปอย่างถูกต้อง
ห้องทำงานเจ้าหน้าที่	เป็นห้องทำงานสำหรับด้านวิชาการและพักผ่อนสำหรับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
ห้องสมุด	ใช้เป็นที่ค้นคว้าของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ตลอดจนใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนด้วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
<p>บริเวณพักคอย ติดต่อบริเวณ</p> <p>ห้องประชุม</p>	<p>ต้องอยู่ใกล้ทางเข้าของแผนกมากที่สุด เพื่อความสะดวกในการติดต่อกับบุคคลในแผนก โดยจะเป็นบริเวณรับแขกมีเคาน์เตอร์ของพนักงานติดต่อกับคีย์บอร์ดรับบุคคลที่เข้ามาติดต่อ</p> <p>ใช้เป็นที่ประชุมเจ้าหน้าที่ระดับสูงในโครงการหรืออาจจะใช้ประชุมปรึกษาหารือ ทดสอบคนไข้ที่เห็นว่ามีความสามารถกลับบ้านได้แล้ว ห้องนี้ควรอยู่ใกล้กับห้องพักพนักงานและห้องธุรการ โดยอาจใช้ห้องพักพนักงานเป็นบริเวณพักคอยเวลาก่อนเข้าห้องประชุม ห้องนี้ควรจัดให้เป็นส่วนตัวเพื่อมิให้รบกวนการประชุมได้</p>

2.6.1.2 ส่วนการศึกษาและวิจัยค้นคว้า

แผนกนี้จะทำหน้าที่ให้การศึกษาและประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนสนใจและเข้าใจเรื่องโรคทางจิต ประสาท และอารมณ์ เป็นศูนย์กลางการให้ความรู้และส่งเสริมด้านสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งดำเนินการดังต่อไปนี้

- จัดนิทรรศการชั่วคราวเดือนละครั้ง โดยแสดงเป็นภาพแผนภูมิบรรยายเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพจิต

- จัดบรรยายและฉายภาพยนตร์สไลด์ประกอบการบรรยายโดยจิตแพทย์

- จัดคำแนะนำและให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์แก่ประชาชนทั่วไป และผู้ที่สนใจปัญหาชีวิตและปัญหาอารมณ์ต่างๆ

- จัดการบรรยายนอกสถานที่ เช่น ให้นักจิตวิทยาไปบรรยายตามสถานที่ราชการ, โรงเรียน และมหาวิทยาลัย ตามแต่โอกาสเพื่อให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ยังทำการวิจัยปัญหาสุขภาพจิต ติดตามผลการจำหน่ายผู้ป่วยว่าสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างปกติหรือไม่ ผลการรักษาเป็นเช่นใด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการบำบัดรักษาให้ถูกต้อง

ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาและวิจัยนี้จะทำให้ประชาชนเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยซึ่งไปอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข และยังสามารถเป็นส่วนที่จะช่วยให้ผู้ที่เริ่มป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทเข้ารับการรักษาตัวได้ทันที ไม่ต้องปล่อยเรื้อรังอีกต่อไป

เนื่องจากแผนกนี้ให้การศึกษาและวิจัยค้นคว้าได้ ทั้งต้องบริการประชาชนทั่วไป ดังนั้น ที่ตั้งของแผนกนี้จึงควรเห็นง่าย ชัดเจน อยู่ใกล้บริเวณทางเข้าออก มีบริเวณจอดรถ สำหรับนักเรียนและประชาชนที่จะมาเป็นหมู่คณะ ได้อย่างเพียงพอ

แผนกให้การศึกษาและวิจัยค้นคว้า ประกอบด้วย

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
บริเวณติดต่อสอบถาม	ควรอยู่ใกล้ทางเข้ามากที่สุด เห็นได้ง่ายเพื่อที่จะติดต่อได้ง่าย จัดให้มีบริเวณพักคอยให้เพียงพอ มีพนักงานต้อนรับ ให้คำแนะนำ โดยอาจจัดเป็น โต๊ะหรือเคาน์เตอร์ต้อนรับผู้เข้าชม นิทรรศการและฟังบรรยาย
ห้องทำงาน	เป็นบริเวณทำงานด้านการจัดนิทรรศการ การพิมพ์เผยแพร่ เอกสารทางด้านสุขภาพจิต ติดต่อเข้าเยี่ยมอุปกรณ์การแสดงผล นิทรรศการต่างๆ จากหน่วยงานอื่นๆตลอดจนติดต่อกับโรงเรียน มหาวิทยาลัย และสถานที่ราชการ เพื่อชักชวนให้เข้าชม นิทรรศการ บริเวณทำงานจึงต้องจัดให้เป็นสัดส่วน มีบรรยากาศ ของการทำงานเหมือนสำนักงานทั่วไป มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ ต่อคนทำงานและผู้เอกสารต่างๆ
ห้องวิจัยและค้นคว้า	ควรติดต่อกับห้องสมุด เพื่อสะดวกในการขอยืมตำราต่างๆ ตลอดจนประวัติการป่วยของผู้ป่วยจากแผนกธุรการ ใช้ในการค้นคว้าปัญหาสุขภาพจิตในท้องถิ่น ห้องวิจัย รวบรวมข้อมูลต่างๆ สรุปผล ทำสถิติ สํารวจและวิจัย เพื่อใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาและป้องกันอันจะส่งผลให้ จำนวนผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท และอารมณ์ลดลงไปได้ ห้องวิจัยและค้นคว้านี้จึงควรมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนพลุกพล่านจนทำงานไม่ได้
ห้องหัวหน้าแผนก	ควรติดต่อกับห้องอื่นๆได้สะดวก เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการบริหาร อีกทั้งยังต้องติดต่อกับบุคคลภายนอกได้ง่าย ดังนั้น ห้องนี้จึงควรอยู่ติดกับห้องทำงานของแผนก และ ส่วนทางเข้าออก มีขนาดห้องที่ใหญ่เพียงพอเพื่อการศึกษา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
ห้องแสดงนิทรรศการ	<p>และแนะนำให้ทั้งบุคคลภายนอกและคนไข้ภายในโครงการด้วย</p> <p>ต้องกว้างใหญ่เพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่เกิดความแออัด เมื่อมีคนเข้าไปเป็นจำนวนมาก และต้องมีเนื้อที่เพียงพอสำหรับแสดงงาน โดยอาจแบ่งแยกบริเวณออกเป็นหลายบริเวณได้เพื่อไม่ให้ผู้ชมเกิดความเบื่อหน่าย ควรประกอบด้วยห้องเตรียมงานและห้องเก็บอุปกรณ์ เพื่อความสะดวกในการจัดเตรียมนิทรรศการได้</p>
ห้องสมุด	<p>ควรติดต่อกับแผนกธุรการได้ง่าย เพื่อให้แพทย์และนักจิตวิทยาได้ใช้ในการค้นคว้า ในขณะที่เดียวกันบุคคลภายนอกก็สามารถเข้ามาใช้ได้ง่ายเช่นกัน ห้องสมุดควรมีบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัวและติดต่อกับส่วนแสดงนิทรรศการได้ง่าย เพราะการค้นคว้าตำรานับว่าเป็นการให้การศึกษาอย่างหนึ่ง โดยมีห้องบรรณารักษ์ที่คอยควบคุมดูแลให้ความสะดวกในการค้นคว้าอยู่ติดกัน</p>
ห้องบรรยาย	<p>เพื่อใช้ในการบรรยาย ฉายภาพยนตร์ ตลอดจนการแสดงดนตรีของคนไข้ในโครงการ หรือคนไข้จากสถาบันจิตเวชอื่นๆ ให้ประชาชนได้ชมและได้ทราบถึงสภาพอันแท้จริงของผู้ป่วยว่าไม่ได้มีความน่ารังเกียจ ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น เกิดความภูมิใจและเห็นว่าตัวเองมีความสำคัญ ไม่เป็นบุคคลที่ถูกทอดทิ้ง ทำให้ประชาชนที่เข้าชมได้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยเองก็มีความใกล้ชิดกับสังคมมากขึ้นด้วย ห้องบรรยายนี้จึงต้องประกอบด้วยห้องฉายภาพยนตร์และบริเวณพักคอย ซึ่งเป็นห้องที่ปิดมิดชิดไม่เกิดเสียงรบกวนไปภายนอก จึงต้องใช้เครื่องปรับอากาศเพื่อให้ผู้ชมรู้สึกสบายในการชม</p>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.6.2 ส่วนกึ่งสาธารณะ (Semi-Public Zone)

2.6.2.1 ส่วนผู้ป่วยนอก

ส่วนผู้ป่วยนอกของโครงการจิตเวชสถาน จะมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป คือ ในส่วนของการตรวจรักษาจะมีความสลับซับซ้อนน้อยกว่า แต่ต้องการบรรยากาศเพื่อผลทางจิตใจมากกว่า

แผนกผู้ป่วยนอกนับว่าเป็นแผนกที่มีความสำคัญมาก เพราะจะให้บริการแก่ผู้ป่วยนอก โดยไม่รับรักษาในโรงพยาบาล นอกจากบางรายที่มีความจำเป็น การบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ควรจะได้รับการสนับสนุนเต็มขีดกำลังความสามารถของโครงการ ด้วยเหตุผลที่จะให้ตรึงผู้ป่วยไว้ที่บ้าน ในชุมชนและในสภาพแวดล้อมเดิม นอกจากจะให้ผลดีด้านการบำบัดรักษาแล้วยังเป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชน ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผู้ป่วย เป็นการแบ่งเบาภาระของโครงการ ดังนั้น แผนกนี้ควรตั้งอยู่ด้านหน้าติดกับทางเข้าออกมากที่สุดเพื่อความสะดวกต่อประชาชนที่จะมาใช้บริการ และขณะเดียวกันแผนกผู้ป่วยนอกก็จำเป็นต้องอาศัยบริการจากแผนกวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด ทั้งสองแผนกจึงควรอยู่ติดกันหรือสามารถติดต่อกันได้อย่างสะดวก

บรรยากาศภายในแผนกผู้ป่วยนอก จะต้องให้ความรู้สึกเป็นกันเอง อบอุ่น และปลอดภัย แก่ผู้เคื่องรื้อนที่เข้ามาขอคำปรึกษา ธรรมชาติและภูมิสถาปัตยกรรมเป็นสิ่งที่ไม่ได้ตลอดจนแสงธรรมชาติที่ช่วยสร้างความรู้สึกสดชื่น สดใส

แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
โถงพักคอย	เป็นบริเวณที่ควรอยู่ติดต่อกับทางเข้าออก เพราะผู้ป่วยจะมานั่งพักคอย เพื่อคอยการเรียกเข้าไปทำการรักษา บริเวณนี้จึงควรเป็นที่โล่งมีที่นั่งพักคอย เมื่อเวลาที่มีผู้ป่วยมารับรักษาเป็นจำนวนมาก และมีเนื้อที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและญาติ
บริเวณติดต่อสอบถาม	อาจอยู่ร่วมกับบริเวณทำบัตรผู้ป่วยก็ได้ โดยทำเป็นเคาน์เตอร์ยาวให้ผู้ป่วยหรือบุคคลภายนอกมาติดต่อได้สะดวก สามารถเห็นได้ชัดเจนจากประตูเข้าออก ผู้ป่วยใหม่ที่มาใช้บริการจะต้องติดต่อทำบัตรผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าตรวจ ส่วนผู้ป่วยเท่านั้นก็จะมาขึ้นบัตรที่เคาน์เตอร์ แล้วคอยรับการเรียกตัวเข้าตรวจ บริเวณนี้จึงควรอยู่ติดกับห้องสถิติเพื่อสะดวกในการค้นบัตรประวัติผู้ป่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
ห้องสอบถามประวัติ	สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่จะมีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้สอบประวัติผู้ป่วย โดยอาจจะสอบถามจากตัวผู้ป่วยเองหรือจากญาติผู้ป่วยเพื่อที่จะได้ทราบมูลเหตุต่างๆที่อาจทำให้ผู้ป่วยป่วยได้อันจะเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไป ห้องนี้จึงต้องมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอกเพื่อที่ผู้ป่วยและญาติจะได้เล่าประวัติของผู้ป่วยโดยไม่ปิดบัง ห้องสอบประวัตินี้ควรอยู่ติดกับห้องแพทย์เพื่อที่จะได้ทำการตรวจได้ทันทีที่ทำประวัติเสร็จ
ห้องสถิติ	ต้องมีขนาดกว้างใหญ่เพียงพอสำหรับเก็บประวัติผู้ป่วย ซึ่งจะเก็บเอาไว้เป็นเวลา 10 ปี มีชั้นเก็บแฟ้มขยวตลอคเรียงตามอักษรชื่อผู้ป่วย ห้องสถิตินี้ควรอยู่ติดกับบริเวณทำบัตรผู้ป่วย
ห้องตรวจ	มีแยกออกเป็นห้องของจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ มีบรรยากาศและความเป็นส่วนตัว ควบคุมเสียงได้เป็นอย่างดี ไม่ให้เล็ดลอดเข้ามาหรือออกไปภายนอก เพราะผู้ป่วยต้องเล่าเรื่องเปิดเผยชีวิตตัวเองและไม่ต้องการให้ผู้อื่นได้รับรู้ ขนาดของห้องต้องไม่ใหญ่หรือเล็กเกินไปจนเกิดความอึดอัด ห้องตรวจนี้อาจแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของจิตแพทย์กับส่วนของนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ก็ได้ แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจจากจิตแพทย์เสียก่อน แล้วจึงพบกับนักจิตวิทยาและสังคมสงเคราะห์ต่อไป เมื่อมีอาการป่วยด้วยเรื่องเกี่ยวกับปัญหาทางครอบครัวหรือที่ทำงาน ซึ่งกรณีนี้อาจมีการนัดหมายจากนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์เป็นต่างหากก็ได้โดยไม่ต้องผ่านจิตแพทย์เลย
ห้องรักษา	ผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยา หรือช็อคไฟฟ้าได้ในห้องนี้ โดยอาจแยกเป็นห้องๆหรืออาจเป็นห้องใหญ่แบ่งบริเวณด้วย Partition เป็นบริเวณฉีดยาและช็อคไฟฟ้าก็ได้ ห้องนี้จึงควรเป็นห้องที่เก็บเสียงได้อย่างดีเพราะอาจเกิดเสียงจากผู้ป่วยเด็กซึ่งอาจจะรบกวนห้องอื่นได้ ภายในห้องจะมีตู้ยา,เตียง,อ่างล้างมือและ โต๊ะทำงานเล็กๆของพยาบาล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
ห้องตรวจเด็ก	มีลักษณะแตกต่างจากห้องตรวจผู้ใหญ่ เพราะวิธีการตรวจไม่เหมือนกัน เพราะโดยมากเด็กเป็นโรคทางอารมณ์มากกว่า วิธีที่จะทำให้เด็กพูดหรือเล่าเรื่องราวต่างๆต้องใช้วิธีให้เด็กเล่นของเล่นต่างๆหรือจิตแพทย์กำหนดให้เด็กเล่นเอง แล้วคอยสังเกตดูกริยาของเด็กที่ผิดปกติได้ ขนาดของห้องต้องพอเหมาะ ไม่อึดอัดจนเด็กไม่กล้าเล่น ผนังห้องอาจเป็นสีสนุกสนาน
ห้องตรวจฉุกเฉิน	เป็นห้องตรวจผู้ป่วยที่อะละโวยวายหรืออาละวาด ต้องใช้พนักงานช่วยจับมัดขยาให้สงบแล้วจึงให้จิตแพทย์ตรวจต่อไปได้ ดังนั้น ห้องนี้จึงควรแยกออกต่างหากจากบริเวณตรวจทั่วไป เพื่อมิให้รบกวนผู้อื่นหรือทำลายขวัญคนอื่นได้ ห้องตรวจนี้จำเป็นจะต้องมีบริเวณพักคอยแยกออกต่างหาก โดยเข้าจากด้านหน้าได้ทันทีซึ่งไม่ต้องผ่านบริเวณตรวจทั่วไป และสามารถเปิดใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยปิดเฉพาะส่วนฉุกเฉิน ในเวลากลางคืนมีแพทย์เวรและพยาบาลเวรประจำอยู่ โดยไม่ต้องใช้บริเวณตรวจทั่วไป ห้องตรวจฉุกเฉินต้องมีขนาดใหญ่เพียงพอในการเก็บยา ยาฉีด โดยเวลากลางคืนไม่ต้องใช้บริการจากแผนก OPD
ห้องพักพนักงาน	ใช้เป็นห้องพักแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ควรอยู่ใกล้เคียงกับทางเข้าออกของพนักงาน และติดต่อกับได้สะดวกกับแผนกผู้ป่วยนอก แผนกวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษาโรค ในขณะเดียวกันก็ควรมีความเป็นส่วนตัวเพื่อไม่ให้ถูกรบกวนได้และมีทัศนวิสัยที่ดีสามารถมองเห็นภายนอกอาคารได้ เพื่อเป็นการป้องกันการหนีของผู้ป่วยด้วย ห้องพักนี้ไม่ควรแยกออกเป็นหลายๆห้อง เพราะทีมงานจิตเวชต้องการหาความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแง่ต่างๆ ตลอดจนปัญหาของผู้ป่วยในโครงการ ภายในห้องอาจมี Pantry เล็กๆสำหรับเตรียมเครื่องดื่มหรือมีตู้หนังสือ เก้าอี้พักผ่อนต่างๆ ตามอัธยาศัย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.6.2.2 แผนกเดย์แคร์ (Day care)

แผนกเดย์แคร์เป็นหน่วยงานที่บริการผู้ป่วยในเฉพาะเวลากลางวัน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาหลายวิธี ตลอดระยะเวลาประมาณ 2 เดือน โดยทีมงานจิตเวช สืบเนื่องมาจากการบำบัดรักษาและเหตุผลทางเศรษฐกิจทำให้แผนกนี้เป็นส่วนที่สำคัญของโครงการ เพื่อกระชับช่องว่างระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สามารถให้การบำบัดรักษาที่ต่อเนื่องและยืดหยุ่นได้ตามลักษณะของอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และยังช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เขามีส่วนร่วมด้วยอย่างมีความสุข ทั้งยังเป็นทางออกอีกทางสำหรับญาติผู้ป่วยกับแพทย์ในการที่ญาติผู้ป่วยอยากให้ผู้ป่วยเข้ารักษาในโครงการหรือโรงพยาบาลอื่นๆ แต่แพทย์มีความเห็นว่าควรกลับบ้านได้แล้ว แผนกเดย์แคร์จึงเปรียบเสมือนทางผ่านของผู้ป่วยจากโครงการ ไปสู่สังคมเต็มตัว

ลักษณะของผู้ป่วยที่จะรับไว้ในแผนกนี้จะต้องเป็นผู้มีอาการทางจิตใจและทางประสาทไม่รุนแรง เช่น โรคประสาท (Neurosis) บุคลิกภาพแปรปรวน (Personal Disorder) และอาการทางกายที่มีสาเหตุจากอารมณ์และจิตใจ (Psychosomatic) มีอาการที่เด่นชัด คือ

1. วิตกกังวล นอนไม่หลับ เสรีา เหนื่อยชา แต่ไม่ถึงกับนั่งเฉย
2. ตัดสินใจทำอะไรด้วยตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งผู้อื่น
3. มีอาการย้ำคิดย้ำทำ เช่น ล้างมือแล้วล้างมืออีก ในระยะเวลาห่างกันเล็กน้อย

ผู้ป่วยพวกนี้แม้อยู่ในสังคมได้แต่ก็ไม่มีความสุขจนในที่สุดไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือแนะนำและแก้ไข นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากแผนกผู้ป่วยใน การเข้ารับการรักษาจากแผนกนี้เพื่อช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพและอื่นๆ ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อีก

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกนี้จะต้อง

1. พุดจารู้เรื่อง สามารถร่วมกิจกรรมต่างๆที่แผนกจัดขึ้นได้
2. สามารถดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านได้

ผู้ป่วยในแผนกเดย์แคร์นี้จะรับทั้งเพศชายและเพศหญิงรวมกันอายุประมาณ 16-60 ปี มีความสามารถในการกลับบ้านได้โดยมีที่พักไม่ไกลจากโครงการนัก

การดำเนินงานประกอบด้วยทีมจิตเวชและเจ้าหน้าที่อื่นๆทำงานเป็นกลุ่ม ดำเนินการจัดรายการ (Program) ต่างๆขึ้นอย่างน้อย 1 คน อาจเป็นนักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาล มีจิตแพทย์เป็นที่ปรึกษาและกำหนดหลักการ ตารางการบำบัดและยาที่ใช้ในการรักษา

รายการต่างๆจะเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของชุมชน กิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นในแต่ละรายการจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการที่จะออกไปร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนต่อไปภายหลัง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กิจกรรมดังกล่าวประกอบด้วย

- จิตบำบัดเดี่ยว(Individual Therapy)
- จิตบำบัดกลุ่ม(Group Therapy)
- การประชุมระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่(Patient –Staff Meeting)
- Milieu Therapy
- การบำบัดด้วยยา(drug Therapy)
- การบำบัดด้วยไฟฟ้า(Electro-convulsive Therapy)
- อาชีพบำบัด(Occupational Therapy)
- สันทนาการบำบัด(Recreation Therapy)

แผนกเคหะแคร์จะดำเนินการรักษาตามตารางกิจกรรมต่างๆที่จัดไว้ แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย ในช่วงเช้าก่อนการเริ่มกิจกรรมต่างๆต้องมีการอภิปรายระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ถึงแผนการการดำเนินงานในวันนั้นๆและอาจมีกิจกรรมพิเศษสอดแทรกเข้าไปด้วย เช่น การฉายภาพยนตร์ ทัศนอาจร แล้วแต่ความเหมาะสมของเวลาและสิ่งต่างๆเอื้ออำนวย

อาหารกลางวันของ โครงการจะต้องให้บริการ โดยเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจะได้ช่วยในการเตรียมและร่วมรับประทานอาหาร แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการออกไปทานอาหารข้างนอกก็สามารถทำได้เช่นกัน

ระยะเวลาของการรักษาในแผนกเคหะแคร์ประมาณ 2-3 เดือน เพราะการรักษาต้องการเวลามากเพื่อแก้ไขความรู้สึกนึกคิดจนสามารถควบคุมอารมณ์และปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้โดยไม่เกิดความเดือดร้อนอีก โดยใช้เจ้าหน้าที่กลุ่มจิตเวชมีพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดในการดูแลมากกว่าเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ที่ตั้งของแผนกเคหะแคร์ ควรอยู่ด้านหน้าและเข้าถึงได้โดยสะดวก โดยอาจแยกจากทางเข้าใหญ่ก็ได้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความกระดากอายในการเข้าๆออกๆอยู่เสมอ

บริเวณทำงานของเจ้าหน้าที่ อาจอยู่ร่วมกับแผนกอื่นๆของโครงการ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนบริเวณที่ใช้ในการบำบัดรักษา เช่น สันทนาการบำบัด (Recreation Therapy) และอาชีพบำบัด (Occupational Therapy)และกลุ่มบำบัด(Group Therapy) จะต้องเป็นบริเวณที่ยืดหยุ่นได้ สามารถปรับได้เพื่อสนองต่อกิจกรรมต่างๆที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บริเวณนี้อาจจะมีอยู่ในแผนกเคหะแคร์ หรืออาจจัดเป็นส่วนกลางเพื่อใช้ร่วมกันกับแผนกผู้ป่วยใน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แผนกเคย์แคร์ ควรประกอบด้วย

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
Group Therapy Space	เป็นห้องโล่งโล่งกว้างพอสำหรับผู้ป่วยที่จะมาใช้ในการทำกลุ่มบำบัดหรือกิจกรรมอื่นๆบริเวณนี้ควรมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง ที่ให้รู้สึกอบอุ่น ผู้ป่วยกล้าแสดงออก อันจะเป็นผลดีต่อการรักษา บริเวณนี้ควรอยู่ใกล้กับ Nurse Station และ Staff Lounge เพื่อสามารถสังเกตการณ์ได้
Nurse Station	ควรตั้งอยู่บริเวณที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ควรจัดเป็นที่เตรียมยาและเครื่องมือต่างๆโดยอยู่ใกล้กับ Record Room และบริเวณติดต่อกับทางเข้าออก
Therapy Room	ใช้เป็นห้องประชุมผู้ป่วยและทีมจิตเวชเพื่อพูดคุยและปรึกษากัน ตลอดจนเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันอาจใช้เป็นที่พักผ่อนของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บุคลากรในการชี้แจงและให้การศึกษาแก่ญาติของผู้ป่วย เพื่อประสานรอยร้าวระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ต้องจัดให้อยู่ในบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัวปราศจากสิ่งรบกวนที่มีทัศนวิสัยที่ดีและเนื้อที่เพียงพอต่อจำนวนผู้ใช้
Dining Room and Pantry	ควรจัดเป็นบริเวณที่ติดต่อกับบริเวณโถงบำบัดกลุ่มได้ง่าย โดยการแบ่งบริเวณให้เกิดความรู้สึกว่าส่วนนี้เป็นบริเวณรับประทานอาหาร ซึ่งต้องมีการระบายอากาศที่ดี มีเนื้อที่เพียงพอในการที่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่จะร่วมมือกันจัดเตรียมอาหารกันเอง บริการกันเองให้ความรู้สึกเหมือนกับว่าเป็นบ้านและเป็นครอบครัวที่อบอุ่น
Staff Office	ควรแยกเป็นห้องจิตแพทย์ หัวหน้าแผนก นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักสันตนาการ เพื่อใช้เป็นห้องทำงานและทำจิตบำบัดเดี่ยว (Individual Therapy) บรรยากาศที่ห้องต้องสดชื่น แจ่มใส ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างสบายใจ ระบายความในใจออกมาให้ทราบ อันเป็นประโยชน์ต่อการรักษาอย่างยิ่ง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.6.2.3 ส่วนรักษากลาง

เป็นส่วนให้การรักษาแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามคำสั่งแพทย์ ควรตั้งอยู่ในจุดที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ทั้ง 2 ประเภท โดยไม่เกิดความสับสนระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม

ส่วนรักษากลางประกอบด้วยส่วนสำคัญ คือ

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
ส่วนเอ็กซเรย์	สำหรับการตรวจหาความผิดปกติทางร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วย ห้องเอ็กซเรย์ ห้องมีดล้างฟิล์ม ห้องอ่านฟิล์ม และห้องเก็บฟิล์มเอ็กซเรย์
ส่วนตรวจคลื่นแสง	สำหรับการตรวจหาความผิดปกติของสมอง ประกอบด้วย ห้องตรวจคลื่นสมอง และห้องเก็บบันทึกผลการตรวจ
ส่วนที่פקเจ้าหน้าที่เทคนิค	เป็นบริเวณที่พักผ่อนของช่างเทคนิค ซึ่งปฏิบัติงานในส่วนเอ็กซเรย์ และตรวจคลื่นสมอง
ส่วนทันตกรรม	เป็นส่วนที่จำเป็นสำหรับโครงการ เพราะผู้ป่วยโรคทางจิตเวช มักขาดการดูแลตัวเอง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน ส่วนทันตกรรมจึงมีขึ้นเพื่อการบริการแก่ผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่เป็นหลัก แต่ก็ได้เปิดบริการให้ ผู้ป่วยภายนอกทั้งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยทั่วไปด้วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.6.2.4 ส่วนเภสัชกรรม

มีหน้าที่จัดหาขายสำหรับจ่ายให้ผู้ป่วยนอกและใช้สำหรับผู้ป่วยในรวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องการใช้ยา

ส่วนเภสัชกรรมประกอบด้วยส่วนสำคัญ คือ

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
เคาน์เตอร์จ่ายยาและรับเงิน	จ่ายยาให้ผู้ป่วยตามใบสั่งของแพทย์ และเก็บเงินค่ายา อยู่ในลำดับสุดท้ายของกระบวนการตรวจรักษา ควรอยู่ใกล้ห้องการเงิน
ห้องเก็บยาสำเร็จ	เป็นห้องสำหรับเก็บยาต่างๆที่ใช้ในโครงการ ห้องที่ใช้ควรมีลักษณะที่ปิดมิดชิด สามารถกันความชื้นได้ ภายในห้องมีชั้นสำหรับเก็บยาแบ่งประเภทและลักษณะของยา ควรอยู่ติดต่อกับเคาน์เตอร์จ่ายยา เพื่อความสะดวกในการให้บริการ
ห้องประกอบยา	เป็นห้องสำหรับผลิตยาที่จะนำมาใช้ในโครงการ ลักษณะของห้องควรมีการควบคุมการระบายอากาศและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี ควรอยู่ใกล้กับห้องเก็บยาเพื่อความสะดวกในการให้บริการ ควบคุมการทำงานโดยเภสัชกร
ห้องเภสัชกร	เป็นห้องพักสำหรับเภสัชกร ห้องควรมีความเป็นส่วนตัว และควรใกล้กับส่วนทำงาน ควรอยู่ใกล้เดียวกับส่วนพักผ่อนของเจ้าหน้าที่อื่น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.6.2.5 ส่วนฟื้นฟูสมรรถภาพ

เป็นส่วนที่สำหรับจัดกิจกรรม เพื่อการรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยแผนกเคย์แคร์ พื้นที่ส่วนต่างๆ สำหรับใช้ในการทำกิจกรรมบำบัดและอาชีพบำบัดต่างๆ เพื่อผลทางการบำบัดรักษา จะต้องมีความเหมาะสมกับประเภทของการทำงานต่างๆ รวมทั้งการจัดให้มีสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นสิ่งแวดล้อมหรือเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจกับการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อกิจกรรมที่ทำอยู่โดยใช้สี Mass,form,space และสภาพแวดล้อมอื่นๆ เข้ามาช่วย

ส่วนฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ คือ

แผนก(ห้อง)	หน้าที่
ส่วนอาชีพบำบัด	เป็นบริเวณสำหรับการฝึกงานอาชีพเพื่อผลทางการบำบัดรักษา ต้องเหมาะสมกับลักษณะทางวัฒนธรรมและลักษณะอาการของผู้ป่วยแต่ละคน ประกอบด้วยห้อง โถงสำหรับฝึกงาน แต่ละประเภทแยกออกจากกัน และแยกจากส่วนทำงานของนักอาชีพบำบัดและห้องสำหรับทดสอบความถนัดของผู้ป่วย
ส่วนนันทนาการบำบัด	สำหรับกิจกรรมนันทนาการเพื่อผลทางการบำบัดรักษา ประกอบด้วย โถงการจัดแสดง เวทีแสดง ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า และห้องทำงานเจ้าหน้าที่
ส่วนพักผ่อน	ประกอบด้วยร้านขายของเบ็ดเตล็ดแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.6.2.6 ส่วนบริการ

แผนกบริการนี้จะ เป็นแผนกที่ให้การสนับสนุนการบริการแก่แผนกอื่นๆทุกแผนก ดังนั้น ที่ตั้งของแผนกบริการจึงควรติดต่อกับแผนกอื่นๆได้สะดวก โดยให้มีทางบริการไม่ปะปนกับทางสัญจรอื่นๆภายในศูนย์ฯและในขณะที่เดียวกันต้องไม่ให้เกิดเสียงหรือกลิ่นควรรบกวนส่วนอื่นๆด้วย

แผนกบริการประกอบด้วย

- 1.Sterilizer & Supply
- 2.Dining & Kitchen
- 3.Laundry
- 4.Mechanical & Maintenance
- 5.Employee's Locker
- 6.Central Storage

Sterilizing & Supply หน่วยจ่ายกลางนี้ จะเป็นหน่วยที่ให้บริการแก่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและแผนกเคย์แคร์ ตลอดจนส่วนวินิจฉัยและบำบัดรักษา โดยเป็นหน่วยที่ฆ่าเชื้อโรค เครื่องมือแพทย์, ถุงมือ, เข็มฉีดยา และเสื้อผ้าจากแผนก Laundry แล้วนำส่งไปยังแผนกต่างๆต่อไป ลำตัดและผ้ากลอส ก็จะเตรียมไปจากหน่วยนี้ ดังนั้น ที่ตั้งจึงควรสามารถติดต่อกันได้สะดวก แต่ต้องระวังเรื่องกลิ่นควรร้อนเนื่องจากการฆ่าเชื้อโรคด้วย

หน่วยนี้จะประกอบด้วยห้องฆ่าเชื้อเครื่องมือต่างๆและเสื้อผ้า บริเวณทำงาน และบริเวณเก็บของ

Dining & Kitchen หน่วยโภชนาการนี้จะต้องมีที่ขนาดใหญ่พอเพียงแก่การบริการอาหารแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ตลอดจนบุคคลภายนอกที่จะมาใช้บริการชมนิทรรศการต่างๆ แต่อาจจัดให้มีครัวของร้านอาหารแยกต่างหากได้ โดยมีบุคคลภายนอกมาดำเนินการในกรณีที่ใช้ครัวรวมห้องครัวควรมีเนื้อที่ประมาณ 1 ตารางเมตรต่อเตียงผู้ป่วย 1 เตียง และถ้าเป็นครัวแยกเนื้อที่ก็จะลดลงครึ่งหนึ่ง

ห้องครัวจะจัดอาหารจากห้องเก็บอาหาร ผ่านบริเวณปรุงอาหารและไปยังบริเวณเสิร์ฟอาหาร โดยทั่วไปครัวจะประกอบด้วยห้องเก็บอาหาร ครัวแยกเก็บของเปียกออกจากของทั่วไป ห้องแม่ครัว, ตู้เย็นสำหรับเก็บเนื้อ, ผัก, ผลไม้ (อาจแยกจากกันเป็นประเภท เพราะใช้อุณหภูมิไม่เท่ากัน), ห้องล้างจานและจัดเก็บ บริเวณรับประทานอาหารควรมีเพียงพอ

สำหรับพนักงานและผู้ป่วยทั่วไป เนื้อที่ที่ต้องเพิ่มขึ้นอีก บริเวณ โภชนาการนี้ควรมีบรรยากาศที่ดี ไม่เกิดมีเสียงหรือกลิ่นรบกวนแผนกอื่นๆ

Laundry หน่วยนี้จะมีหน้าที่ในการซักรีดเสื้อผ้า, ผ้าปูที่นอน, ปลอกหมอน, เสื้อคลุม ทั้งยังซ่อมแซมเสื้อผ้าต่างๆด้วย ขนาดของห้องจะขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงผู้ป่วย, เครื่องมือที่ใช้ และเวลาการทำงานของหน่วยนี้ ซึ่งตามปกติจะต้องซักและรีดเสื้อผ้าได้ประมาณ 10-12 ปอนด์ ต่อผู้ป่วย 1 เตียง หน่วยซักรีดนี้ควรแบ่งเป็นห้องรีดผ้า, ห้องซักผ้าด้วยเครื่องซัก และอ่างสำหรับซักผ้าที่มีเล็อก, เครื่องอบและเครื่องรดผ้า, ห้องเก็บและซ่อมแซมเสื้อผ้า ตลอดจนห้องทำงานของแม่บ้าน(Housekeeper) และบริเวณจัดแยกประเภทของเสื้อผ้า ที่ตั้งของหน่วยนี้จึงควรอยู่ในที่โล่งที่มีการระบายอากาศที่ดี โดยไม่เกิดการรบกวนต่อแผนกอื่นๆ

Mechanical & Maintenance เป็นหน่วยติดตั้งเครื่องมือต่างๆที่ใช้ภายในศูนย์ฯ เช่น Boiler, Water Pump หรือเครื่องปั่นไฟฟ้าสำรอง ดังนั้น จึงควรต้องแยกห้องออกเป็นสัดส่วน เพื่อติดตั้งอุปกรณ์ต่างๆดังกล่าว โดยมีห้องทำงานของช่างเทคนิคและคนงานอื่นๆ และต้องมีบริเวณทำงานซ่อมแซมต่างๆเช่น ประปา, ไฟฟ้า อีกด้วย

เนื่องจากห้องเครื่องนี้สกปรกมีเสียงรบกวนผู้ป่วย ฉะนั้นจึงควรตั้งให้ห่างไกลจาก Ward, Day Hospital, O.P.D. และแผนกวินิจฉัยและบำบัดรักษา แต่ก็ต้องคำนึงถึงระบบท่อด้วย เพราะถ้าไกลมากเกินไปจะเกิดความสิ้นเปลืองมาก และอุปกรณ์ต่างๆเหล่านี้อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้น จึงควรมีพนักงานดูแลอย่างใกล้ชิด

สำหรับส่วนซ่อมแซมบำรุงนั้น ก็นับว่ามีความสำคัญไม่น้อย เพราะถ้าขาดการซ่อมบำรุง หน่วยงานบางอย่างอาจต้องหยุดชะงักไป ดังนั้น จึงควรจัดบริเวณให้เพียงพอสำหรับการทำงาน และควรมีห้องเก็บเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆด้วย

Employee's Locker ห้องแต่งตัวของพนักงาน เจ้าหน้าที่ เพื่อผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ในการเข้าเวรทำงาน เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์ฯเป็นไปตลอดวัน โดยอาจแยกเป็นห้องสำหรับพนักงานหญิงและชาย โดยจัดให้มีห้องน้ำและบริเวณพักผ่อนสำหรับงานได้สังสรรค์ พบปะกันบ้างตามสมควร โดยอาจมีเครื่องเช็ควเวลาการทำงานติดตั้งไว้ในแต่ละห้องด้วย โดยไม่ต้องเดินมารายงานตัวในแผนกธุรการ

Central Storage หน่วยพัสดุกลางนี้จะตั้งอยู่ใกล้กับบริเวณขนส่งของมากที่สุด เพราะสิ่งต่างๆที่ใช้ภายในศูนย์ฯจะเก็บไว้ที่นี่ เมื่อต้องการใช้ก็จะเบิกเอาไปใช้ได้ โดยจะจัดให้มีบริเวณเก็บของ ห้องทำงานของพนักงาน บริเวณตรวจรับสิ่งของ ในการวางผังจึงควรคำนึงถึงเนื้อที่ที่จะเก็บให้เพียงพอกับขนาดของศูนย์ฯ และความสะดวกในการเบิกจ่ายหรือรับของด้วย

2.6.3.1 ส่วนผู้ป่วยใน

ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงถึงขนาดไม่สามารถรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกโรงพยาบาลกลางวันได้ เนื่องจากเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน หรืออาจจะเป็นเพราะครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลรักษาร่วมกับศูนย์ฯในแผนกอื่นๆ จึงส่งมารักษาในแผนกนี้ ถ้าอาการทุเลาก็จำหน่ายออกหรือส่งต่อไปรักษา ยังแผนกโรงพยาบาลกลางวัน

ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาภายในแผนก คือ

1. Super energy out-put มีอาการรุนแรง เอะอะ คลุ้มคลั่ง พุดเพื่อเจ้อ พุดไม่หยุด เป็นลักษณะพวก Disturb Division

2. Low energy out-put มีอาการซึมเซา นั่งเฉย สงบ เป็นลักษณะ Quiet Division

3. หวาดระแวง ประสาทหลอน หูแว่ว เป็นลักษณะพวก Normal Division

ดังนั้น Ward ของผู้ป่วยจึงแบ่งออกเป็น Ward ชาย และ Ward หญิง โดยแตกต่างกันอย่างเด็ดขาด เพื่อความสะดวกในการดูแลรักษา ควบคุมความปลอดภัย โดย Ward สองประเภท จะแยกออกตามประเภทของอาการของโรคเป็น 3 พวก คือ

1. Normal Ward เป็น Ward ของผู้ป่วยที่มีอาการทางประสาทมากกว่าทางจิต คือ พวกประสาทหลอน หวาดระแวง สามารถอยู่ร่วมกันได้ในสังคม แต่อยู่อย่างไม่มีความสุข เป็นพวกที่มีอาการทางจิตน้อยที่สุด Ward พวกนี้อาจเรียก Open Ward ได้ เพราะผู้ป่วยควรมีห้องพักเป็นของตัวเอง ในลักษณะของห้องพักและโรงแรม เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีอิสระ อยู่ภายในส่วนของเขา ไม่รู้สึกว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลแต่อย่างใด ผู้ป่วยใน Ward นี้ จะไปรับการรักษาบำบัดในแผนกอาชีวบำบัด สันทนาการบำบัด หรือสัมภาษณ์พูดคุยกับแพทย์ หรือนักจิตวิทยาที่อยู่ภายนอก Ward ได้ ห้องผู้ป่วยควรเป็นห้องเดี่ยวหรือห้องคู่เท่านั้น เพื่อให้เกิด Privacy สร้างความรู้สึกที่ดีแก่ผู้ป่วยอันจะทำให้ผู้ป่วยหายป่วยได้เร็วกว่า โดยอาจให้ห้องเตียงเดี่ยว 2 ห้อง ใช้ห้องน้ำห้องเดียวกันได้

2. Quiet Ward เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากเป็นที่สองรองจากแบบแรกเป็น Ward สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสงบ นั่งเฉยซึมเศร้า ต้องการความสงบ ชอบแยกตัวออกไปจากสังคม ห้องพักผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องมีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด โดยการจัดให้อยู่ภายในห้องเตียงเดี่ยว มีการจัดห้องเหมือนกับ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ห้องพวก Normal Ward และอาจจัดให้อยู่ใกล้กันได้โดยแยกทางเข้าออกจากกัน บรรยากาศภายในห้องจึงต้องทำให้เกิดความสดชื่น แจ่มใส เพื่อช่วยมิให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้าจากที่เป็นอยู่ โดยอาจใช้สี แสงสว่างเข้าช่วย

3. Disturb Ward เป็นกลุ่มที่มีอาการเอะอะ กลุ้มคลั่ง หรือบางอาการเป็นอันตรายได้ต่อตัวเองและคนอื่น พวกนี้จะมีจำนวนน้อยกว่าสองพวกแรกโดยจะจัดห้องแยกกันต่างหากภายในควรรใช้เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอาจนำมาทำอันตรายผู้อื่นได้ หรืออาจถูกทำลายให้เสียหายได้ วัสดุบนผนังควรเป็นวัสดุที่นิ่ม เช่น ฆานอ้อย ทั้งยังช่วยป้องกันเสียงอีกด้วย หน้าต่างและประตูต้องปิดล็อกได้ ติดเหล็กป้องกันการหนีได้ ห้องน้ำของผู้ป่วยต้องแยกต่างหากไปแต่ละห้อง โดยออกแบบให้สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก แต่ต้องไม่โจ่งแจ้งจนเกินไป เครื่องสุขภัณฑ์ต้องเลือกแบบที่แข็งแรง ทนทาน ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยด้วย ที่ตั้งของ Ward นี้ต้องอยู่ใกล้ Nurse Station ให้มากที่สุด เพราะต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องแยกออกต่างหากจาก Ward ประเภทอื่น เพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนบริเวณอื่นได้

ลักษณะของส่วนผู้ป่วยในนี้ ควรแยกออกต่างหากจากบริเวณที่มีบุคคลภายนอกพลุกพล่าน ที่ตั้งควรอยู่ในที่ที่มีบรรยากาศสงบร่มรื่น ปราศจากการรบกวนจากภายนอก มีอากาศถ่ายเท มีบริเวณจัดสวนอยู่รอบด้าน มีการป้องกันการหนีของผู้ป่วยหรือป้องกันมิให้ผู้ป่วยเข้าไปพลุกพล่านในแผนกอื่น

ในเวลากลางคืน ผู้ป่วยทุกคนต้องการบริเวณหลับนอนเป็นสัดส่วนของตนเองโดยเฉพาะประกอบด้วย เตียงแบบคนปกติ โต๊ะเขียนหนังสือ ตู้เสื้อผ้า โต๊ะหัวเตียง ภายใต้การดูแลรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน ประตูห้องนอนทุกห้องต้องมีชื่อผู้ป่วยติดไว้และสามารถเปิดจากภายนอกได้สะดวกรวดเร็ว เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

ในเวลากลางวัน (Day Space) จากบริเวณที่พักหลับนอนส่วนตัวของผู้ป่วยจะต้องเชื่อมต่อกับบริเวณพักผ่อนของกลุ่มย่อย (Small Group Therapy) ประมาณ 4-8 คน ซึ่งอาจจะใช้เป็น ที่สำหรับการบำบัดรักษากลุ่มย่อยด้วย จากบริเวณนี้จะเชื่อมต่อไปยังบริเวณพักผ่อนกลาง (Common Area) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มย่อยหลายกลุ่ม มักจะจัดเป็นที่ว่างโล่งเพื่อให้สามารถดัดแปลงเนื้อที่ (Flexible) สำหรับกิจกรรมต่างๆที่จะจัดขึ้นบริเวณนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่จะนั่งทำงานคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

บริเวณต่างๆที่กล่าวมาแล้วนี้ จะต้องมิลักษณะที่บอกถึงหน้าที่ใช้สอย (Function) ของแต่ละบริเวณ (Space) อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแบ่งแยกออกกว่าบริเวณใด เป็นบริเวณส่วนตัว บริเวณใดเป็นส่วนรวม และบริเวณใดเป็นที่นอน บริเวณใดเป็นที่พักผ่อน โดยอาจใช้แสง สีลักษณะผิว (Texture) รวมทั้งเฟอร์นิเจอร์ต่างๆเป็นตัวจัดแบ่ง (Define Space) เหล่านั้นออกจากกันอย่างชัดเจน

นอกจากความสัมพันธ์ภายใน Space ต่างๆ แล้ว ผู้ป่วยจะต้องมีความสัมพันธ์กับบริเวณที่โล่งและภูมิสถาปัตยกรรม (Open Space & Landscape) ภายในศูนย์รู้จักและมีความสัมพันธ์กับโลกภายนอกด้วย จะต้องมีการบอกเวลาที่สามารถเห็นได้ง่ายชัดเจนอาจจะเป็นนาฬิกา, ปฏิทินในลักษณะต่างๆ ไป แต่ควรทำให้ดูน่าสนใจ บริเวณต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้นจะต้องออกแบบให้ยืดหยุ่นได้โดยคำนึงถึงความประหยัดเป็นพื้นฐาน การออกแบบ Space หนึ่งๆ อาจใช้หลายหน้าที่ เช่น บริเวณพักผ่อน (Small Group Space) อาจใช้เป็นที่รับประทานอาหาร พักผ่อน บันทึกลงและกิจกรรมอื่นๆ ของกลุ่มย่อย

แผนกผู้ป่วยในทางจิตเวชไม่ต้องการอุปกรณ์ทางเทคนิคเท่ากับโรคทางฝ้ายกาย มีลักษณะกึ่งบ้านที่จะต้องสอดแทรกสภาพทางสถาปัตยกรรมให้ได้บรรยากาศของบ้าน (Human Domestic Architecture) ในขนาด (Scale) ที่ใหญ่กว่าปกติ เพื่อช่วยรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยในบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่ไม่ต่างจากที่บ้านมากนัก โอกาสที่ผู้ป่วยจะหายหรือเป็นความหวังอันยิ่งยวดของแผนกนี้

สรุป แผนกผู้ป่วยในจะประกอบด้วย

1. Ward 3 ประเภท คือ Normal Ward, Quiet Ward และ Disturb Ward
2. บริเวณพักคอยติดต่อ (Waiting Area)
3. ห้องจิตแพทย์และห้องตรวจ (Psychiatrist Room)
4. ห้องพยาบาล (Nurse Station)
5. ห้องพักพยาบาล (Nurse Room)
6. ห้องบำบัดใหญ่ (Therapy Room)
7. บริเวณบำบัดใหญ่ (Common area)
8. โรงเยี่ยม ใช้ทานอาหาร และออกกำลังกายเล็กน้อย (Day Space)
9. ห้องเครื่องมือรักษา (Utility Room)
10. บริเวณสังเกตการณ์ (Observation)
11. ห้องพักผู้ป่วยป่วยด้วยโรคทางกาย (Isolation Room)
12. บริเวณเตรียมอาหาร (Pantry)
13. ห้องน้ำ
14. ห้องภารโรง (Janitor Room)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กิจวัตรของผู้ป่วยใน เป็นดังนี้

6.00น.	ตื่นนอน
7.00น.	ทานข้าว ทานยา พักผ่อน
8.30น.	กายบริหาร
9.00น.	พักผ่อนตามสบาย
9.30น.	กลุ่มสุขภาพ สอนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนตัว
10.00น.	กลุ่มประจำ Ward
11.00น.	ทานข้าว ทานยา
13.30น.	กลุ่มบำบัด
15.30น.	ทานข้าว ทานยา
17.00น.	อาบน้ำ พักผ่อน ดูโทรทัศน์
19.00น.	เข้าห้องพัก

นอกจากนี้ จะมีการจัดนันทนาการรวมของโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งจะจัดที่อาคารนันทนาการบำบัด

2.6.3.2 ส่วนห้องเก็บและชันสูตรศพ

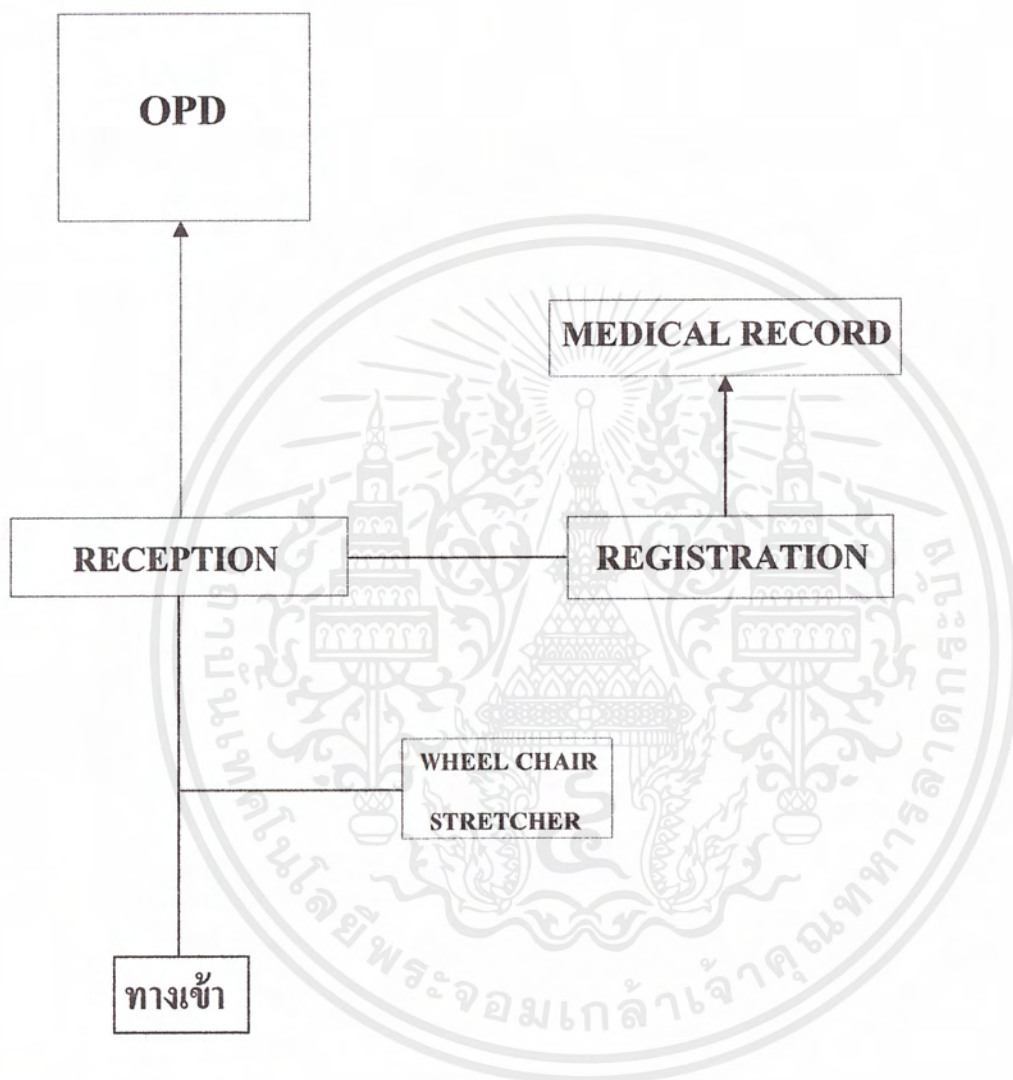
เป็นส่วนสำหรับจัดการกับศพผู้ป่วย ในกรณีที่มีการตายเกิดขึ้นซึ่งไม่พบบ่อยนัก ต้องตั้งอยู่ในส่วนที่ห่างไกลจากสายตาผู้ป่วย ประกอบด้วยส่วนสำคัญ คือ

ห้องชันสูตรศพ (autopsy) สำหรับผ่าตัด ตรวจสอบ ในกรณีที่ต้องการพิสูจน์สาเหตุของการตาย ห้องต้องปูด้วยพัสตุที่ทำความสะอาดได้ง่าย ระบายอากาศดีแต่ไม่ปะปนกับส่วนอื่น

ห้องเก็บศพ (mortuary) เป็นห้องเก็บศพ เพื่อรอญาติมาติดต่อรับศพไปทำพิธีทางศาสนา มีตู้เย็นแช่ศพ เพื่อป้องกันกลิ่นเหม็น

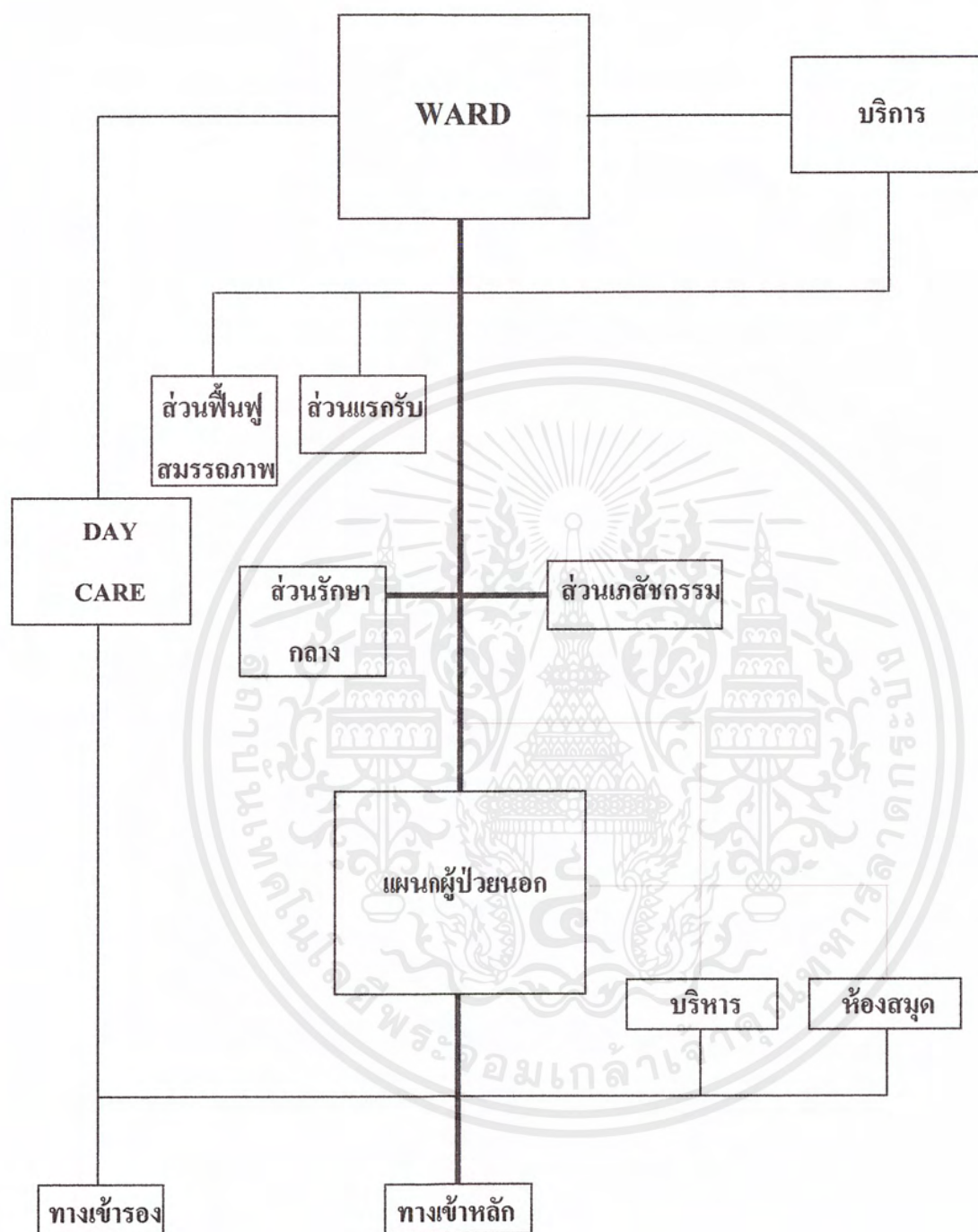
ห้องตั้งศพ (chant) เป็นส่วนตั้งศพ รดน้ำศพ และเป็นส่วนรอของญาติที่มารับศพ นอกจากนี้ยังมีห้องพนักงานรักษาศพ และห้องเก็บของสำหรับใช้ในพิธีต่างๆเกี่ยวกับศพ

2.7 แผนภูมิแสดงการสัญจรติดต่อส่วนต่างๆภายในโรงพยาบาล



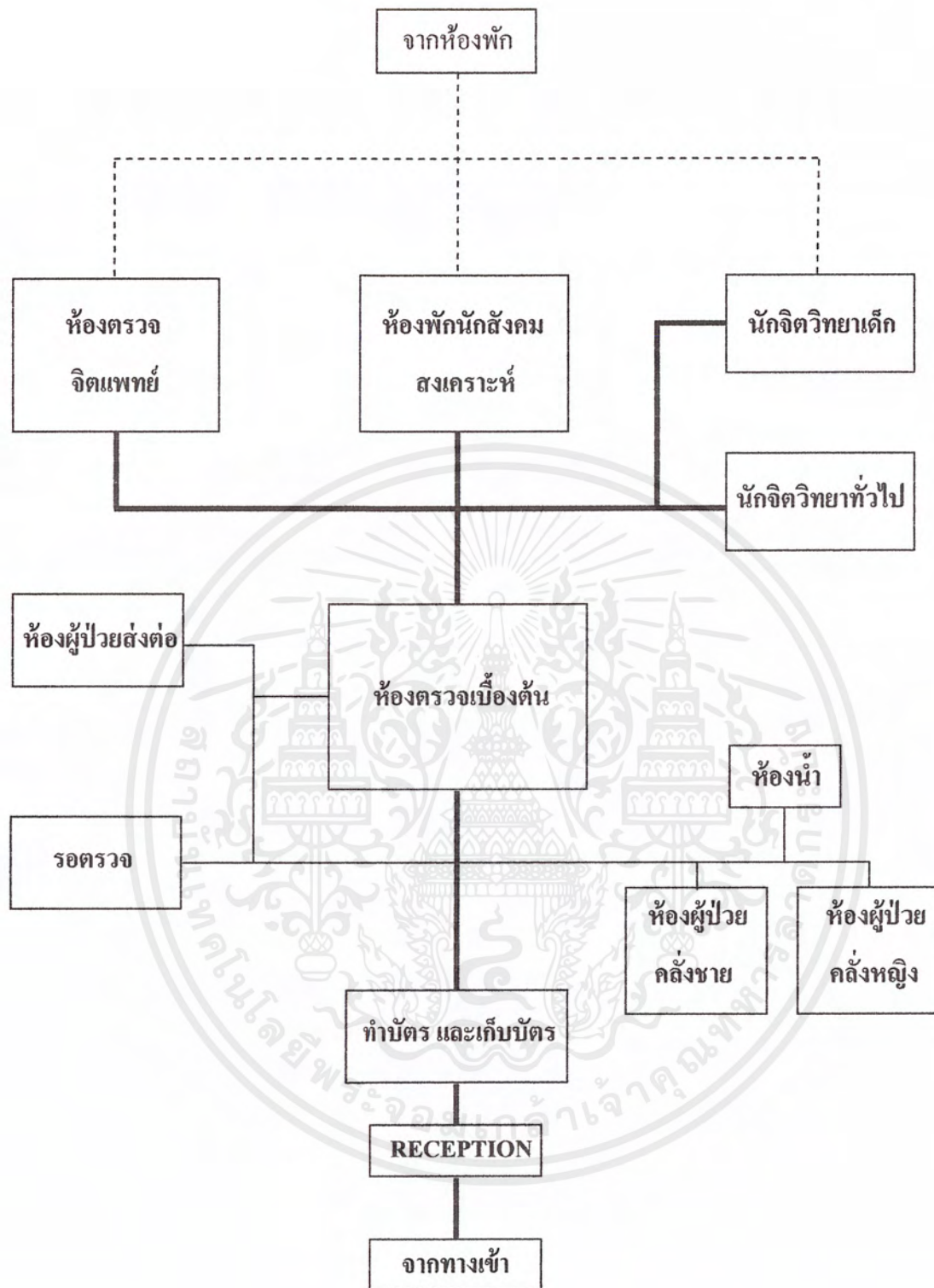
แผนภูมิที่ 2.1 เส้นทางติดต่อ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



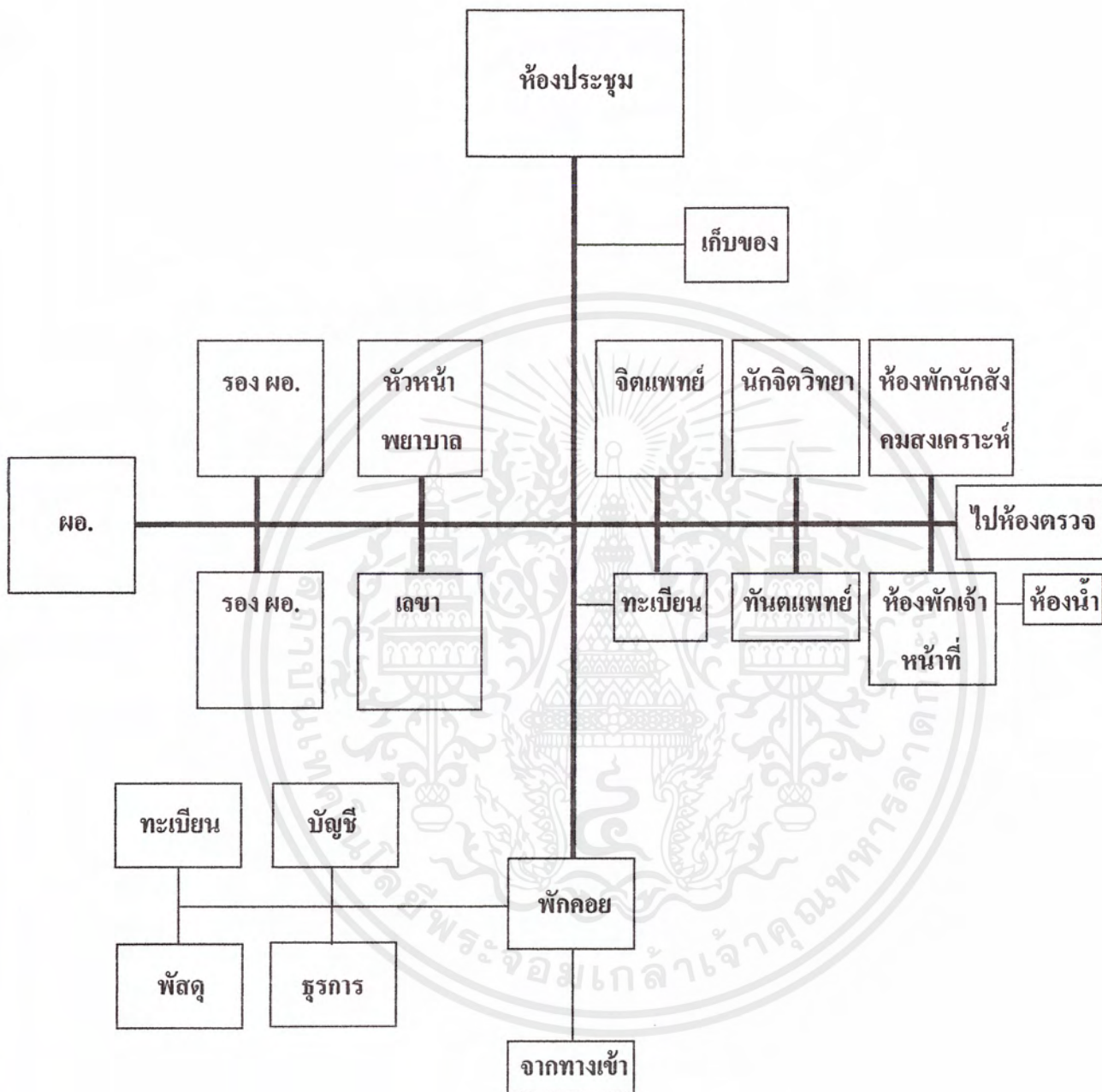
แผนภูมิที่ 2.2 FUNCTIONAL DIAGRAM

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



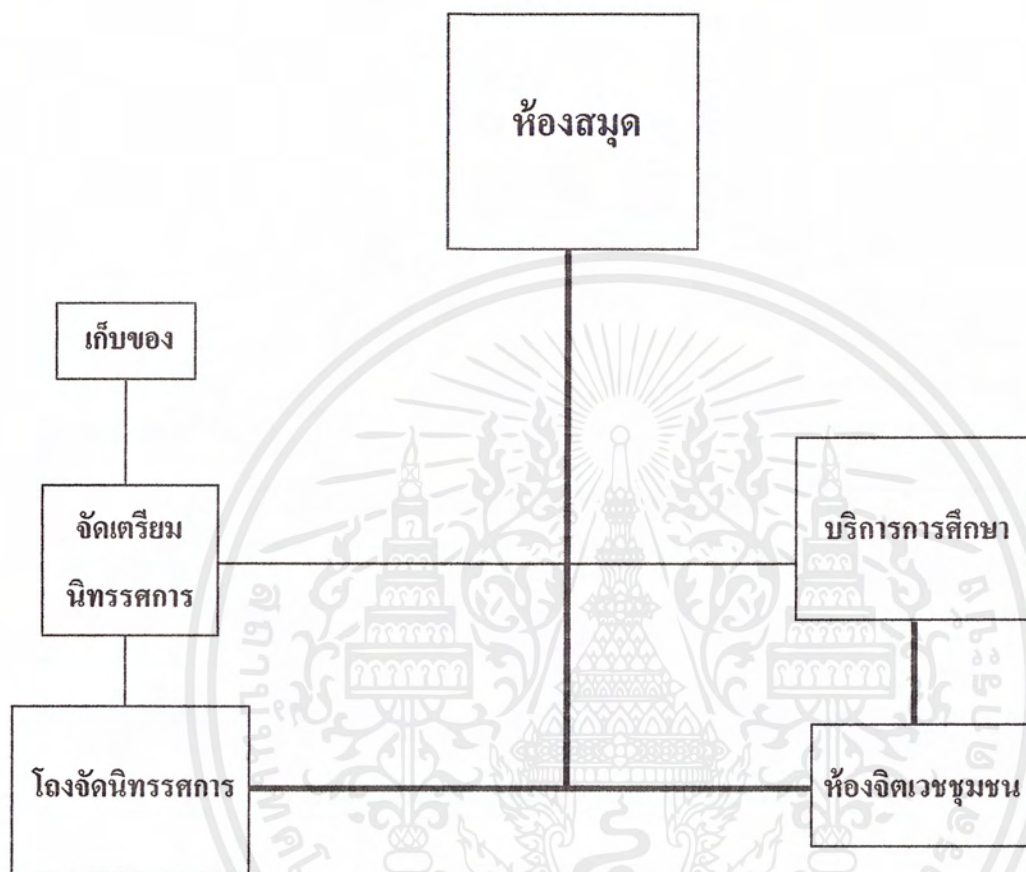
แผนภูมิที่ 2.3 ส่วนผู้ป่วยนอก OPD

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



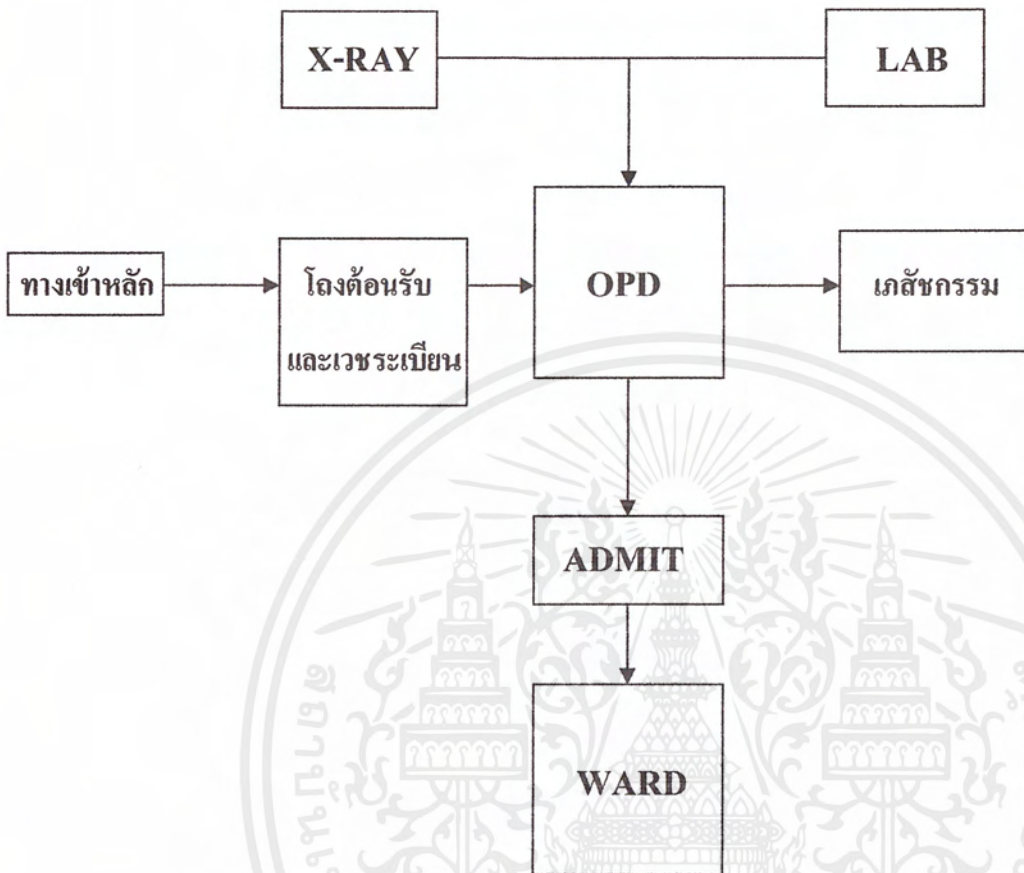
แผนภูมิที่ 2.4 ส่วนบริการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



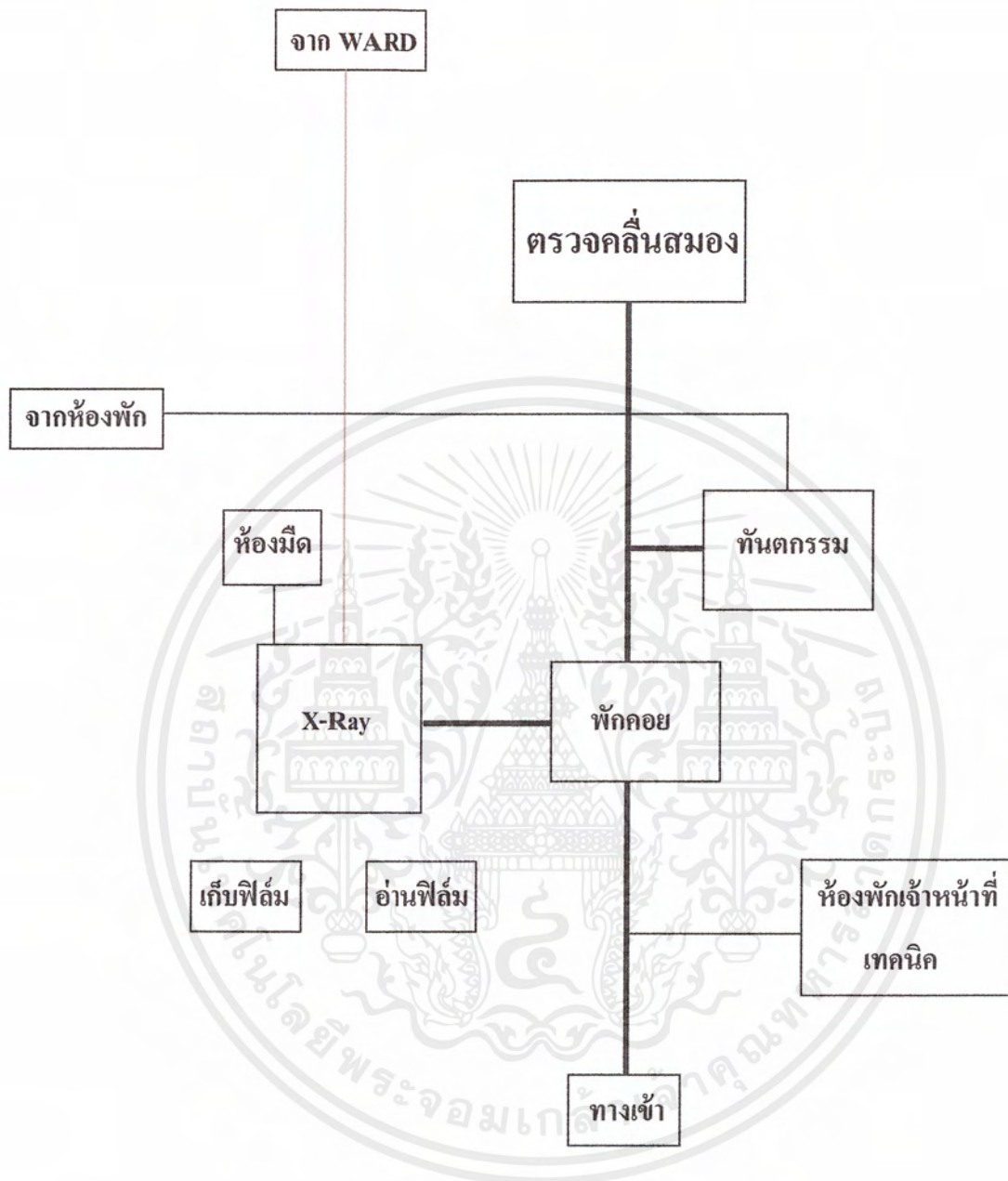
แผนภูมิที่ 2.5 ส่วนคั่นคว่ำ และนิตรรศการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



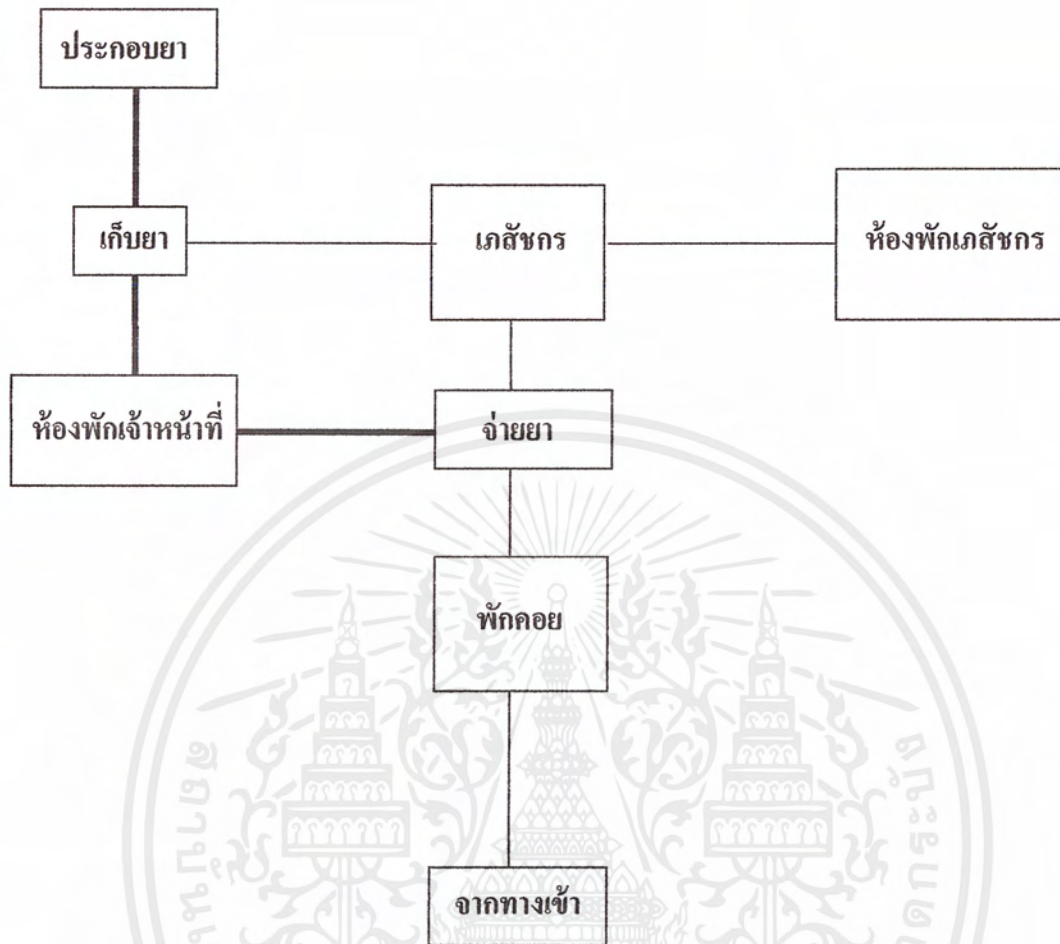
แผนภูมิที่ 2.6 เส้นทางติดต่อ OPD

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



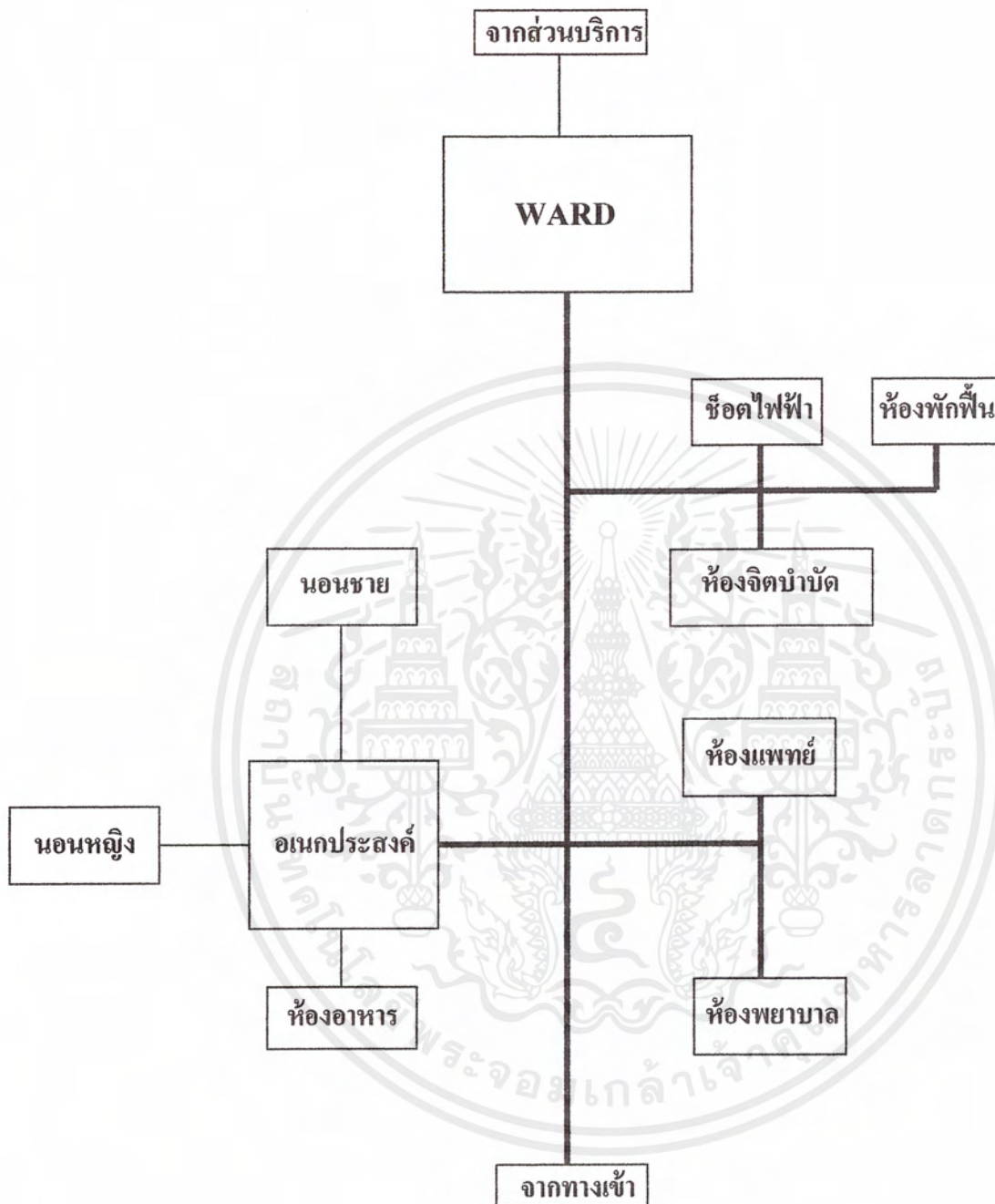
แผนภูมิที่ 2.7 ส่วนรักษากลาง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



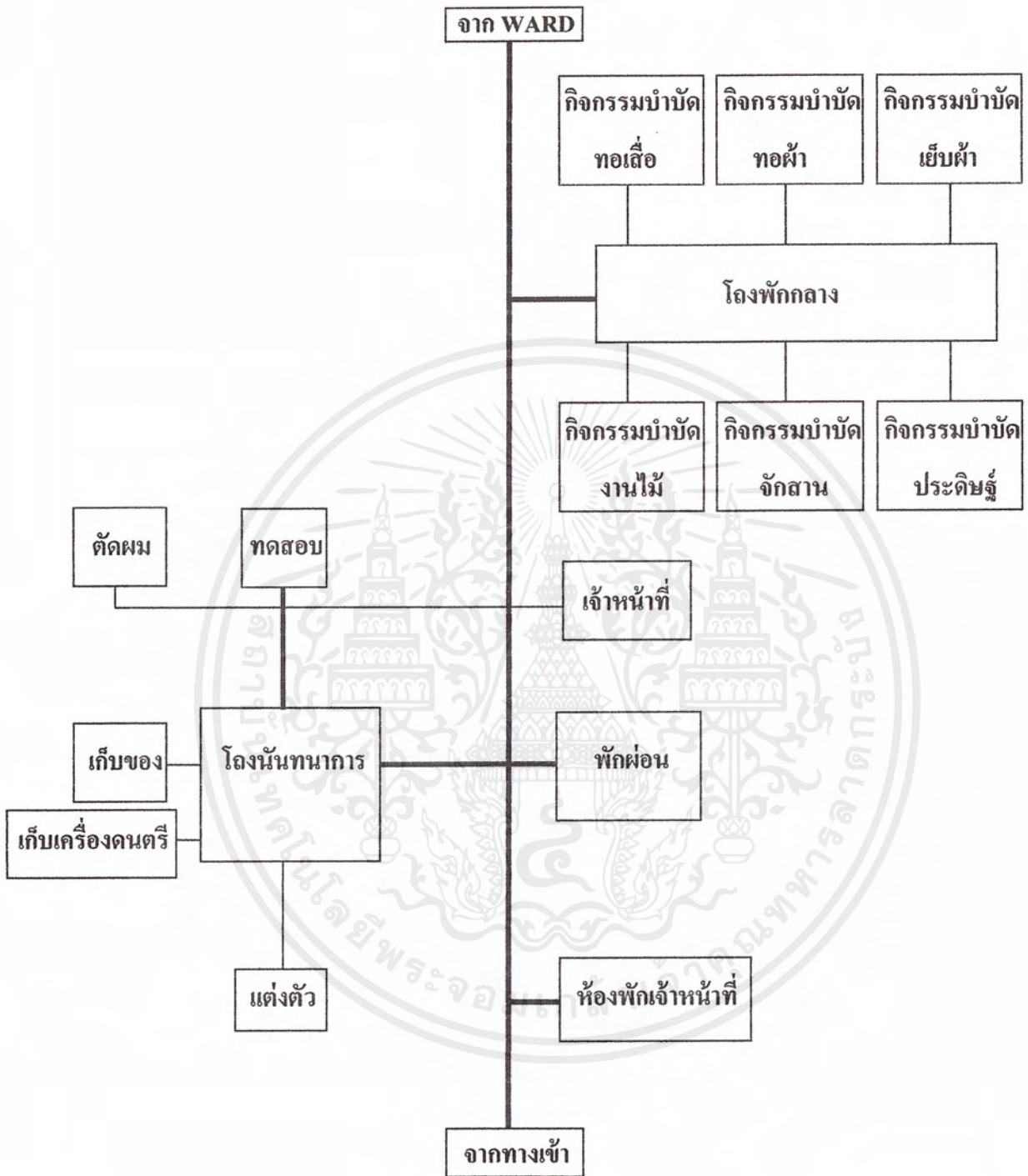
แผนภูมิที่ 2.8 ส่วนเลขาธิการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



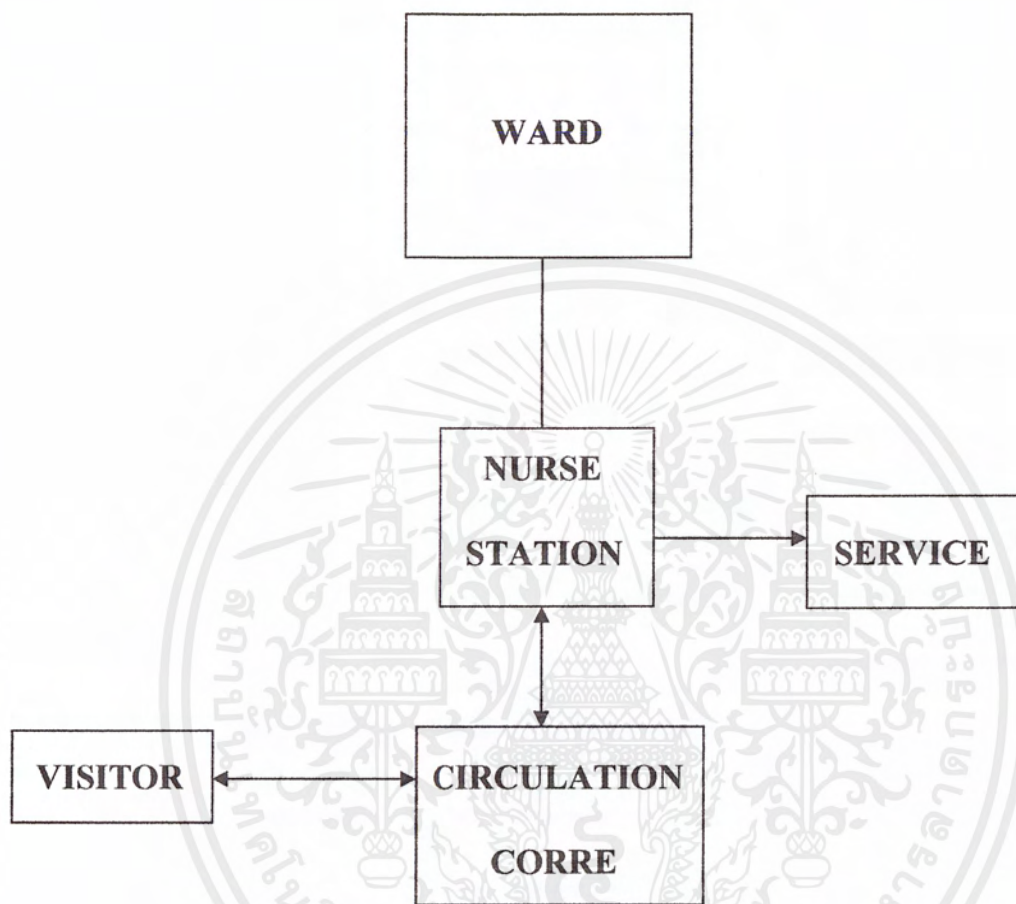
แผนภูมิที่ 2.9 ส่วนแรกรับ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



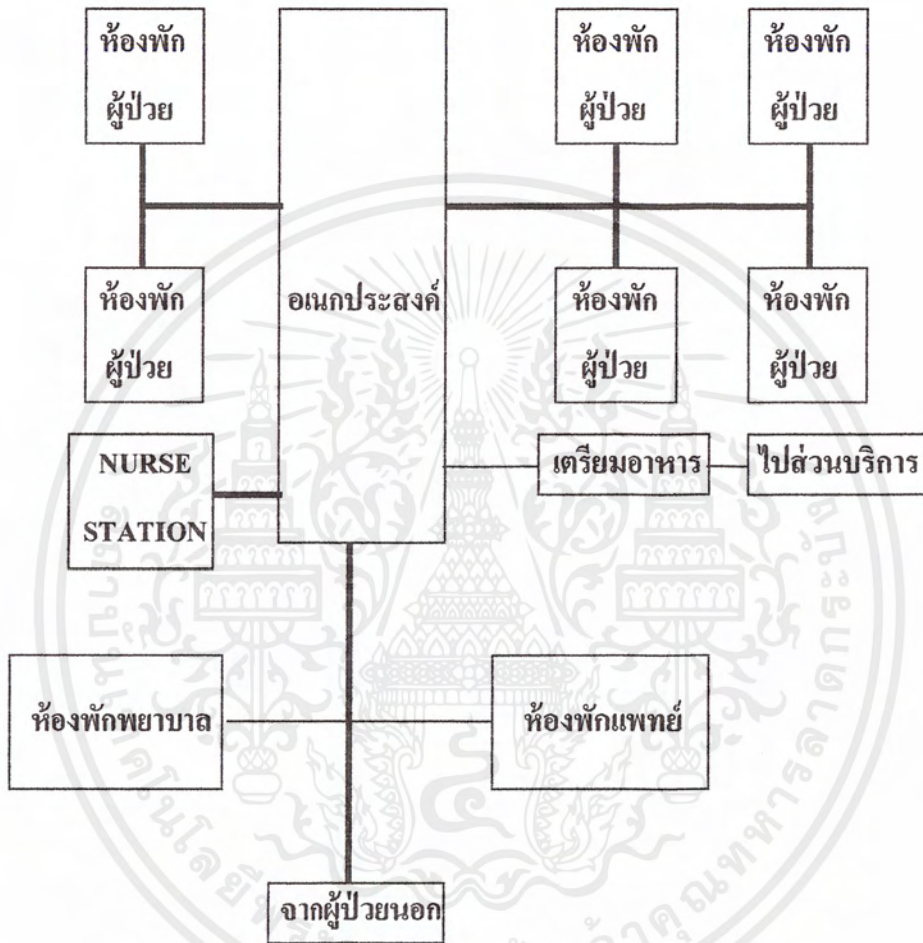
แผนภูมิที่ 2.10 ส่วนฟื้นฟูสมรรถภาพ อาชีวะบำบัด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



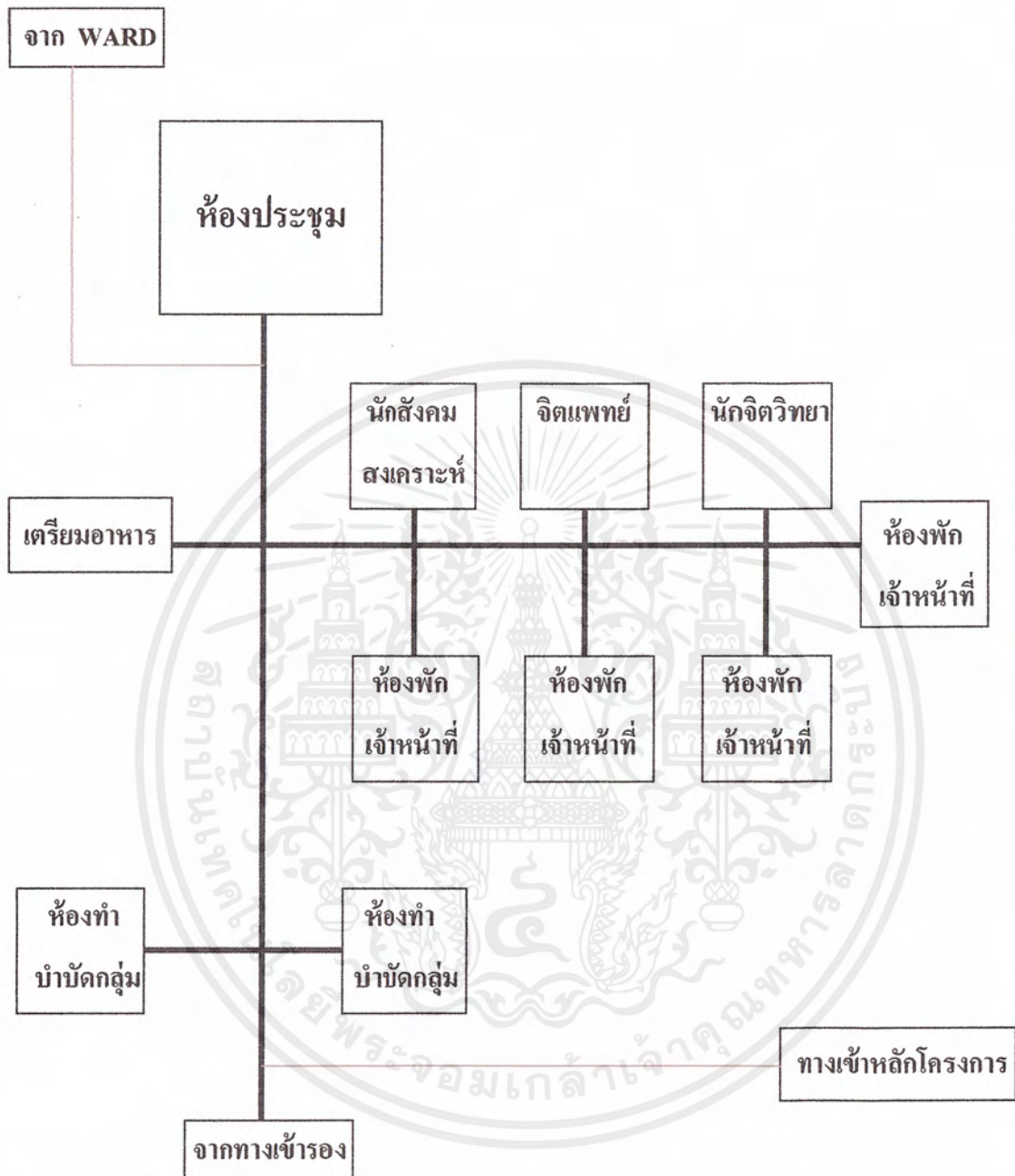
แผนภูมิที่ 2.11 เส้นทางติดต่อ OPD

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



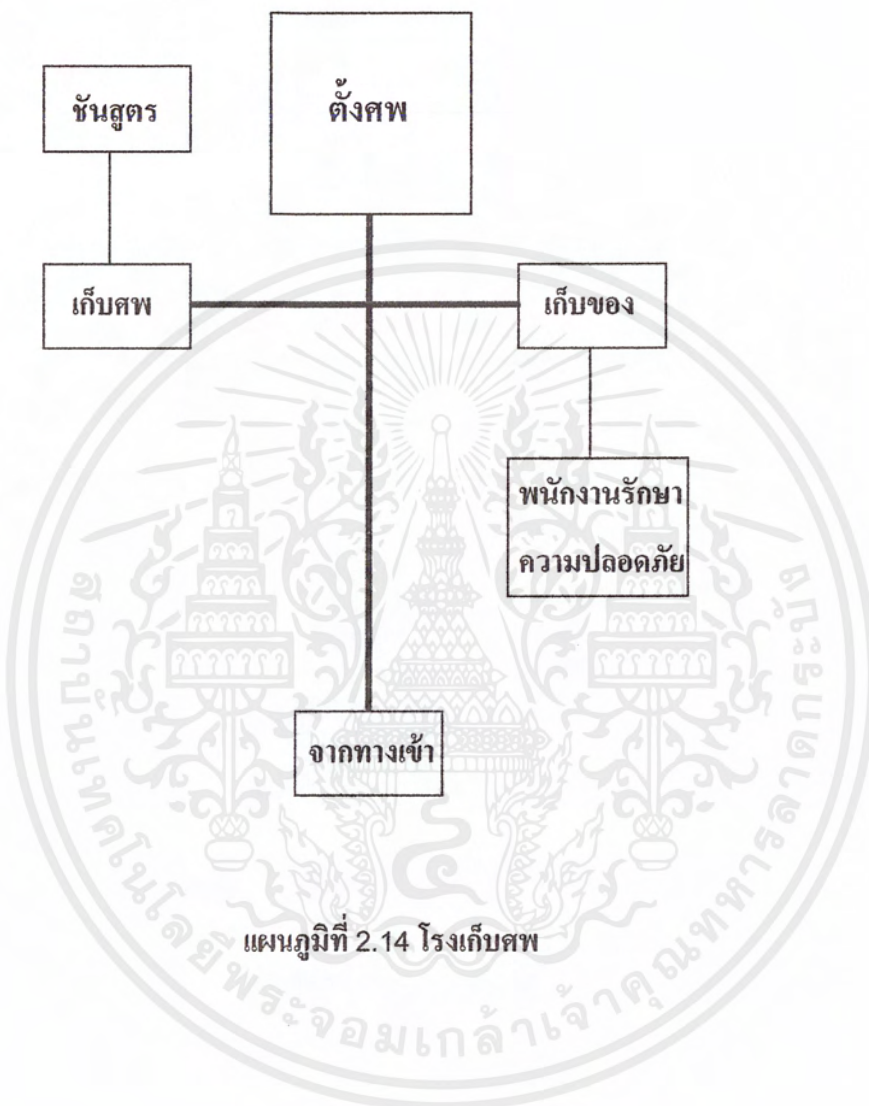
แผนภูมิที่ 2.12 ส่วนผู้ป่วยใน 1 WARD

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

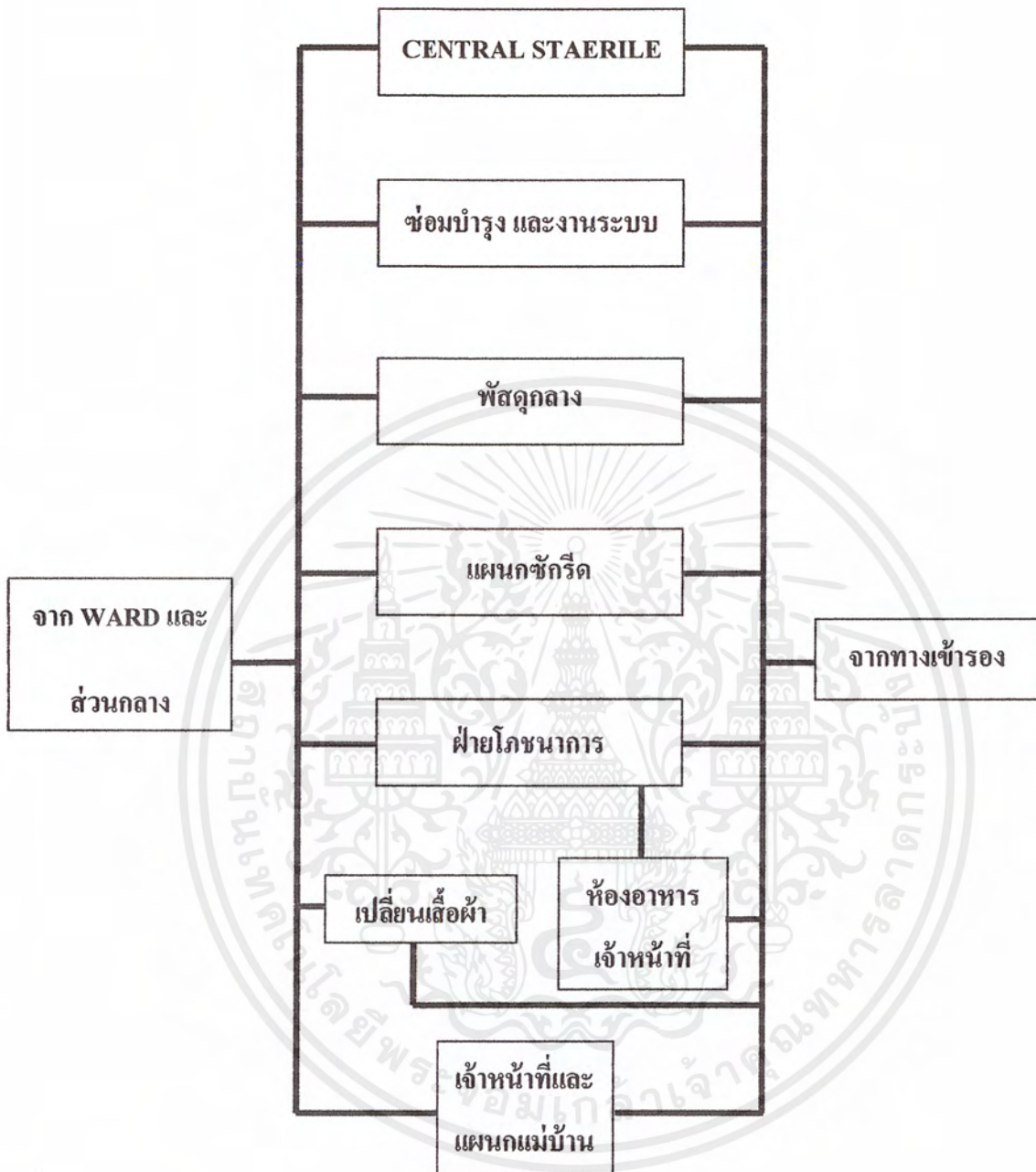


แผนภูมิที่ 2.13 ส่วน DAY CARE

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



แผนภูมิที่ 2.15 ส่วนบริการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.8 รายละเอียดด้านพื้นที่ใช้สอยของโครงการ

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
1. ส่วนบริหาร					
- โถงทางเข้า	-	-	1	16.0	16.0
- ห้องผู้อำนวยการ	1	-	1	16.0	16.0
- ห้องผู้ช่วยฝ่ายบริหาร	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องเลขานุการ	1	-	1	12.0	12.0
- สำนักงานฝ่ายธุรการ	4	-	1	50.0	50.0
- ห้องบัญชีและการเงิน	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องทะเบียนและสถิติ	3	-	1	40.0	40.0
- ห้องงานพัสดุ	2	-	1	16.0	16.0
- ห้องหัวหน้าพยาบาล	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องจิตแพทย์ 6 คน	6	-	6	12.0	72.0
- ห้องนักสังคมสงเคราะห์ 6 คน	6	-	6	12.0	72.0
- ห้องนักจิตวิทยา	6	-	6	12.0	72.0
- ห้องทันตแพทย์ 1 คน	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องประชุม	20	-	1	100.0	100.0
- โถงพักเจ้าหน้าที่	-	-	1	64.0	64.0
- ห้องเก็บของ	-	-	1	16	16
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	2	32	64
รวม					670.00
35 % CIRCULATION					234.50
TOTAL 904.50					
REFERENCE : TSS.					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
2. ส่วนการศึกษาและวิจัยค้นคว้า					
- โถงจัดนิทรรศการ	-	-	1	120.0	120.0
- ห้องเตรียมนิทรรศการ	-	-	1	40.0	40.0
- ห้องทำงานจิตเวชชุมชน	1	2	1	25.0	25.0
- ห้องสมุด	-	-	1	120.0	120.0
- ห้องเก็บของ	-	-	1	16.0	16.0
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	2	32.0	64.0
รวม					385.00
35 % CIRCULATION					134.75
TOTAL 519.75					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
3. ส่วนผู้ป่วยนอก					
- โถงทางเข้า และ ประชาสัมพันธ์	-	-	1	50.0	50.0
- ห้อง TELEPHONE & OPERATOR	2	-	1	12.0	12.0
- โถงพักคอย	-	-	1	50.0	50.0
- ที่ทำบัตรผู้ป่วย	-	-	1	12.0	12.0
- ห้องเก็บบัตรผู้ป่วย	-	-	1	32.0	32.0
- ห้องผู้ป่วยส่งต่อ	-	-	1	24.0	24.0
- ห้องผู้ป่วยคลั่ง	-	4	4	9.0	36.0
- ห้องตรวจเบื้องต้นและบำบัด	8	8	8	12.0	96.0
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	2	32.0	64.0
- เคาน์เตอร์จ่ายยาและรับเงิน	-	-	1	16.0	16.0
คลินิกจิตเวช					
- ที่พักรอตรวจ	-	-	1	80.0	80.0
- ห้องจิตแพทย์	4	4	4	12.0	48.0
- ห้องนักจิตวิทยา	4	4	4	12.0	48.0
- ห้องนักสังคมสงเคราะห์	4	4	4	12.0	48.0
- ห้องพักแพทย์	4	-	4	8.0	32.0
- ห้องนักจิตวิทยา	4	-	4	8.0	32.0
- ห้องพักนักสังคมสงเคราะห์	4	-	4	8.0	32.0
รวม					712.00
35 % CIRCULATION					249.20
TOTAL 961.20					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
4.ส่วนโรงพยาบาลกลางวัน					
- ห้องทำกลุ่มบำบัด	8	40	2	40.0	80.0
- ห้องพักเจ้าหน้าที่	-	8	4	16.0	64.0
- ห้องประชุมเล็ก	8	-	1	40.0	40.0
- ห้องเตรียมอาหาร	-	-	1	12.0	12.0
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	2	16.0	32.0
รวม					228.00
35 % CIRCULATION					79.80
TOTAL 307.80					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
5.ส่วนรักษากลาง					
- โถงพักคอย	-	-	1	50.0	50.0
- ห้องเอ็กซ์เรย์	-	-	2	24.0	48.0
- ห้องมีด	-	-	1	8.0	8.0
- ห้องเก็บฟิล์ม	-	-	1	12.0	12.0
- ห้องอ่านฟิล์ม	-	-	1	12.0	12.0
- ห้องเจ้าหน้าที่เทคนิค	-	-	1	12.0	12.0
- ห้องตรวจคลื่นสมอง	-	-	1	24.0	24.0
- ห้องเก็บเอกสาร	-	-	1	18.0	18.0
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	2	16.0	16.0
- ห้องเครื่องฉายทั่วไป	-	-	2	25.0	50.0
- ห้อง MRI	-	-	1	40.0	40.0
รวม					272.00
35 % CIRCULATION					95.20
TOTAL 367.20					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
6. ส่วนเกสัชกรรม					
- โถงพักคอย	-	-	1	50.0	50.0
- ที่เก็บยาสำเร็จและเคมีภัณฑ์	-	-	1	30.0	30.0
- ที่ประกอบยา	-	-	1	30.0	30.0
- ห้องเกสัชกร	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องพักเจ้าหน้าที่	3	-	1	30.0	30.0
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	2	16.0	32.0
- เคาน์เตอร์จ่ายยาและรับเงิน	-	-	1	16.0	16.0
รวม					200.00
35 % CIRCULATION					70.00
TOTAL 270.00					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
7. ส่วนห้องเก็บ และ ชั้นสูตรศพ					
- ห้องชั้นสูตรศพ	-	-	1	16.0	16.0
- ห้องเก็บศพ	-	-	1	20.0	20.0
- ห้องตั้งศพ	-	-	1	20.0	20.0
- ห้องพักผ่อนนักงานรักษาศพ	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องเก็บของ	-	-	1	12.0	12.0
รวม					80.00
35 % CIRCULATION					20.00
TOTAL 100.00					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
8. ส่วนพื้นที่สมรรถภาพ					
- ห้องฝึกอาชีพบำบัด	-	-	6	50.0	300.0
- ห้องพักอาชีพบำบัด	-	-	1	24.0	24.0
- ห้องทดสอบความถนัด	-	-	2	16.0	32.0
- ห้องเก็บของ	-	-	1	40.0	40.0
- โถงจัดนันทนาการ	-	-	1	200.0	200.0
- ห้องแต่งตัวนักแสดง	-	-	2	20.0	40.0
- ห้องทำงานเจ้าหน้าที่ นันทนาการ	-	-	1	24.0	24.0
- ห้องเก็บเครื่องดนตรี	-	-	1	40.0	40.0
- ห้องตัดผม	-	-	1	12.0	12.0
- บริเวณที่นั่งพักผ่อนของผู้ป่วย	-	-	1	50.0	50.0
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	2	16.0	32.0
รวม					784.00
35 % CIRCULATION					274.40
TOTAL 1058.40					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู					
- พักคอย	-	10	1	40	40
- ที่ทำงานของพยาบาล	-	2	1	12	12
- ส่วนรถเข็นและเปลหาม	-	1	1	16	16
- ห้องเก็บของผู้ป่วย	-	-	1	60	60
- ห้องตรวจ	-	-	2	20	40
- ห้องฟื้นฟูสมรรถภาพและ กล้ามเนื้อ	-	-	1	60	60
- ห้องรักษาด้วยความร้อนและ ไฟฟ้า	-	-	4	20	80
- ห้องออกกำลังกายด้วยธารา บำบัด	-	-	1	60	60
- ห้องเก็บอุปกรณ์	-	-	1	12	12
- ห้องทำงานและห้องพัก เจ้าหน้าที่	-	-	1	20	20
- ห้องน้ำและห้องเก็บของ	-	-	1	9	9
รวม					409.00
35 % CIRCULATION					143.50
TOTAL 552.15					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
9. ส่วนบริการหน่วยปราศจากเชื้อกลาง					
- ห้อง CENTRAL STERILE	-	-	1	60.0	60.0
- ห้อง CENTRAL SUPPLE	-	-	1	60.0	60.0
- ห้องพักเจ้าหน้าที่	1	-	1	16.0	16.0
- ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า และห้องน้ำ	-	-	1	60.0	60.0
แผนกโภชนาการ					
- ห้องโภชนาการ	2	-	1	40.0	40.0
- ห้องครัว	-	-	1	120.0	120.0
- ห้องพักคนครัว	8	-	1	24.0	24.0
- ห้องเก็บอาหารสด	-	-	1	24.0	24.0
- ห้องเก็บอาหารแห้ง	-	-	1	24.0	24.0
- บริเวณล้างภาชนะ เก็บภาชนะ	-	-	1	48.0	48.0
- ห้องอาหารเจ้าหน้าที่	-	-	1	80.0	80.0
แผนกซักรีด					
- ห้องหัวน้ำแผนก	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องรับผ้า	2	-	1	20.0	20.0
- ห้องซักผ้า	-	-	1	20.0	20.0
- บริเวณอบผ้า	-	-	1	20.0	20.0
- บริเวณรีดผ้า	-	-	1	40.0	40.0
- ห้องเก็บผ้า และปักซ่อม	2	-	1	40.0	40.0
- ห้องพักพนักงาน	4	-	4	48.0	48.0

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
แผนกแม่บ้าน					
- ห้องหัวหน้าแผนก	1	-	1	12.0	12.0
- ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า	-	-	2	12.0	24.0
- ห้องเก็บเครื่องมือ	-	-	1	20.0	20.0
- ห้องควบคุม ระบบไฟฟ้า	-	-	1	12.0	12.0
รวม					824.00
35 % CIRCULATION					288.40
TOTAL 1112.40					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
10. ส่วนผู้ป่วยใน					
หอผู้ป่วยแรกรับ					
- โถงเชื่อมผู้ป่วย	-	-	2	40.0	80.0
- NURSE STATION	-	-	2	20.0	40.0
- ส่วนพักผ่อนพยาบาลมี ห้องน้ำในตัว	-	-	2	20.0	40.0
- ห้องแพทย์	-	-	2	12.0	24.0
- ห้องเตรียมอาหาร	-	-	1	48.0	48.0
- ห้องทำช็อคไฟฟ้า	-	-	1	16.0	16.0
- ห้องพักผ่อน	-	-	1	60.0	60.0
- ห้องทำจิตบำบัดกลุ่ม	-	-	4	50.0	200.0
- ห้องแยกผู้ป่วย	-	12	12	12.0	144.0
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	4	32.0	128.0
รวม					1140.00
35 % CIRCULATION					399.00
TOTAL 1539.00					
REFERENCE : TSS.					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
หอผู้ป่วยทั่วไป + WARD					
- ห้องนอนผู้ป่วยเตียงคู่	-	25	80	32	2560
- ห้องนอนผู้ป่วยเตียงเดี่ยว	-	25	40	32	1280
- DAY SPACE	-	25	6	50	300
- ห้องน้ำ ห้องส้วม	-	-	6	36	216
- NURSE STATION	-	-	6	12	72
- ส่วนพักผ่อนพยาบาลและ ห้องน้ำ	-	-	6	20	120
- ห้องแพทย์	-	-	6	12	72
- ห้องเตรียมอาหาร	-	-	6	24	144
รวม					4764.00
35 % CIRCULATION					1667.50
TOTAL 6431.50					
REFERENCE : TSS.					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
- ห้องขามประตู่	2	-	1	16.0	16.0
- ศาลาเขียนญาติ	-	-	2	30.0	60.0
รวม					76.00
35 % CIRCULATION					26.60
TOTAL 102.60					



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ELEMENT	USER		UNIT	AREA	
	STAFF (P)	VISITOR (P)		PER UNIT (M ²)	TOTAL (M ²)
แผนกคลินิกทันตกรรม					
- พักคอย	10	-	1	30	30
- บริเวณทำงานพยาบาล	3	-	1	15	15
- ห้องตรวจรักษา	4	-	2	16	32
- ห้อง X-RAY ฟันและช่องปาก	1	-	1	16	16
ย่อย					
- ห้องผ่าตัดฟัน	2	-	2	20	40
- ห้องทดลองปฏิบัติการขนาด เล็ก	1	-	1	12	12
- ห้องทำงานและห้องพัก ทันตกรรม	5	-	1	25	25
- ห้องเก็บอุปกรณ์	1	-	1	9	9
- ห้องน้ำและห้องเก็บของ	1	-	1	9	9
รวม					188.00
35 % CIRCULATION					65.80
TOTAL 253.80					

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รวมพื้นที่อาคารทั้งหมด	14,480.30
บริเวณกีฬาากลางแจ้ง	400
ที่จอดรถทั่วไป 220 คัน	5720
ที่จอดรถเจ้าหน้าที่ 30 คัน	900
ที่จอดรถจักรยานยนต์ 50 คัน	125
ที่จอดรถบริการ 5 คัน	200
TOTAL	21,826

ที่มาแหล่งข้อมูล : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รพ.ศรีธัญญา รพ.สมเด็จพระเจ้าพระยา

เอกสารการค้นคว้า และวิจัยด้านจิตเวชของหน่วยงานต่างๆ

เอกสารวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ ที่มีหน่วยงานการศึกษาด้านจิตเวช



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทที่ 3

การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและเลือกที่ตั้งโครงการ

3.1 การวิเคราะห์และเลือกที่ตั้งโครงการ

เนื่องจากจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นเมืองใหญ่ มีประชากรจำนวนมาก จากสถิติผู้ป่วยทั่วประเทศมีอัตราผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในภาคกลางและเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร แต่โรงพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการอยู่มีเพียงไม่กี่แห่งในกรุงเทพมหานคร ในภาคกลางก็มีโรงพยาบาลจิตเวชแห่งใหญ่อยู่แห่งเดียว คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา และมีโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางอยู่ในกรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่เป็นโรงพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะซึ่งเป็นของรัฐบาล และโรงพยาบาลนารมย์ที่เป็นของเอกชน ซึ่งหากเปรียบเทียบปริมาณต่อประชากรแล้วถือว่าไม่เพียงพอ

จากเหตุผลและปัจจัยดังกล่าว จึงควรมีการก่อสร้างโรงพยาบาลจิตเวชขึ้นมาในเมืองหลวงอย่างกรุงเทพมหานครด้วยเหตุผล 2 ประการคือ

1. รองรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในภาคกลาง และเป็นการกระจายการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งใดแห่งหนึ่ง
2. จังหวัดกรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นเมืองศูนย์กลางทางภาคกลาง ที่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมเขตจังหวัดทางภาคกลาง มีการคมนาคมจากจังหวัดต่างๆที่สะดวก

3.2 ข้อมูลจังหวัดทั่วไป : กรุงเทพมหานคร

ข้อมูลทั่วไป

กรุงเทพมหานคร หรือ บางกอก เมืองหลวงของประเทศไทย เริ่มก่อตั้งภายหลังจากที่พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกทรงครองราชย์ปราบดาภิเษกเป็นปฐมกษัตริย์แห่งราชจักรีวงศ์ เมื่อวันที่ 6 เมษายน เดือนห้า แรม 9 ค่ำ ปีชวด พ.ศ. 2325 พระองค์ได้โปรดเกล้าฯ ให้สร้างพระราชวังทางคู่งแม่น้ำเจ้าพระยาปากทางตะวันออก เนื่องจากเป็นชัยภูมิที่ดีกว่ากรุงธนบุรี เพราะมีแม่น้ำเจ้าพระยาเป็นแนวคูเมืองทางด้านตะวันตก และด้านใต้

บริเวณที่สร้างพระราชวังนั้นเดิมเป็นที่อยู่อาศัยของพระยาราชนครินทร์และชาวจีน ซึ่งได้โปรดเกล้าฯ ให้ย้ายไปอยู่ที่สำเพ็ง ในการก่อสร้างพระราชวังโปรดเกล้าฯ ให้พระยาธรรมาธิปัตย์กับพระยาวิจิตรนาวิเป็นแม่กองคุมการก่อสร้าง ได้ตั้งพิธียกเสาหลักเมือง

เมื่อวันอาทิตย์ เดือน 6 ขึ้น 10 ค่ำ ย่ำรุ่งแล้ว 54 นาที (21 เมษายน 2325) พระราชวังแล้วเสร็จ เมื่อ พ.ศ. 2328 จึงได้จัดให้มีพิธีบรมราชาภิเษกตามแบบแผน รวมทั้งงานฉลองพระนคร โดยพระราชทานนามพระนครใหม่ว่า

“กรุงเทพมหานคร บวรรัตนโกสินทร์ มหินทรายุธยา มหาดิลกภพ นพรัตนราชธานีบูรีรมย์ อุดมราชนิเวศน์มหาสถาน อมรพิมานอวตารสถิต สักกะทัตติยวิษณุกรรมประสิทธิ์” ต่อมา ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเปลี่ยน คำว่า “บวรรัตนโกสินทร์” เป็น “อมรรัตนโกสินทร์” และในสมัยจอมพลถนอม กิตติขจร เป็นนายกรัฐมนตรีได้รวม จังหวัดธนบุรีเข้าไว้ด้วยกันกับกรุงเทพฯ แล้วเปลี่ยนชื่อเป็น “กรุงเทพมหานคร” เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2515

3.3 ลักษณะภูมิศาสตร์

อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดนนทบุรีและจังหวัดปทุมธานี

ทิศตะวันออก มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดฉะเชิงเทรา

ทิศใต้ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดสมุทรปราการ

ทิศตะวันตก มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดนครปฐม

3.4 สภาพภูมิอากาศ

สภาพภูมิอากาศเป็นแบบร้อนชื้น เช่นเดียวกับพื้นที่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศ โดยมีอุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 33.2 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย 25.0 องศาเซลเซียส

3.5 หน่วยการปกครอง

กรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นเขตการปกครองพิเศษ ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 กำหนดให้กรุงเทพมหานครเป็นทบวงการเมือง มีฐานะเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่นนครหลวง มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมาจากการเลือกตั้ง และเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงาน อยู่ในตำแหน่งตามวาระคราวละ 4 ปี นับแต่วันเลือกตั้ง และมีการแต่งตั้งปลัดกรุงเทพมหานคร ร่วมบริหารงาน การดำเนินงานมีสภากรุงเทพมหานครที่ได้รับเลือกตั้งโดยตรงทำงานร่วมด้วยการปกครองในกรุงเทพมหานครแบ่งออกเป็น 50 เขตการปกครอง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3.6 สภาพสังคมประชากร

มีความไม่แน่นอนของตัวเลขจำนวนประชากรกรุงเทพมหานครอยู่มาก ตัวเลขจากแหล่งต่างๆจะแตกต่างกัน โดยมี 2 แหล่งข้อมูลใหญ่ๆที่มักถูกใช้อ้างอิงถึงจำนวนประชากรกรุงเทพมหานคร คือ สำมะโนประชากรและเคหะ และทะเบียนราษฎรของสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยที่เก็บรวบรวมจากข้อมูลประชากรที่ปรากฏในทะเบียนราษฎร ซึ่งพบว่าทั้งสองแหล่งข้อมูลมีตัวเลขที่ต่ำกว่าที่เป็นจริงอยู่มาก อันเป็นผลเนื่องมาจากการตกการแจ้งนับของสำมะโนประชากรและเคหะ และการไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะได้กล่าวถึงโดยละเอียดอีกครั้งเมื่อถึงส่วนที่เขียนถึงจำนวนประชากรที่เป็นจริงของกรุงเทพมหานคร

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบประชากรกรุงเทพมหานครที่ได้จากการสำมะโนประชากรและเคหะกับตัวเลขจากทะเบียนราษฎรพบว่ามีจำนวนที่ต่างกัน เช่น ในปี พ.ศ.2543 ประชากรกรุงเทพมหานครตามตัวเลขของสำนักทะเบียนกลางมีจำนวน 5,680,380 คน น้อยกว่าตัวเลขจากการสำมะโนประชากรและเคหะที่มีจำนวน 6,355,144 คน โดยต่างกันเกือบ 7 แสนคน ซึ่งข้อมูลจากสำมะโนประชากรน่าจะใกล้เคียงตัวเลขจริงมากกว่า เพราะเป็นการแจ้งนับประชากรตามที่อยู่จริง

การเดินทาง

ทางบก

มีรถประจำทางขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.) และรถร่วมบริการวิ่งบริการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลให้บริการตั้งแต่เวลา 04.00-23.00 นาฬิกา และในบางสายเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีรถรับจ้างอื่นๆ อยู่ตลอดเวลา

ทางน้ำ

มีบริการเรือโดยสารข้ามฟากบริเวณท่าช้าง ท่าพระจันทร์ ท่าเตียน ท่าเทเวศร์ ท่าคลองสาน ท่าสี่พระยา ฯลฯ และบริการเรือค่วนเข้าพระยาไปจังหวัดนนทบุรีทุกวัน ตั้งแต่เวลาประมาณ 06.00-18.00 นาฬิกา นอกจากนี้ยังมีเรือหางยาววิ่งไปตามคลองแสนแสบ คลองลาดพร้าว คลองบางกอกน้อย และวิ่งไปตามคลองต่างๆ เป็นต้น สอบถามเส้นทางเดินเรือได้ที่สำนักงานการจราจรและขนส่ง กองการขนส่ง

รถไฟ

การรถไฟแห่งประเทศไทยมีบริการเดินรถไฟไปตามสถานีรถไฟชานเมืองภายในเขตกรุงเทพฯ ได้แก่ สายเหนือและสายอีสานวิ่งไปถึงสถานีรถไฟดอนเมือง สายตะวันออกวิ่งไปถึงสถานีรถไฟหัวตะเข้ และสายใต้วิ่งไปถึงสถานีรถไฟคลังชั้น ติดต่อสอบถามตารางเวลาและรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่หน่วยบริการเดินทางสถานีรถไฟหัวลำโพง

รถไฟฟ้ามหานคร (รถไฟฟ้าใต้ดิน)

เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ในเส้นทางสายบางซื่อ-หัวลำโพงรวมทั้งสิ้น 18 สถานี เปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 06.00-24.00 นาฬิกา

รถไฟฟ้า บีทีเอส

รถไฟฟ้าสายแรกของประเทศไทยเปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2542 ใน 2 เส้นทาง คือ สายสุขุมวิท และสายสีลม เปิดให้บริการทุกวันตั้งแต่เวลา 06.00-24.00 นาฬิกา

การเดินทางไปท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

ทางรถยนต์ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิอยู่ห่างจากใจกลางกรุงเทพมหานคร (บริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ) ประมาณ 24 กิโลเมตร ซึ่งเป็นระยะทางเท่ากับไปดอนเมือง โดยมีเส้นทางที่สะดวก 3 เส้นทางคือ

1. เส้นทางมอเตอร์เวย์ วิ่งมาออกทางด่วนสายกรุงเทพฯ-ชลบุรี ผ่านวงแหวนรอบนอกและชิดซ้ายเข้าสนามบิน
2. เส้นทางบางนา-ตราด กม.ที่ 15 มีป้ายบอกทางเลี้ยวเข้าสนามบิน ถ้าใช้ทางด่วนบูรพาวิถีต้องลงที่บางพลีก่อน
3. เส้นทางฝั่งถนนร่มเกล้า วิ่งมาผ่านวงแหวนผ่านป้าย Free Zone เลี้ยวอีกเล็กน้อยก็ถึงอาคารผู้โดยสาร

สำหรับรถแท็กซี่มีเตอร์จากสนามบินไปยังสถานที่ต่างๆ รถประจำทาง มี 7 สาย

1. สาย 549 สุวรรณภูมิ-มีนบุรี-บางกะปิ (ผ่านถนนลาดกระบัง-ร่มเกล้า-สีหบุรณานุกิจ-เสรีไทย)
2. สาย 550 สุวรรณภูมิ-แฮปปี้แลนด์ (ผ่านถนนลาดกระบัง-อ่อนนุช-ศรีนครินทร์)
3. สาย 551 สุวรรณภูมิ-อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ (ทางด่วน) (ผ่านถนนพระราม 9-ถนนอโศก-ดินแดง-ถนนราชวิถี)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

4. สาย 554 สุวรรณภูมิ-รังสิต (ทางด่วน) (ผ่านถนนวงแหวนตะวันออก-รามอินทรา-แจ้งวัฒนะ-วิภาวดี-คอนเมือง-รังสิต)

5. สาย 552 สุวรรณภูมิ-สถานีรถไฟฟ้าวอนนุช (ผ่านบางนา-ตราด-ถนนสุขุมวิท)

6. สาย 553 สุวรรณภูมิ-สมุทรปราการ (ผ่านถนนลาดกระบัง-วัดกึ่งแก้ว-บางนา-บางปะกง-ศรีนครินทร์-สุขุมวิท-ถนนสายลวด)

7. สายเฉพาะกิจคอนเมือง-สุวรรณภูมิ ผ่านถนนวิภาวดีรังสิต-แยกดินแดง-ทางด่วนพระราม 9-ศรีนครินทร์-มอเตอร์เวย์

รถแอร์พอร์ตบัส มี 4 เส้นทาง

- สาย AE1 สุวรรณภูมิ-สีลม (ทางด่วน)

- สาย AE 2 สุวรรณภูมิ-บางลำภู (ทางด่วน)

- สาย AE 3 สุวรรณภูมิ-ถนนวิฑูและสุวรรณภูมิ-สุขุมวิท 3 (นานาเหนือ)

- สาย AE 4 สุวรรณภูมิ-หัวลำโพง (ทางด่วน)

รถไฟ

การรถไฟแห่งประเทศไทยจัดขบวนรถกรุงเทพ-สุวรรณภูมิ (หัวตะเข้) เวลา 7:30 นาฬิกา และเวลา 16:00 นาฬิกา เป็นรถปรับอากาศ เมื่อลงรถไฟต้องต่อรถโดยสารเข้าสู่สนามบิน

การเดินทางจากสนามบินไปยังต่างจังหวัดทางรถยนต์ บริษัทขนส่งจำกัดจัดรถโดยสารปรับอากาศในเส้นทางต่อไปนี้

1. สุวรรณภูมิ-พญา
2. สุวรรณภูมิ-ตลาดโรงเกลือ (อัญประเทศ)
3. สุวรรณภูมิ-หนองคาย

ทางอากาศ

การเดินทางทางอากาศ ในอดีตได้ใช้สนามบินคอนเมือง (ท่าอากาศยานกรุงเทพ) ซึ่งได้เปิดใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2457 ต่อมาได้มีการก่อสร้างท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ (อยู่ในพื้นที่ของจังหวัดสมุทรปราการ) ซึ่งได้เปิดใช้มาตั้งแต่วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2549 เวลา 03.00 นาฬิกา

ในปัจจุบัน ท่าอากาศยานนานาชาติคอนเมืองเป็นท่าอากาศยานสำหรับรองรับเที่ยวบินภายในประเทศและมีท่าอากาศยานสุวรรณภูมิสำหรับเที่ยวบินต่างประเทศและเที่ยวบินในประเทศบางส่วน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3.7 ตำแหน่งและทำเลที่ตั้ง

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงและเป็นเมืองที่มีประชากรมากที่สุดในประเทศไทย รวมทั้งเป็นศูนย์กลางการปกครอง การศึกษา การคมนาคมขนส่ง การเงินการธนาคาร การพาณิชย์ การสื่อสารและความเจริญก้าวหน้าด้านอื่นๆของประเทศไทย มีแม่น้ำสำคัญคือ แม่น้ำเจ้าพระยา ไหลผ่าน ทำให้แบ่งเมืองออกเป็น 2 ฟัง คือฝั่งพระนครและฝั่งธนบุรี (เดิมฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเป็นที่ตั้งของกรุงธนบุรี ซึ่งต่อมาภายหลังได้รวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกรุงเทพมหานคร) โดยกรุงเทพมหานครมีพื้นที่ทั้งหมด 1,568.737 ตารางกิโลเมตร พิกัดทางภูมิศาสตร์ คือ ละติจูด 13° 45' เหนือ ลองจิจูด 100° 31' ตะวันออก

3.8 ข้อมูลด้านการบริการสาธารณสุข

การให้บริการสาธารณสุขของรัฐระดับ 1 เป็นการให้บริการสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบื้องต้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในหมู่บ้านและตำบล สามารถให้การดูแลรักษาได้ แต่ถ้าหากเกินความสามารถก็จัดส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในแต่ละอำเภอ ซึ่งมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้นมีแพทย์ พยาบาล และเตียงไว้สำหรับรับผู้ป่วยไว้รักษา แต่ถ้าหากโรคนั้นมีความรุนแรงก็ต้องจัดส่งต่อไปอีกเช่นกัน

การให้บริการสาธารณสุขของรัฐระดับ 2 เป็นการให้บริการสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคของระบบต่างๆ ซึ่งเกินความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่จะตรวจรักษาเนื่องจากอัตรากำลังของแพทย์และเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจรักษา การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปหรือแต่เดิมเรียกว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัด

การให้บริการสาธารณสุขของรัฐระดับ 3 เป็นการให้บริการสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนและต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการตรวจและวินิจฉัย การบริการสาธารณสุขระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

3.9 การหาขนาดพื้นที่ใช้สอยและขนาดของพื้นที่ตั้งโครงการ

ขนาดและรูปร่างของที่ดิน

ขนาดของที่ดินขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล และที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยทั่วไปอัตราส่วนระหว่างขนาดของโรงพยาบาลกับขนาดของที่ดินในบริเวณแหล่งชุมชนจะมีอัตราส่วนโดยประมาณดังนี้คือ

ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)	ขนาดที่ดินประมาณ(ไร่)
100	3
200	5
400	7

สำหรับตัวเลขข้างต้นเป็นตัวเลขที่ขณะนั้น FAR =1:10 ทั่วประเทศ ดังนั้น อาคารทั่วไปจะเป็นอาคารสูง รวมถึงอาคารจอดรถ หอพักพยาบาล และไม่ได้เตรียมที่ดินเพื่อการขยายตัวของโรงพยาบาล ดังนั้น ถ้ามีการเตรียมการเพื่อการขยายตัวในอนาคตต้องเพิ่มขนาดของที่ดิน แต่เนื่องจากโครงการโรงพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องขยายตัวในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง เพื่อความเหมาะสมต่อประเภทการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงต้องการขนาดที่ดินมากกว่าตามความเหมาะสม

การประมาณจำนวนเตียง: พื้นที่ก่อสร้างอาคาร

จำนวนเตียง	พื้นที่ก่อสร้างอาคาร โดยประมาณ (รวมอาคารจอดรถและหอพักพยาบาล)	
100	14,000	ตารางเมตร
150	20,000	ตารางเมตร
200	25,000	ตารางเมตร
250	32,000	ตารางเมตร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดลอกและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

อัตราส่วนระหว่างพื้นที่ส่วนต่างๆในโรงพยาบาลทั่วไป

อัตราส่วนร้อยละ โรงพยาบาล 100 เตียง พื้นที่ประมาณ 14,000 ตารางเมตร จะแบ่งเป็น

ส่วนบริหาร	3	420	ตารางเมตร
ส่วนผู้ป่วยนอก	11	1,540	ตารางเมตร
ส่วนเภสัชกรรม	2	280	ตารางเมตร
ส่วนวินิจฉัยโรค	4	560	ตารางเมตร
ส่วนกายภาพบำบัด	1	140	ตารางเมตร
ส่วนผ่าตัด	5	700	ตารางเมตร
ส่วนผู้ป่วยหนัก	2	280	ตารางเมตร
ส่วนผู้ป่วยใน	33	4,620	ตารางเมตร
ส่วนบริการ	6	840	ตารางเมตร
ส่วนช่างและซ่อมบำรุง	4	560	ตารางเมตร
ส่วนหอพัก	5	700	ตารางเมตร
ส่วนจอดรถ	24	3,360	ตารางเมตร
รวม	100	14,000	ตารางเมตร

3.10 ตำแหน่งที่ตั้งของที่ดิน

ควรพิจารณาถึงความสะดวกในการจราจร ตำแหน่งที่ตั้งของโรงพยาบาลจึงควรอยู่ติดถนนใหญ่ที่มีการจราจรไปมาได้สะดวก ตั้งอยู่ในที่ชุมชนไม่พลุกพล่าน มีความหนาแน่นของชุมชนน้อยและไม่ควรห่างไกลจากตัวเมืองมากนัก ซึ่งควรที่จะสามารถติดต่อโรงพยาบาลทั่วไปได้ง่าย ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกในการอาศัยกำลังแพทย์จากโรงพยาบาลใกล้เคียง มาช่วยเสริมเมื่อมีความจำเป็น ซึ่งเป็นการได้ประโยชน์ด้วยกันทั้งสองฝ่าย และในขณะเดียวกัน ที่ตั้งนั้นควรมีความสงบและมีความปลอดภัยเป็นธรรมชาติ

พิจารณาเกี่ยวกับที่ตั้งและแนวคิดในการวางตัวอาคาร ควรสร้างบรรยากาศแบบบ้าน เพื่อลดความกดดันกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ควรมีพื้นที่โล่งกว้างที่เป็นสวนพอสสมควร สำหรับผู้ป่วย เพื่อกิจกรรมบำบัดและการพักผ่อนของผู้ป่วย ตัวอาคารไม่ควรมีความสูงหลายชั้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รูปแบบของอาคารจึงควรมีลักษณะเดี่ยวๆ วางตัวอาคารแยกเป็นโซนอย่างชัดเจน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3.11 การวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ

ในปัจจุบันมีการขยายตัวของเมือง สภาพเศรษฐกิจและการเพิ่มขึ้นของประชากรในอัตราการแข่งขันที่สูง ส่งผลให้อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มสูงขึ้นมากขึ้นทุกปี แต่สถานที่หรือโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยทางจิตกลับมีเท่าเดิม ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการและการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนและประเทศชาติซึ่งส่งผลให้เสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ โดยผู้ป่วยที่พบในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นคนวัยทำงานและวัยรุ่น

กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดใหญ่ ความเครียดของผู้คนมีมาก และกำลังประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โรคจิต และ โรงพยาบาลที่รักษาเฉพาะทางจิตเวช โดยเฉพาะในจังหวัดกรุงเทพฯ คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยาซึ่งเป็นที่ของรัฐบาล และ โรงพยาบาลมนารมย์ ซึ่งเป็นของเอกชนจึงไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยทำให้เกิดการแออัดภายในโรงพยาบาล และประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลง จึงควรมีโครงการที่เป็นโรงพยาบาลจิตเวชมารับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเน้นให้บริการประชาชนในภาคกลางและกรุงเทพฯ เพื่อเป็นการลดภาระของโรงพยาบาลจิตเวชอื่น ลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วย แต่เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

และกรุงเทพฯถือได้ว่าเป็นเมืองศูนย์กลางทางภาคกลาง การคมนาคมสะดวก สาธารณูปโภคพร้อม ทำให้กรุงเทพฯมีความเหมาะสมในการตั้ง โรงพยาบาลจิตเวชเพื่อให้บริการทางการบำบัดรักษาทางจิตเวชและรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชที่มากขึ้น

3.12 เกณฑ์ในการพิจารณาที่ตั้งโครงการ

1. ข้อพิจารณาเกี่ยวกับทำเลที่ตั้ง ควรเป็นสถานที่สงบเงียบ มีลักษณะเป็นธรรมชาติร่มรื่น เพื่อผลดีต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตของผู้ป่วย ตั้งอยู่ในที่มีความหนาแน่นของชุมชนน้อย เพื่อลดปัญหาความวุ่นวายต่างๆทั้งความแออัดและปัจจัยอื่นๆ โดยต้องไม่ไกลจากตัวเมืองมากนัก ควรสามารถติดต่อโรงพยาบาลทั่วไปได้โดยง่าย

2. ข้อพิจารณาเกี่ยวกับตัวที่ตั้ง โรงพยาบาลจิตเวชควรสร้างบรรยากาศแบบบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ตัวอาคารไม่ควรสูงหลายชั้น โดยเฉพาะอาคารนอนผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้น แนวทางในการออกแบบอาคาร ตัวอาคารจะมีลักษณะที่ไม่สูง ขยายตัวตามแนวนอนเป็นหลัก และยังต้องการพื้นที่โล่งเพื่อการพักผ่อนและกิจกรรมบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วย

3.13 พิจารณาเลือกที่ตั้งโครงการ

จากการพิจารณาผังเมืองรวม การแบ่งโซนที่ดิน โดยแยกตามสีนั้น ควรเลือกที่ตั้งโครงการในโซนพื้นที่สีเหลือง เนื่องจากเป็นเขตพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของชุมชนน้อย และไม่เป็นเขตพื้นที่ว่างจนเกินไป มีชุมชนในปริมาณที่พอเหมาะจึงเหมาะแก่การพิจารณาเลือกเป็นที่ตั้งโครงการโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งต้องการความสงบพอสมควรแต่ก็จำเป็นที่จะต้องอยู่ในแหล่งชุมชนเพื่อการคมนาคมเข้าถึงโครงการได้สะดวก และยังสามารถรองรับผู้ป่วยในเขตชุมชนและจังหวัดกรุงเทพฯ ได้อีกด้วย โดยได้พิจารณาจากพื้นที่ที่อยู่ในเขตที่ดินสีเหลืองที่เลือกมาพิจารณา 14 เขต ได้แก่

1. เขตดอนเมือง
2. เขตบางเขน
3. เขตลาดพร้าว
4. เขตสายไหม
5. เขตบึงกุ่ม
6. เขตเกษตรนวมินทร์
7. เขตกาญจนาภิเษก กรุงเทพฯ
8. เขตทุ่งครุ
9. เขตประเวศ
10. เขตบางกะปิ
11. เขตวังทองหลาง
12. เขตสวนหลวง
13. เขตลาดกระบัง
14. เขตสะพานสูง

จึงได้เลือกวิเคราะห์พื้นที่ในเขตต่างๆ โดยคำนึงถึงทางสัญจรคมนาคมที่สะดวก อยู่ในแหล่งชุมชนที่หนาแน่นน้อยและไม่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่โดยรอบ โครงการการอยู่ใกล้โครงการที่ใกล้เคียงกันหรือโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงเพื่อการรองรับและส่งต่อผู้ป่วยเมื่อคราวจำเป็น โดยเลือกพิจารณาพื้นที่ในเขตที่เข้าข่ายความเหมาะสมเป็นที่ตั้งโครงการ ดังนี้

1. เขตบางกะปิ ใกล้โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลสิรินธรและโรงพยาบาลเกษมราษฎร์
2. เขตประเวศ ใกล้โรงพยาบาลสิรินธร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เมื่อได้ศึกษาสภาพพื้นที่ในจังหวัดกรุงเทพฯ รวมไปถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อการออกแบบและก่อตั้งโครงการ ประกอบกับผังเมืองรวมที่แบ่งโซนตามสีแล้วพบว่าบริเวณถนนศรีนครินทร์ เหมาะสมในการตั้งโครงการด้วยเหตุผล ที่การตั้งโรงพยาบาลจิตเวช ต้องการความสงบพอสมควรแต่ก็จำเป็นต้องอยู่ในเขตที่มีชุมชนเช่นกัน เพื่อการเข้าถึงได้สะดวก และยังรองรับผู้ป่วยในชุมชนได้ และได้เลือกพื้นที่ประกอบการพิจารณาเลือกที่ตั้งโครงการ 3 ที่ ดังนี้

การให้คะแนนการเลือกที่ตั้งโครงการ

รายละเอียด	ความสำคัญ	SITE ที่ 1	คะแนน
1. การใช้ที่ดินตามกฎหมายผังเมือง	4	4	16
2. ลักษณะของชุมชน	3	3	9
3. เส้นทางการสัญจร	3	3	9
4. การเชื่อมกันระหว่าง โครงการประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียง	3	3	9
5. สภาพแวดล้อม	4	3	12
6. ระบบสาธารณูปโภค	4	4	16
7. ความสูงต่ำของพื้นที่	3	2	6
8. การเข้าถึงโครงการ	3	3	9
9. ความเหมาะสมในการให้บริการสาธารณสุข	4	3	16
10. การขยายโครงการ	3	3	9
รวม	34		110

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รายละเอียด	ความสำคัญ	SITE ที่ 2	คะแนน
1. การใช้ที่ดินตามกฎหมายผังเมือง	4	4	16
2. ลักษณะของชุมชน	3	2	6
3. เส้นทางการสัญจร	3	3	9
4. การเชื่อมกันระหว่าง โครงการประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียง	3	3	9
5. สภาพแวดล้อม	4	2	8
6. ระบบสาธารณูปโภค	4	4	16
7. ความสูงต่ำของพื้นที่	3	2	6
8. การเข้าถึงโครงการ	3	3	9
9. ความเหมาะสมในการให้บริการสาธารณสุข	4	3	12
10. การขยายโครงการ	3	3	9
รวม	34		100

รายละเอียด	ความสำคัญ	SITE ที่ 3	คะแนน
1. การใช้ที่ดินตามกฎหมายผังเมือง	4	4	16
2. ลักษณะของชุมชน	3	2	6
3. เส้นทางการสัญจร	3	3	9
4. การเชื่อมกันระหว่าง โครงการประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียง	3	3	9
5. สภาพแวดล้อม	4	2	8
6. ระบบสาธารณูปโภค	4	4	16
7. ความสูงต่ำของพื้นที่	3	3	9
8. การเข้าถึงโครงการ	3	3	9
9. ความเหมาะสมในการให้บริการสาธารณสุข	4	4	16
10. การขยายโครงการ	3	2	6
รวม	34		104

ดังนั้น SITE ที่ 1 จึงเหมาะสมกับการเลือกเป็นที่ตั้งโครงการมากที่สุด

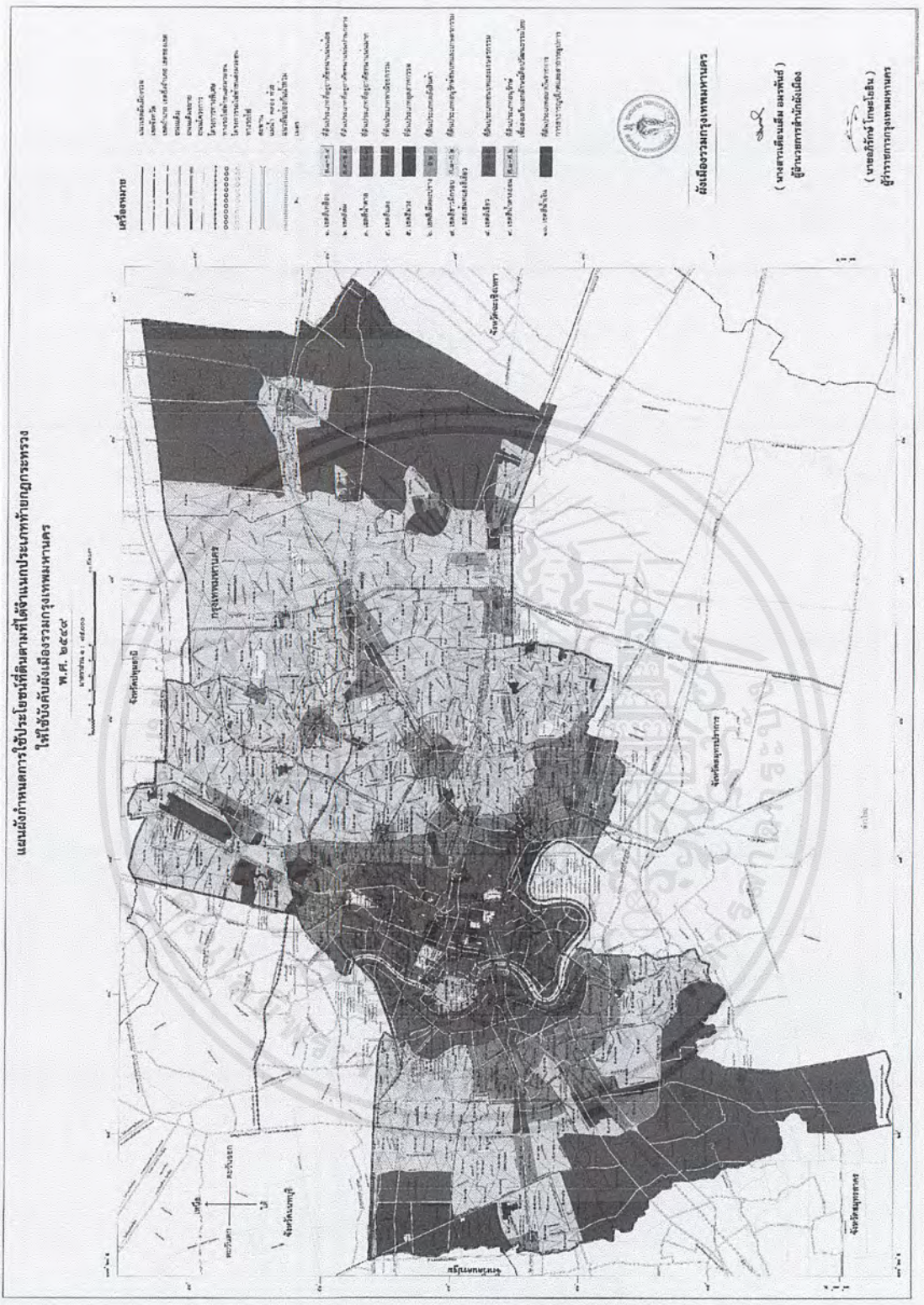
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รูปร่างของที่ดิน

มีลักษณะเป็นที่เหลี่ยมคางหมู ด้านเฉียงอยู่ทางด้านหน้าของที่ดิน ซึ่งด้านหลัง ด้านซ้าย และด้านขวาของที่ดินเป็นลักษณะด้านตรง จึงไม่มีปัญหาทางด้านมุมมองและการเข้าถึง และง่ายต่อการจัดวางอาคาร

รายละเอียดที่ใช้ในการพิจารณา

1. การใช้ที่ดินตามกฎหมายผังเมือง
2. ลักษณะของชุมชน
3. เส้นทางการสัญจร
4. การเชื่อมกันระหว่างโครงการประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียง
5. สภาพแวดล้อม
6. ระบบสาธารณูปโภค
7. ความสูงต่ำของพื้นที่
8. การเข้าถึง โครงการ
9. ความเหมาะสมในการให้บริการสาธารณสุข
10. การขยายโครงการ



ภาพที่ 3.1 แสดงการแบ่งเขตโซนต่างๆ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดลอกเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

SITE ที่ 1

ที่ตั้ง

ถนน ศรีนครินทร์

เขต บางกะปิ

ขนาดที่ดิน 63,000 ตารางเมตร หรือ 39.5 ไร่

สภาพทั่วไปของที่ตั้งโครงการ

ที่ตั้งโครงการอยู่บริเวณถนนศรีนครินทร์ สภาพปัจจุบันของพื้นที่เป็นที่โล่ง ไม่มีสิ่งก่อสร้าง สภาพแวดล้อมข้างเคียงจะเป็นอาคารพาณิชย์ ซึ่งไม่ห่างจากที่ตั้งโครงการมากนัก และอาคารโดยรอบมีการกระจายตัวไม่แออัด ที่ตั้งโครงการมีขอบเขตดังนี้

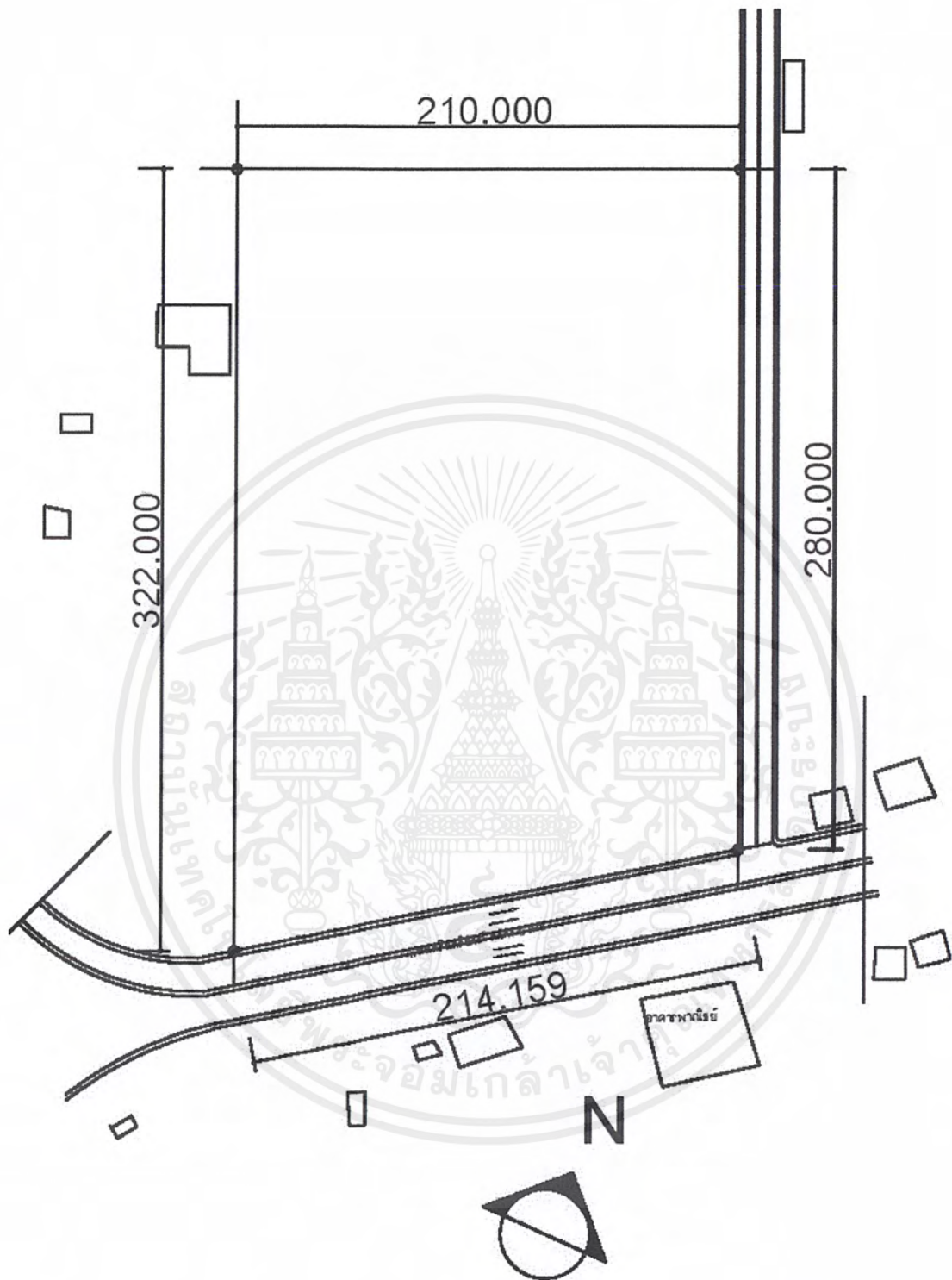
- ทิศเหนือ ติดกับพื้นที่สาธารณะของโรงพยาบาลสมิติเวช
- ทิศตะวันออก ติดถนนศรีนครินทร์ กว้าง 6 เลน
- ทิศใต้ ติดถนนมอเตอร์เวย์
- ทิศตะวันตก ติดกับสวนสาธารณะของโรงพยาบาลสมิติเวช

ขนาดและรูปร่างของที่ตั้งโครงการ เป็นพื้นที่สี่เหลี่ยมคางหมู ด้านเฉียงติดถนนศรีนครินทร์ ขนาดที่ดิน กว้าง 210 เมตร เส้นขอบด้านซ้ายยาว 322 เมตร เส้นขอบด้านขวายาว 280 เมตร เส้นขอบด้านหน้ายาว 214 เมตร มีพื้นที่ประมาณ 63,000 ตารางเมตร ความสัมพันธ์ระหว่างที่ตั้งโครงการกับพื้นที่ใกล้เคียงทั้งหมด พื้นที่โครงการทั้งหมด (39.5ไร่)



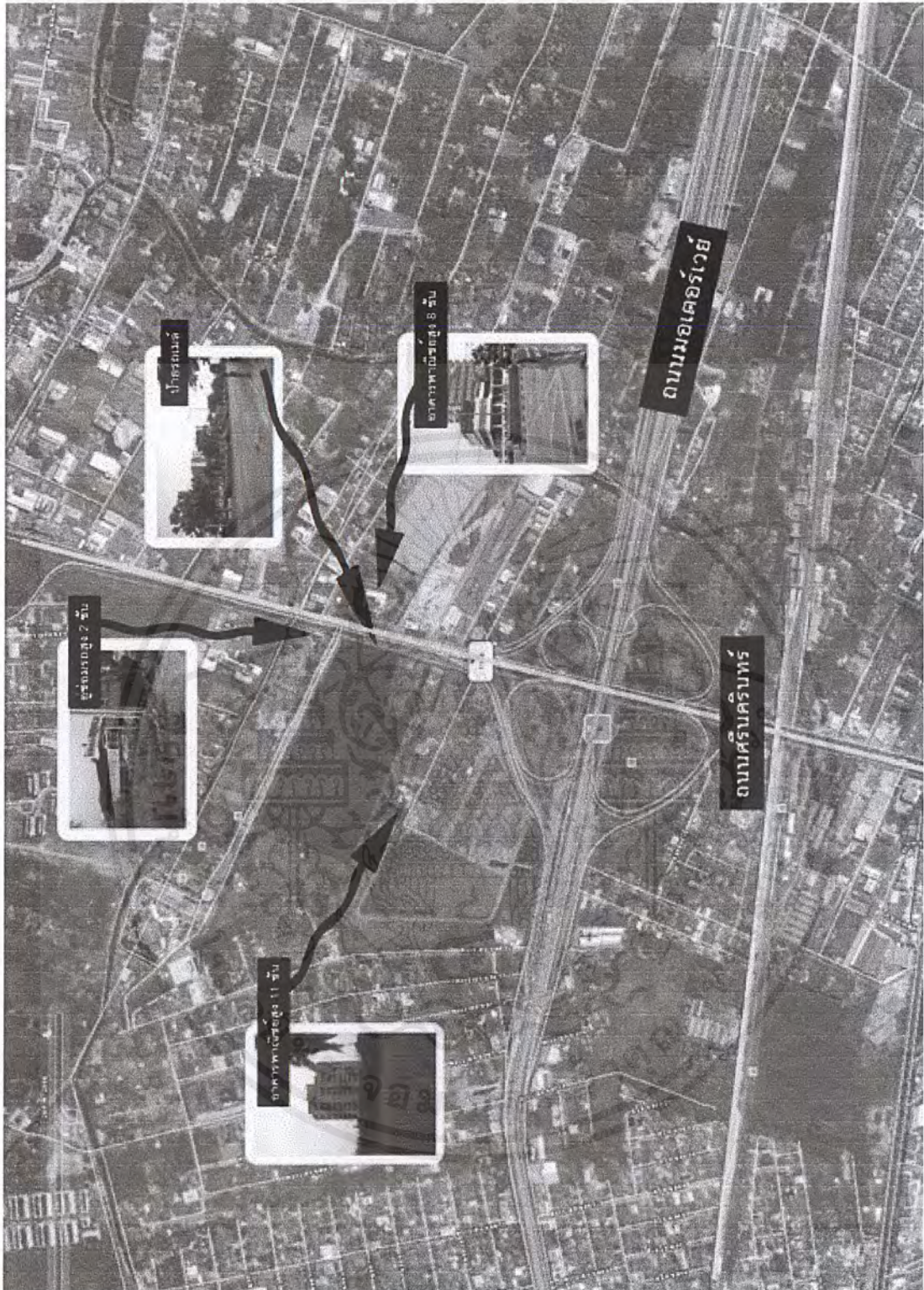
ภาพที่ 3.2 แสดงตำแหน่งที่ดินที่ตั้งโครงการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดลอกเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.3 แสดงรูปร่าง ขนาด และขอบเขตที่ดินที่ตั้งโครงการ

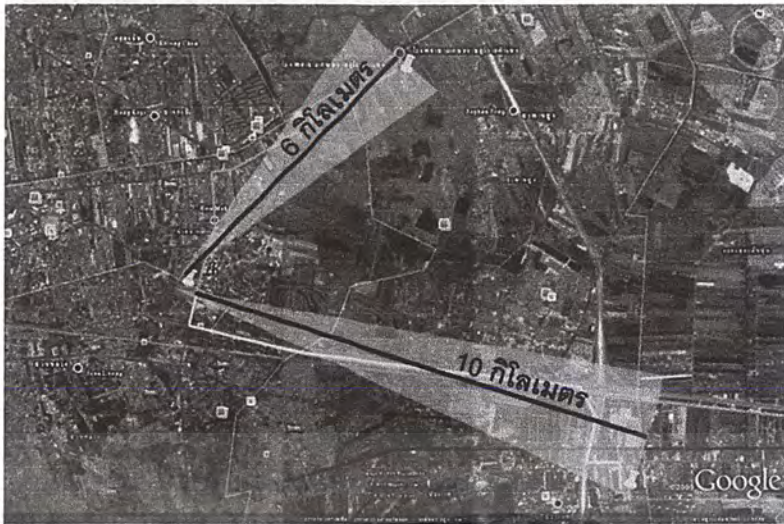
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.4 แสดงเส้นทางสัญจรคมนาคมติดต่อหลัก และอาคารข้างเคียงที่ตั้งโครงการ

- ด้านหน้า ติดถนนศรีนครินทร์ ฝั่งที่ดินมีป้ายรถประจำทาง ฝั่งตรงข้ามเป็นอาคารพาณิชย์สูง 8 ชั้น
- ด้านขวา มองจากด้านหน้าที่ดินมีอยู่จอดรถสูงสองชั้นเป็นอาคารข้างเคียงมีถนนกัน
- ด้านซ้าย มองจากด้านหน้าที่ดินมีอาคารพาณิชย์สูง 11 ชั้น
- ด้านหลัง ติดกับที่ดินสวนสาธารณะของโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.5 แสดงระยะทางเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลอื่นๆ

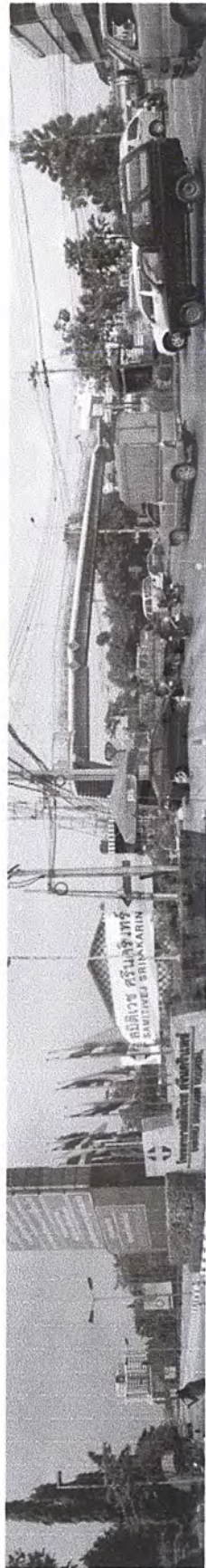
จากจุดที่ตั้งของโครงการห่างออกไปประมาณ 10 กิโลเมตร จะมีโรงพยาบาลสิรินธร ตั้งอยู่ในทางทิศตะวันออกและอีกประมาณ 6 กิโลเมตรทางด้านทิศตะวันออกเฉียงเหนือจะมีโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ตั้งอยู่ซึ่งหากมีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยสามารถส่งต่อดังกล่าวได้และถือเป็นเส้นทางที่เดินทางได้สะดวก



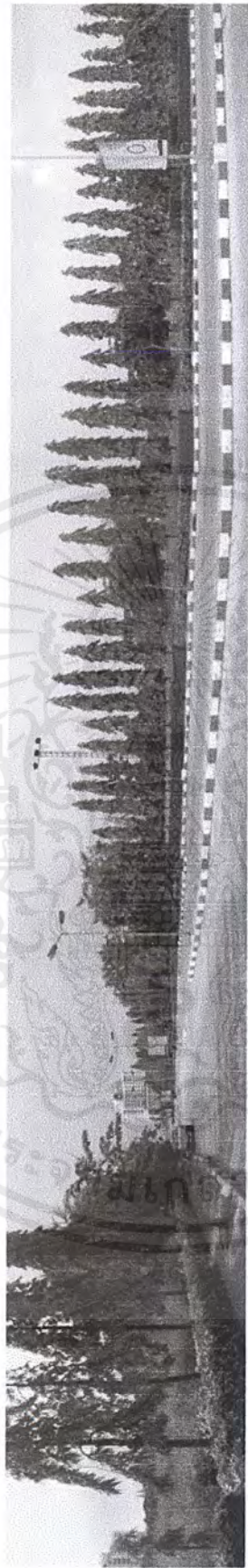
ภาพที่ 3.6 แสดงรูปร่างและตำแหน่งของที่ตั้งโครงการ และวิเคราะห์ปัจจัยทางธรรมชาติต่อที่ตั้งโครงการ

ในทิศต่างๆจะมีลมพัดเข้ามาทุกทิศทางในแต่ละฤดู จึงมีช่องเปิดให้สำหรับลมเข้าเพื่อเป็นการประหยัดพลังงาน แสงอาทิตย์จะอ้อมทางด้านใต้ ทำให้ด้านทิศใต้(ด้านข้างอาคาร) จะร้อนที่สุดในช่วงเวลาบ่ายจึงได้มีการออกแบบห้องต่างๆให้อยู่ในทิศทางที่เหมาะสม ติดตั้งพินกันแสงและแก้ปัญหาไม่ให้ส่งผลกระทบต่อผู้ใช้งานในอาคาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.7 มุมมองจากด้านหน้าที่ตั้งโครงการมองไปฝั่งตรงข้ามที่ตั้งโครงการ



ภาพที่ 3.8 มุมมองจากด้านหน้าที่ตั้งโครงการมองเข้าไปตามทางลัดฝั่งขวาของที่ตั้งโครงการ



ภาพที่ 3.9 มุมมองจากด้านขวาของที่ตั้งโครงการ มองเข้าไปในที่ตั้งโครงการ ครอบคลุมจนถึงด้านหลังของที่ตั้งโครงการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.10 แสดงมุมมองจากด้านหน้าของที่ตั้งโครงการ มองไปยังฝั่งตรงข้ามของที่ตั้งโครงการ โดยมีถนนศรีนครินทร์กว้าง 6 เลน หน้าที่ดินที่จัดโครงการ

สรุปการวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ

จากการพิจารณาบริเวณโดยรอบที่ดินนี้ มีความหนาแน่นของชุมชนปานกลาง ตำแหน่งที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ติดถนนใหญ่ เส้นทางสัญจรมีการเชื่อมต่อของถนนสายหลักได้อย่างทั่วถึง มีทั้งถนนศรีนครินทร์และมอเตอร์เวย์ ทั้งยังมีทางสัญจรติดต่อโรงพยาบาลสิรินธรและโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งห่างจากโครงการไม่ไกลนัก สะดวกต่อการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อจำเป็น มุมมองจากโครงการ ไม่มีอาคารสูงมาบดบังทัศนียภาพ รูปร่างของที่ดินเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีส่วนด้านหน้าที่ดินเท่านั้นที่มีลักษณะหน้าเฉียง ที่ดินค่อนข้างสมมาตรซึ่งเป็นผลดีต่อการวางอาคาร ที่ตั้งโครงการมีความสงบ ปลอดภัยและเป็นธรรมชาติ

SITE ที่ 2

ที่ตั้ง

ถนน พัฒนาการ

ซอย กรุงเทพมหานคร

ขนาดที่ดิน 65,800 ตร.ม. หรือ 41 ไร่

ถนนพัฒนาการ เป็นถนนสายสำคัญสายหนึ่งของกรุงเทพมหานคร มีขนาด 6 ช่องทางจราจร เลี้ยวเข้ามาในซอยกรุงเทพมหานคร ประมาณ 1.30 กิโลเมตรซึ่งไม่ไกลจากถนนใหญ่สัก และยังเชื่อมต่อกับถนนศรีนครินทร์และมอเตอร์เวย์ได้โดยง่ายสะดวกต่อการเดินทาง



ภาพที่ 3.11 แสดงตำแหน่งที่ดิน และเส้นทางสัญจรหลัก



ภาพที่ 3.12 แสดงตำแหน่ง รูปร่างของที่ดิน วิเคราะห์มุมมองและปัจจัยทางธรรมชาติต่อที่ดิน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.13 แสดงมุมมองของถนนพัฒนาการ บริเวณปากซอยกรุงเทพฯ

ถนนพัฒนาการบริเวณปากซอยกรุงเทพฯ เป็นถนน 6 เลน มีเกาะกลางกั้น แบ่งเป็น ฟันงะ 3 เลน การจราจรคล่องตัวและสะดวก ถนนโล่งกว้างไม่แออัด



ภาพที่ 3.14 แสดงมุมมองจากฝั่งสนามกอล์ฟ มองเฉียงไปยังด้านหน้าของที่ดิน

ถนนด้านหน้าที่ดินเป็นถนนกว้าง 2 เลนสวนกัน การคมนาคมไม่พลุกพล่านมีรถประจำทางวิ่งผ่าน ฟันงะข้ามกับที่ดินด้านหน้าเป็นสนามกอล์ฟ ซึ่งเป็นมุมมองที่ดีต่อทัศนียภาพของที่ดิน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.15 แสดงป้ายรถประจำทาง ผังตรงข้ามด้านหน้าที่ดิน

มีป้ายรถประจำทาง และรถประจำทางสาย 93,171 และ ปอพ.20 ด้านหน้า และ ด้านตรงข้ามที่ดิน



ภาพที่ 3.16 แสดงมุมมองที่ดินข้างเคียง

ทางเข้าทางด้านข้างขวาของที่ดินเป็นถนน 2 เลนสวนกัน เพื่อเข้าหมู่บ้านสวนริมคลอง ซึ่งอยู่ด้านข้างก่อน ไปทางด้านหลังของที่ดิน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.17 แสดงมุมมอง ทางบริเวณด้านขวาของที่ดินมองเข้าไปในที่ดิน จากทางเข้าของหมู่บ้านสวนริมคลอง



ภาพที่ 3.18 แสดงมุมมองส่วนที่ติดต่อกับพื้นที่ด้านซ้ายของที่ดิน
พื้นที่ด้านซ้ายของที่ดิน เป็นอุ้งรถประจำทาง บริเวณข้างอุ้งรถประจำทางเป็นพื้นที่โล่งติดกับที่ดินที่นำมาวิเคราะห์

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.19 แสดงมุมมองเข้าไปในบริเวณด้านหลังของที่ดิน

ด้านหลังที่ดินเป็นหมู่บ้านและมีคลองกั้นระหว่างที่ดิน ไม่มีอาคารสูงมาขวางกั้นทางแคด ลม และทัศนียภาพ

สรุปการวิเคราะห์ที่ดิน

ข้อดีของที่ดิน

จากการพิจารณาบริเวณ โดยรอบที่ดินนี้ มีความหนาแน่นของชุมชนน้อยซึ่งมีความสงบ เส้นทางสัญจรมีการเชื่อมต่อถนนสายหลักคือ ถนนศรีนครินทร์และมอเตอร์เวย์ รูปร่างของที่ดินไม่บิดเบี้ยวนัก ด้านหลังที่ดินติดลำคลอง รอบข้างเป็นถนนทำให้ที่ดินนี้ไม่มีส่วนที่ติดกับอาคารอื่นโดยตรง มีป้ายรถประจำทางหน้าที่ดิน

ข้อเสียของที่ดิน

มีแอ่งน้ำในที่ดินบางส่วนเวลาก่อสร้างต้องมีการถม แต่เป็นแอ่งที่ไม่ลึกสูงประมาณ 40 เซนติเมตร มีปัญหาในเรื่องของผู้ที่ไม่มีรถส่วนตัวมาโครงการ เนื่องจากชอยห่างจากถนนใหญ่ 1.30 กิโลเมตร แม้จะมีรถประจำทางผ่านหน้าที่ดิน

SITE ที่ 3

ที่ตั้ง

ถนน รามคำแหง

เขตบางกะปิ

ขนาดที่ดิน 53,250 ตร.ม. หรือ 33 ไร่



ภาพที่ 3.20 แสดงตำแหน่ง รูปร่างของที่ดิน วิเคราะห์มุมมองและปัจจัยทางธรรมชาติต่อที่ดิน



ภาพที่ 3.21 แสดงตำแหน่งที่ดิน และเส้นทางสัญจรหลัก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.22 แสดงมุมมองเส้นทางสัญจรจากด้านหน้าที่ดิน

บริเวณด้านหน้าของที่ดินเป็นถนนรามคำแหง กว้าง 6 เลน มีเกาะกลางถนนแบ่งเลนของถนนออกเป็น 2 ฝั่ง ฝั่งละ 3 เลน มาจากถนนศรีนครินทร์ การจราจรไม่แออัด



ภาพที่ 3.23 แสดงมุมมองจากด้านหน้าหันเข้าหาที่ดิน มองเลียบตามแนวเขตที่ดินด้านหน้า บริเวณด้านหน้าของที่ดินมีลักษณะหน้ากว้างติดถนน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.24 แสดงมุมมองจากทางด้านข้างซ้ายของที่ดินมองเข้าไปทางด้านหลังของที่ดิน



ภาพที่ 3.25 แสดงมุมมองจากด้านซ้ายของที่ดินมองเข้าไปเป็นที่โล่ง

มุมมองจากด้านซ้ายของที่ดินมองเข้าไปเป็นที่โล่งเห็นระดับพื้นได้ชัดเจน ด้านหลังเป็นโรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ มีพื้นที่โล่งด้านหลังและด้านข้างที่ดินไม่มีอาคารสูงมาบดบังทิศทางแดด ลม และทัศนียภาพ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.26 แสดงมุมมองในซอยทางด้านขวาของที่ดิน ด้านข้างเป็นอู่รถยนต์



ภาพที่ 3.27 แสดงมุมมองพื้นที่ข้างเคียงทางด้านขวาของที่ดิน

ทางด้านขวาของที่ดินมองออกไปเป็นหมู่บ้าน ซึ่งมีจำนวนมากอาจส่งผลกระทบต่อความแออัดของพื้นที่ แต่ก็ยังมีพื้นที่โล่งเป็นที่ว่างกันระหว่างที่ดินกับหมู่บ้านพอสมควรไม่ติดกันจนเกินไป

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.28 แสดงมุมมองบริเวณด้านหลังของที่ดิน
บริเวณด้านหลังของที่ดินเป็นลำคลอง และมีสิ่งปลูกสร้างไม่ถาวร

สรุปการวิเคราะห์ที่ดิน

ข้อดีของที่ดิน

จากการพิจารณาบริเวณ โดยรอบที่ดินนี้มีความหนาแน่นของชุมชนน้อยซึ่งมีความสงบ
เส้นทางสัญจรมีการเชื่อมต่อของถนนสายหลักได้ มีทั้งถนนพัฒนาการและมอเตอร์เวย์ ทางสัญจร
ถือว่าค่อนข้างดี

ข้อเสียของที่ดิน

ทางด้านขวาของที่ดินจะเป็นหมู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ อาจทำให้เกิดความพลุกพล่านแออัด
ส่งผลกระทบต่อที่ดิน

บทที่ 4

การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่างประเภทเดียวกัน

การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่าง เป็นการศึกษอาคารประเภทเดียวกับ โครงการ ที่ได้รับการออกแบบและก่อสร้างจริงเรียบร้อยแล้ว เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดองค์ประกอบ ของโครงการ และการออกแบบต่อไป

4.1 การศึกษาอาคารตัวอย่างประเภทเดียวกันภายในประเทศไทย

4.1.1 โรงพยาบาลมหารมย์

เจ้าของโครงการ

หน่วยงานเอกชนบริษัท พีเอซี (สยาม) จำกัด PAC (SiamCo.,Ltd. [(Psychiatric Associates Corporation,PAC)])

ที่ตั้ง

บนถนนสุขุมวิท ซอย 70/3 (ซอยหมู่บ้านนภาลัย) บางนา กรุงเทพฯ 10260 ประเทศไทย

ประวัติ

เนื่องด้วยปัจจุบัน ความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่ความสามารถตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวยังไม่เพียงพอ คณะจิตแพทย์หลายท่าน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้ร่วมกันก่อตั้ง บริษัท พีเอซี (สยาม) จำกัด PAC (Siam) Co.,Ltd. [(Psychiatric Associates Corporation,PAC)] ขึ้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2546 เพื่อดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลมหารมย์ซึ่งเป็น โรงพยาบาลเอกชนเฉพาะทางสุขภาพจิต และจิตเวชแห่งแรกในประเทศไทย และสร้างเสร็จในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลมหารมย์ตั้งอยู่บนที่ดินประมาณ 7 ไร่ บนถนนสุขุมวิท ซอย 70/3 (ซอยหมู่บ้านนภาลัย) ใกล้สี่แยกบางนาเป็น โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เปิดให้บริการมาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิตทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน การรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต ปัญหาจิตเวชและระบบประสาทให้แก่ผู้ป่วยทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช ประสาทวิทยาและสาขาที่เกี่ยวข้องจาก หลายสถาบันการแพทย์ในประเทศไทย

2. โรงพยาบาลมหารมย์ เปิดให้บริการดูแลรักษาเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างครบวงจร ประกอบด้วยบริการผู้ป่วยนอก ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมทั้งแบบโปรแกรมกลางวัน และแบบพำนักใน โรงพยาบาลซึ่งมีทั้งห้องกลุ่มกิจกรรมบำบัด ห้องสนทนาการ ห้องกายภาพบำบัด สนามกลางแจ้ง ห้องสำหรับฝึกผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น โรงพยาบาลมหารมย์ เชื่อมมั่นว่าจะเป็นองค์กรที่มีส่วนช่วยให้สุขภาพจิตของประชาชนในสังคมไทยดีขึ้นและเป็นสังคม ที่น่าอยู่มากขึ้น

3. โรงพยาบาลมหารมย์ เป็นโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตแห่งแรกในประเทศ ที่มอบทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่ต้องการค้นหาและพัฒนาศักยภาพในตัวเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดูแลรักษาสุขภาพจิตให้แข็งแรงสมบูรณ์เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและยั่งยืนสำหรับการใช้ชีวิต อย่างเป็นสุข

ลักษณะการบริการรักษาช่วยเหลือ

- การให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหา
- การตรวจรักษารายบุคคล
- การตรวจเป็นครอบครัว
- การฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม
- การอยู่โรงพยาบาลเพื่อการฝึกช่วงกลางวัน
- กิจกรรมบำบัด
- กลุ่มฝึกทักษะการเข้าสังคม
- การฝึกพูด
- กลุ่มผู้ปกครองสำหรับการปรับพฤติกรรมเด็ก
- การประชุมสัมมนาให้ความรู้กับผู้ปกครอง ครู ในหัวข้อเฉพาะ
- การเยี่ยม โรงเรียน
- การสอนเสริมวิชาการจากครู การศึกษาพิเศษ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การบริการของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยนอก

แผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการด้านเภสัชบำบัด การให้ความรู้และให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล กลุ่ม ครอบครัว และคู่สมรส การทำพฤติกรรมบำบัด กิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ เช่น

วิตกกังวล (Anxiety)

แพนิก (Panic)

ย้ำคิดย้ำทำ (OCD)

กลัวการเข้าสังคม (Social Phobia)

อารมณ์ซึมเศร้า (Depression)

ไบโพลาร์ (Bipolar)

สมาธิสั้น (ADHD)

กลัวอ้วน

การนอนหลับ

ปัญหาด้านเพศ

ปัญหาความจำ

อาการปวดเรื้อรัง

ปรึกษาปัญหาครอบครัว

ปรึกษาปัญหาชีวิตคู่

ผู้ป่วยใน

แผนกผู้ป่วยใน ให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลใกล้ชิดและการพักผ่อน ในสภาพแวดล้อมที่คล้ายบ้าน อบอุ่นเป็นกันเอง



ภาพที่ 4.1
ห้องพิเศษมีสวนหย่อม



ภาพที่ 4.2
ห้องพิเศษ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.3
ห้องเตียงเดี่ยว



ภาพที่ 4.4
ห้องเตียงคู่



ภาพที่ 4.1 - 4.5 แสดงบรรยากาศภายในห้องผู้ป่วยแบบต่างๆ
ห้องเตียงคู่

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

คลินิกปัญหาการนอน

บริการตรวจ วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ

1. นอนไม่หลับ หลับยาก หลับไม่สนิท หลับๆตื่นๆ ตื่นนอนแล้วไม่สดชื่น
2. ง่วงนอนตอนกลางวันมากเกินไป หลับง่าย หรือหลับในบ่อยๆ
3. พฤติกรรมละเมอ
4. กลุ่มอาการขาดลมหายใจช่วงการนอนหลับ (Sleep apnea syndrome) และนอนกรน
5. พฤติกรรมละเมอ และ REM sleep behavior disorder
6. กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข (Restless legs syndrome)
7. Periodic limb movement disorders
8. โรคลมหลับ (Narcolepsy)
9. ปัญหาการใช้ยานอนหลับ

กลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จัดตั้งขึ้นด้วยเจตนารมณ์ที่จะส่งเสริมการพัฒนาการสุขภาพจิตที่ดีในเด็กและวัยรุ่น และเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว สถาบัน การศึกษาและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่น ทางโรงพยาบาล เน้นความสำคัญของการเสริมสร้างครอบครัวที่มีความสุขและอบอุ่น โดยมีบริการจัดอบรม สัมมนา ให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะและส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม ในการดูแลเด็กและวัยรุ่น พร้อมให้บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษาและบำบัดรักษา ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กลุ่มปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

- พัฒนาการล่าช้า
- ปัญหาการเรียน
- ปัญหาเซาว์ปัญญา
- ปัญหาพฤติกรรมทั่วไป
- ปัญหาการกิน
- สมาธิสั้น
- ออทิสติก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ลักษณะการบริการรักษาช่วยเหลือ

- การให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหา
- การตรวจรักษารายบุคคล
- การตรวจเป็นครอบครัว
- การฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม
- การอยู่โรงพยาบาลเพื่อการฝึกช่วงกลางวัน
- กิจกรรมบำบัด
- กลุ่มฝึกทักษะการเข้าสังคม
- การฝึกพูด
- กลุ่มผู้ปกครองสำหรับการปรับพฤติกรรมเด็ก
- การประชุมสัมมนาให้ความรู้กับผู้ปกครอง ครู ในหัวข้อเฉพาะ
- การเยี่ยมโรงเรียน
- การสอนเสริมวิชาการจากครู การศึกษาพิเศษ

กลุ่มจิตเวชผู้สูงอายุ

ปัญหาความจำ

ปัญหาการนอน

ปัญหาทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า

ปัญหาภาวะสมองเสื่อม

โปรแกรมผู้สูงอายุ (Geriatric Day Care Program)

กิจกรรมกลางวัน (Day Program)

ผู้ที่จะได้ประโยชน์จากกิจกรรมกลางวัน

ผู้ป่วยที่ได้รับการความกระทบกระเทือนทางสมอง ทำให้มีปัญหาด้านการรับรู้ และการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น ยังผลให้เกิดความลำบาก ในการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตที่ต้องการฟื้นฟูให้สามารถช่วยตนเองได้ดีขึ้น และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรืออยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นและครอบครัวได้ดีพอ ขาดทักษะในการประกอบอาชีพที่เหมาะสม มีความวิตกกังวลสูง มีปัญหาด้านบุคลิกภาพ บุคคลที่มีปัญหา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เรื่องน้ำหนักตัวไม่สามารถออกกำลังหรือควบคุมอาหารได้ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยังขาดความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้บริการกิจกรรมกลางวันได้แก่

บุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมฝึกฝนให้มีความรู้ ความชำนาญ ในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนบริหารกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมกลางวันในการให้ความรู้ฟื้นฟูพัฒนาผู้รับบริการ โดยการทำงานร่วมกันเป็นทีม บุคลากรต่างๆ ดังกล่าวประกอบด้วย จิตแพทย์, นักกิจกรรมบำบัด, นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด

กิจกรรมบำบัด

บทบาททางกิจกรรมบำบัดในผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ Occupational therapy (OT)

กิจกรรมบำบัด คือ การนำกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายรวมทั้งวิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม มาใช้ในการบำบัดเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ การเรียนรู้และพัฒนาการเกี่ยวกับเด็กโดยกระบวนการตรวจประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้บุคคลดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ป้องกันการไร้ความสามารถและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

กิจกรรมบำบัดด้านสุขภาพจิต

1. การให้คำปรึกษาทางกิจกรรมบำบัด
2. การฝึกและให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการทำกิจวัตรประจำวัน
3. การส่งเสริมด้าน cognition และ perception เช่น กิจกรรมช่วยส่งเสริมด้านความจำ การทำกิจกรรมตามขั้นตอน ฯลฯ
4. กิจกรรมส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น บทบาทของบิดา มารดา ทักษะการสื่อสาร การรักษาสีทึ่
5. ทักษะการจัดการกับความเครียด และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
6. การจัดการด้านเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน
7. การจัดการด้านการใช้จ่ายเงิน รวมไปถึงการใช้จ่ายเงินในอนาคต
8. การวางแผนการทำงาน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุ

1. การฝึกและให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. ประเมินและให้การบำบัดในด้านการรับรู้ การรับสัมผัสและการเคลื่อนไหว
3. ประยุกต์และดัดแปลงอุปกรณ์เสริมและอุปกรณ์ช่วย
4. ให้คำแนะนำและดัดแปลงสภาพบ้านหรือสภาพแวดล้อมรวมทั้งขจัดสิ่งกีดขวางทางสถาปัตยกรรม
5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสงวนรักษาพลังงาน (energy conservation) ที่ถูกต้อง
6. การเสนอแนะให้ผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้รู้จักการเตรียมตัววางแผน เพื่อการยอมรับและเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ
7. จัดตารางเวลา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ภายหลังเกษียณอายุจากงานประจำ
8. เสริมสร้างสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจโดยผ่านทางกิจกรรม เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น

กิจกรรมบำบัดในเด็ก

ขอบข่ายงาน

1. คัดกรองพัฒนาการของเด็กปกติและเด็กที่มีอัตราเสี่ยงสูงเพื่อให้ทราบถึงระดับพัฒนาการ รวมถึงการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่แรกเริ่ม (Early intervention) ในเด็กกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการมีพัฒนาการล่าช้า
2. ให้การกระตุ้นบำบัดรักษาแก่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย
3. พัฒนาระบบการรับรู้และเรียนรู้ในเด็ก (Perception and Intellectual function)
4. พัฒนาระบบประสาทการรับรู้ความรู้สึก (Sensory integration system)
5. ให้การฝึกฝนในเรื่องกิจวัตรประจำวันแก่เด็กเพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ตามความสามารถ

การอบรมสัมมนา พัฒนา บุคลิกภาพและศักยภาพ

โรงพยาบาลนารมย์มอบทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่ต้องการค้นหาและพัฒนาศักยภาพในตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การอบรม สัมมนาทางด้านสุขภาพจิต (Seminar and Training)

การพัฒนาศักยภาพ (Potential Development)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- การพัฒนาบุคลิกภาพ (Personality Development)
- การสร้างทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal Relationship)
- การพัฒนาบุคคลในองค์กรด้วย โปรแกรมที่ปรับให้เข้ากับความต้องการของแต่ละองค์กร (Organization Psychology)
- การควบคุมอารมณ์ (Managing Emotion)
- การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย (Stress Management, Relaxation and Stress Reduction Techniques)
- การพัฒนาการและการเลี้ยงดูเด็ก (Child Development and Parenting)
- การตรวจสอบวินิจฉัยทางคลินิก
- การทดสอบทางจิตวิทยา เช่น เซาว์นปัญญา (IQ Test) ประสาทจิตวิทยา (Neuropsychology) เป็นต้น
- การตรวจทางด้านห้องปฏิบัติการ (Laboratory)

ลักษณะอาคาร

เป็นอาคารที่เพิ่งจะก่อตั้งขึ้นมาได้ไม่นานจึงมีรูปทรงที่ค่อนข้างล้ำสมัย มีการตกแต่งที่สวยงามคล้ายกับโรงแรม ให้บรรยากาศที่ไม่น่ากลัว

แนวความคิดในการออกแบบ

โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ป่วย การออกแบบเน้นความปลอดภัย โปร่งบรรยากาศที่ไม่เหมือนโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมที่หดหู่ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งนี้มีการออกแบบบรรยากาศคล้ายกับโรงแรม ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรอคัดและหดหู่ขณะที่ญาติผู้ป่วยพามารักษาหรือมาเยี่ยม

ลักษณะโครงสร้าง

โรงพยาบาลมณารมย์เป็น โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการได้ไม่นาน ลักษณะ โครงสร้างจึงเป็นระบบทั้งสำเร็จรูปและ โครงสร้างเหล็กผสมกัน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ประโยชน์ของการศึกษาอาคารตัวอย่าง

ได้ศึกษาแนวทางของ โรงพยาบาลจิตเวชเอกชน การออกแบบที่เน้นไปในทางที่ดูโมเดิร์น ตัวอาคารมีความโปร่ง ฟอรั่มอาคารก็เป็นแบบเรียบง่ายแต่น่าสนใจ

การวิเคราะห์อาคารตัวอย่าง

รูปทรงรวมไปถึงการก่อสร้างที่สะดวกซึ่งโดยรวมแล้วทั้งอาคารและสภาพแวดล้อมรอบๆ อาคารมีความเหมาะสมและสวยงาม การให้ความสำคัญในเรื่องของแสงสว่างก็สำคัญ ดังเช่นการเจาะช่องเปิดด้านบนเพื่อรับแสงสว่างทั้งยังประหยัดพลังงาน ผนังก็มีกระจก สลับกับผนังบ้างซึ่งถือว่ามีความพอดี อาคารมีความโปร่งในส่วน Public และผนังที่บดเจาะช่องเปิด เล็กน้อยในส่วน Private แต่อาคารมีการต่อเนื่องกันเกินไปไม่มีการแยกตึกผู้ป่วยที่ชัดเจน ไม่มีการกระจายตัวของอาคารเท่าที่ควร ตึกผู้ป่วยไม่เป็นส่วนตัวเท่าที่ควร



ภาพที่ 4.6

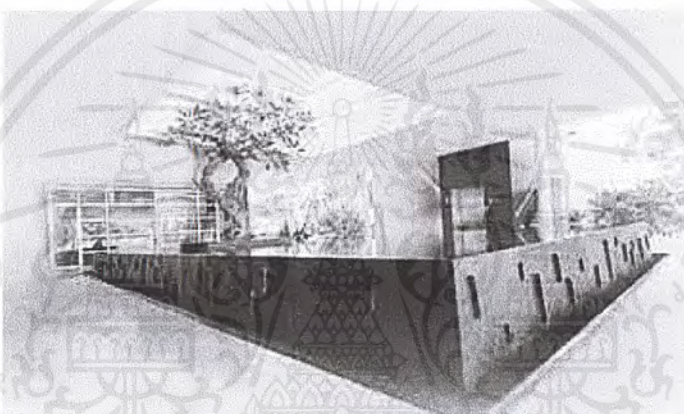
บริเวณค้ำหน้าของโรงพยาบาล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.7

บริเวณทางเข้าตัวอาคารดูเชื่อเชิญให้เข้าสู่ภายใน



ภาพที่ 4.8

ภายในอาคารมีการเจาะช่องเปิดบนเพดานเพื่อรับแสงธรรมชาติเข้ามาในอาคาร



ภาพที่ 4.6 - 4.9 แสดงบรรยากาศมุมมองต่างๆภายนอกอาคาร

ภาพรวมบริเวณโดยรอบของโครงการ โดยรวม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กรณีศึกษาอาคารตัวอย่างภายในประเทศไทย

4.1.2 โรงพยาบาลศรีธัญญา

โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลเฉพาะโรคทางจิตเวช เดิมชื่อ โรงพยาบาลโรคจิตนนทบุรี ด้วยความริเริ่มดำเนินการของ นายแพทย์หลวงวิเชียรแพทยาคม ได้ที่ดินมาจำนวน 1,067 ไร่ ตั้งอยู่เลขที่ 1 หมู่ที่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2484 โดยมีนายแพทย์ขจร อ้นตระการ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการคนแรก ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 1,430 เตียง มีพื้นที่ทั้งหมด 415 ไร่ 57 ตารางวา โดยนายแพทย์วัชรระ เพ็งจันทร์ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ก่อตั้ง

วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2484
ประเภทโรงพยาบาล โรงพยาบาลรัฐเฉพาะทาง
สังกัด กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการ นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
จำนวนเตียง 1,430

เจ้าของโครงการ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ที่ตั้ง

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
เว็บไซต์ www.srithanya.go.th

ประวัติความเป็นมา

โรงพยาบาลศรีธัญญา เดิมชื่อว่า โรงพยาบาลโรคจิตนนทบุรี ด้วยความริเริ่มดำเนินการของนายแพทย์หลวงวิเชียรแพทยาคม ตั้งอยู่เลขที่ 47 ถนนติวานนท์ หลักกิโลเมตรที่ 1 หมู่ที่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย มีพื้นที่จำนวน 1,067 ไร่ เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2484 โดยมีนายแพทย์จร อ้นตระการ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการคนแรก เมื่อเริ่มเปิดดำเนินการได้รับโอนผู้ป่วยชายเรื้อรังจำนวน 150 คน จากโรงพยาบาลโรคจิตนนทบุรี หรือสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในปัจจุบัน ต่อมาเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2485 โรงพยาบาลโรคจิตนนทบุรี ได้ย้ายมาสังกัดโรงพยาบาลโรคจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง บำบัดรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวชขนาด 1,430 เตียง มีพื้นที่ทั้งหมด 415 ไร่ 57 ตารางวา ได้รับการพัฒนาด้านการให้บริการ และสิ่งแวดล้อมสถานที่มีความสวยงาม มีผู้ศึกษาดูงานมากมายทั้งในและต่างประเทศ

เมื่อเริ่มเปิดดำเนินการได้รับโอนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาและรับผู้ป่วยจากเรือนจำนนทบุรี มาทำการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะนั้นมีศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลโรคจิตได้พิจารณาเห็นว่าสังคมตั้งข้อรังเกียจ “โรคจิต” ประชาชนไม่นิยมมารับการรักษาจึงได้ดำเนินการให้โรงพยาบาลโรคจิตทุกแห่งเปลี่ยนชื่อใหม่ โดยอาศัยประวัติความเป็นมาของโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่อุดมสมบูรณ์เหมาะสำหรับการทำนาข้าว จึงได้เปลี่ยนชื่อโรงพยาบาลเป็น “โรงพยาบาลศรีธัญญานนนทบุรี” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 เป็นต้นมา มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลายท่านทำหน้าที่บริหารจัดการ และพัฒนาโรงพยาบาลศรีธัญญาอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

การแบ่งส่วนราชการ

ในโรงพยาบาลศรีธัญญาแบ่งส่วนราชการเป็น 3 ฝ่าย 9 กลุ่มงานและ 1 ศูนย์ ดังนี้

- 1.ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- 2.ฝ่ายการเงินและพัสดุ
- 3.ฝ่ายโภชนาการ
- 4.กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
- 5.กลุ่มงานจิตเวช

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- 6.กลุ่มงานประสาทวิทยา
- 7.กลุ่มงานเภสัชกรรม
- 8.กลุ่มงานทันตกรรม
- 9.กลุ่มงานจิตวิทยา
- 10.กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
- 11.กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต
- 12.กลุ่มงานการพยาบาล
- 13.ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

ลักษณะอาคาร

ผังบริเวณประกอบไปด้วยอาคารย่อยๆตามการใช้สอยต่างๆหลายส่วน ได้แก่

- ตึกอำนวยการ(เก่า)
- ตึกอำนวยการ(ใหม่)
- ตึกประสาท
- ส่วนกิจกรรมบำบัด
- ตึกโสต 2
- ตึกวิชาการ
- อาคารซ่อมบำรุง
- ปั้มน้ำมัน
- ตึก X-RAY
- ตึกผู้ป่วยชาย
- บ้านพักเจ้าหน้าที่ชั่วคราว
- โรงจอดรถ
- ตึกพยาธิ
- พระพุทธรูป
- ตึกผู้ป่วยหญิง
- ศาลาญาติเยี่ยม
- อาคารอาชีวะบำบัด
- อาคารแฟลต 10 ครอบครัว
- ตึกวงศาวศน์
- พิพิธภัณฑ์

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ห้องน้ำ
- ตึกฟื้นฟู 80 เตียง
- บ่อบำบัดน้ำเสีย
- อาคารพักฟื้น
- บ้านพักเจ้าหน้าที่
- บ้านพักเรือนแถวเจ้าหน้าที่ชั่วคราว
- โรงสูบน้ำบาดาล
- โรงงานอาชีวะบำบัด
- กองสุขภาพจิต
- บ้านพักแพทย์
- บ้านพักครูพยาบาล
- บ้านพักคนงาน
- บ้านพักผู้อำนวยการ
- สนามฟุตบอล
- ป้อมยาม
- ตึกฟื้นฟู
- โรงครัว
- ศาลาอเนกประสงค์
- ศูนย์อาหาร
- สถานีไฟฟ้าย่อย

องค์ประกอบอาคารส่วนต่างๆเหล่านี้มีการกระจายตัวและเป็นกลุ่มอาคารมีการแบ่งโซนตามการใช้งาน ส่วนแผนกต่างๆบางส่วนจะแยกออกมาจากตึกผู้อำนวยการ เช่น ตึก X-RAY ตึกพยาธิ เป็นต้น

โดยลักษณะรวมของอาคารหลักๆจะเป็นดังนี้

1.ตึกผู้อำนวยการ อาคารเดิมจะเป็นอาคาร โครงสร้าง คสล.ระบบเสาและคาน ความสูง 2 ชั้น ใช้เป็นบริเวณให้การรักษาผู้ป่วยนอกและอุปกรณ์รักษาผู้ป่วยต่างๆ เนื่องจากมีผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีกรขยายเพื่อรองรับการรักษา จึงได้มีการสร้างอาคารผู้อำนวยการใหม่ขึ้นมาอยู่หลังอาคารเดิม เป็นอาคารที่มีความสูง 6 ชั้น โดยแบ่งแต่ละชั้นตามฟังก์ชันการใช้งานดังนี้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ชั้นที่ 1 ประกอบด้วยส่วนรักษาผู้ป่วยนอกใช้เป็นที่รักษาในเวลากลางวัน
- ชั้นที่ 2 เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค อุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค และส่วนข้อมูลต่างๆ
- ชั้นที่ 3 ขึ้นไป เป็นส่วนบริหารของโรงพยาบาล จำแนกตามแผนกต่างๆ

2.กลุ่มอาคารบริการ กลุ่มอาคารพักผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะคล้ายกันทั้งผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง มีตั้งแต่อาคาร 1 ชั้น ซึ่งเป็นอาคารเก่าไปจนถึงอาคาร 4 ชั้น ซึ่งเป็นอาคารที่สร้างขึ้นมาภายหลัง รวมถึงอาคารอื่น เช่น อาคาร X-RAY แผนกพยาธิ เป็นต้น ซึ่งอาคารเหล่านี้เป็นอาคารเก่า รูปทรงภายนอกจะดูเหมือนกัน เนื่องจากอาคารบางหลังสร้างขึ้นมาพร้อมกันแต่อาจมีการย้ายส่วน ดัดแปลงและแก้ไขภายใน รวมไปถึงการป้องกันตามการใช้งานของแผนกนั้นๆ ดังเช่นแผนก X-RAY ซึ่งภายนอกจะเหมือนกับตึกผู้ป่วยโดยทั่วไป เพราะได้ย้ายมาใช้แทนที่อาคารผู้ป่วยหลังนั้นแต่มีการดัดแปลงฟังก์ชันภายใน รวมถึงการก่อสร้างเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับการใช้งานตามฟังก์ชัน

ลักษณะโครงสร้าง

เนื่องจากโรงพยาบาลศรีธัญญาก่อตั้งมานานแล้ว จึงมีทั้งตึกเก่าและตึกใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงต่อเติมแต่ใช้โครงสร้างเดิมและมีตึกที่สร้างใหม่ด้วย อาคารนอนผู้ป่วยจะสูงไม่เกิน 3 ชั้น ส่วนตึก 2 ชั้นที่เป็นอาคารทั่วไปส่วนใหญ่จะเป็นรูปทรงเดียวกัน เช่น อาคารนอนผู้ป่วย แผนก X-RAY แผนกพยาธิ เป็นต้น ลักษณะที่ต่างกันของอาคารแต่ละส่วนจึงจำแนกลักษณะโครงสร้างได้ดังนี้

- 1.อาคาร โครงสร้าง ไม้ เป็นอาคารที่สร้างในยุคบุกเบิกเริ่มแรกของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ใช้งานเพราะสภาพค่อนข้างเก่ามาก
- 2.อาคาร โครงสร้าง คสล.ผสม โครงสร้างไม้เป็นอาคารที่มีการปรับปรุงและสร้างต่อเติมจากอาคารเดิมในสมัยแรกๆ มีการใช้งานในบางอาคารใช้เป็นเรือนพักผู้ป่วย
- 3.อาคาร โครงสร้าง คสล.เป็นอาคารที่สร้างขึ้นมาในยุคหลังมีอายุไม่มาก โครงสร้างเป็นระบบเสาคาน เช่น ตึกผู้ป่วยส่วนใหญ่ ตึกในแผนกต่างๆของโรงพยาบาล และตึกอำนวยการใหม่ เป็นต้น

แนวความคิดในการออกแบบ

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลที่ก่อตั้งมานานแล้วและมีความเก่าแก่ จึงมีการขยายต่อเติม หรือการสร้างอาคารหลังใหม่ขึ้นมาเรื่อยๆ แนวคิดการจัดโซนต่างๆที่ยังคงใช้ ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของอาคารคือ

1.แบ่งแยกอาคารผู้ป่วยชายกับผู้ป่วยหญิงออกจากกัน โดยมีอาคารที่เป็นส่วนรักษาร่วมกัน อยู่ตรงกลาง ปัจจุบันเป็นอาคารอำนวยการใหม่

2.ในกลุ่มอาคารนอนผู้ป่วยชายกับผู้ป่วยหญิงจะมีอาคารย่อยประกอบกัน ในแต่ละกลุ่มย่อยนั้นจะจำแนกผู้ป่วยตามชนิดของโรคที่ป่วย และระดับความรุนแรงของอาการ เพื่อง่ายต่อการดูแลอาการผู้ป่วย

3.อาคารบริการจะแยกมาอยู่ส่วนท้ายของโครงการ และจัดแบ่งส่วนที่พักรักษา และพยาบาลให้อยู่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล

การวิเคราะห์อาคารตัวอย่าง

อาคารทั่วไปในโรงพยาบาลศรีธัญญาจะมีการวางเป็นกลุ่มที่กระจายตัวออกไป โดยมีอาคารอำนวยการเป็นศูนย์กลาง เมื่อผู้มาใช้โครงการเข้ามาในโครงการจะต้องมาติดต่อกันที่จุดนี้

ข้อดี

การแยกส่วนต่างๆของอาคารเป็นไปอย่างชัดเจน ผู้ป่วยอยู่เป็นสัดส่วนไม่มารวมกัน กับส่วนกลาง ดูแลเฉพาะจุดได้ง่าย

ข้อเสีย

การสัญจรเข้าถึงส่วนต่างๆ ค่อนข้างไกลกันในแต่ละส่วน เสียเวลาในการสัญจร แต่ละส่วนอยู่ค่อนข้างไกลกัน

ประโยชน์ของการศึกษาอาคารตัวอย่าง

ใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการออกแบบเรื่องแนวคิดการจัดวางกลุ่มของอาคาร ซึ่งโรงพยาบาลนี้มีแนวทางที่สามารถนำไปใช้ได้ และยังนำเอาข้อมูลของหน่วยงานด้านการบริหาร และองค์กรของโครงการมาเป็นข้อมูลอ้างอิงนำไปสู่ขั้นตอนการออกแบบต่อไป



ภาพที่ 4.10
ตึกอำนวยการใหม่



ภาพที่ 4.11
ตึกอำนวยการเก่า

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.12
บริเวณสวนภายในโครงการ



ภาพที่ 4.10 - 4.13 แสดงบรรยากาศส่วนต่างๆของ โครงการ
บริเวณด้านหน้าทางเข้าตึกอำนวยการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.14

ที่ขายของผลงานผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาชีพและรายได้



ภาพที่ 4.14 - 4.15 แสดงส่วนร้านค้า อาชีพบำบัดของผู้ป่วย
ที่ขายของผลงานผู้ป่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

4.2 การศึกษาอาคารตัวอย่างประเภทเดียวกันในต่างประเทศ

4.2.2 SILVER HILL HOSPITAL

เจ้าของโครงการ

ที่ตั้งโครงการ

New Canaan รัฐคอนเนตทิคัต, USA

ความเป็นมา

ในปี ค.ศ.1931 ดร.จอห์น ฟาง ได้ก่อตั้งบุกเบิกโรงพยาบาลแห่งนี้ ปัจจุบันโรงพยาบาลได้เติบโตขึ้น ปัจจุบันมีทั้งหมด 14 อาคาร

SILVER HILL HOSPITAL เป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีการออกแบบอาคารในลักษณะ Campus ในลักษณะเป็นชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งประกอบด้วยอาคารทางการแพทย์ อาคารผู้ป่วยได้ถูกออกแบบมาให้มีอาคารไม่ใหญ่จนเกินไป โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้เข้าสังคมกันเอง และดูแลกันเอง โดยจะมีพยาบาลคอยดูแลควบคุม

แนวความคิดในการออกแบบ

เนื่องจากผู้บุกเบิกต้องการให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ผ่อนคลายไม่กดดัน มีความเป็นกันเองเหมือนอยู่ที่บ้าน ซึ่ง SILVER HILL HOSPITAL เป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาและบำบัดผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งลักษณะการจัดวางอาคารจะแบ่งเป็นหลังๆเป็นบริเวณ ให้ความรู้สึกผ่อนคลาย เนื่องจากที่โรงพยาบาลแห่งนี้เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ผู้ป่วยจะมีโอกาสพบกับเจ้าหน้าที่ ของคลินิก การอยู่ร่วมกันและการดูแลกันเอง การจัดผังอาคารและรูปทรงของอาคารจะไม่ดูเป็น โรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลต่อผู้ป่วยให้ไม่รู้สึกกดดันและให้ผู้ป่วยได้รู้สึกเหมือนกับว่าอาศัยอยู่กับบ้านแสดงความเป็นกันเอง เชื่อว่าสิ่งแวดล้อมที่ดีเป็นเทคนิคการรักษาที่สำคัญ

ลักษณะอาคาร

ประกอบด้วยอาคารย่อยหลายอาคาร การจัดวางผังบริเวณมีการจัดวางเหมือนกับเป็นบ้านที่ประกอบด้วยสังคมเล็กๆ อาคารแต่ละหลังก็มีลักษณะเหมือนบ้านทั่วไป

ลักษณะโครงสร้าง

อาคารมีทั้งอาคารที่เป็นไม้ คอนกรีต และระบบการก่อสร้างแบบสำเร็จรูป อาคารบางหลังเป็นการเคลื่อนย้ายมาตั้งหลังจากที่อื่น

ประโยชน์ของการศึกษาอาคารตัวอย่าง

โรงพยาบาลจิตเวชแห่งนี้มีความแตกต่างกับโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป ทั้งในเรื่องของการวางตำแหน่งอาคาร รูปแบบของอาคารและการแบ่งส่วนต่างๆ แนวคิดและการวางแผนต่างๆตั้งแต่แนวคิดของโครงการ การจัดตำแหน่งอาคาร ซึ่งมีผลต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ไม่เพียงแต่ทางการแพทย์แต่สภาพแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยเช่นกัน และการมีบริเวณส่วนกลางให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายเปรียบเสมือนสวนหย่อมภายในบริเวณบ้าน

การวิเคราะห์อาคารตัวอย่าง

อาคารตัวอย่าง SILVER HILL HOSPITAL แห่งนี้มีการจัดวางผังของอาคาร ตลอดจนรูปแบบของอาคารแต่ละหลังมีขนาดที่ไม่ใหญ่จนเกินไป แยกเป็นกลุ่มอาคารเป็นสังคมเล็ก ซึ่งเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นเข้าสังคมตลอดจนการช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง อาคารก็มีหลายรูปแบบทั้งที่เป็นบ้านสำเร็จรูปและบ้านที่สร้างขึ้นหรือบ้านที่ได้รับการเคลื่อนย้ายมาจากที่อื่น บรรยากาศกลุ่มอาคารเหมือนบ้านทั่วไปให้ความรู้สึกถึงความอบอุ่น โครงการแห่งนี้อาจจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนักมาก หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านการรักษามาบ้างจนมีอาการดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในระดับหนึ่ง

ข้อดี

เป็นโรงพยาบาลที่มีการจัดผังอาคารให้ความรู้สึกเป็นชุมชนบ้าน รวมถึงตัวอาคารเองก็ให้ความรู้สึกเหมือนบ้าน มีบริเวณรอบๆ ไร่ผักผ่อน การออกแบบลักษณะนี้ผู้ป่วยจะสามารถดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ดี

ข้อเสีย

การที่อาคารมีการกระจายตัวแยกส่วนเกินไป อาจมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง เช่น การเข้าถึงหรือเข้ารับการรักษาในส่วนต่างๆ ยากลำบาก ต้องออกมาภายนอกเพื่อเข้าถึงอีกอาคารเนื่องจากไม่มีการเชื่อมต่อเหมือนภายใน



ภาพที่ 4.16



ภาพที่ 4.17

ทางเชื่อมต่อระหว่างอาคาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.16 - 4.18 แสดงบรรยากาศมุมต่างๆ ภายนอกอาคาร
รูปด้านหน้าโครงการ



ภาพที่ 4.19
ห้องทานอาหาร



ภาพที่ 4.20
ห้องพักผู้ป่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.21

ห้องนั่งเล่น กิจกรรมรวม



ภาพที่ 4.19 - 4.22 แสดงบรรยากาศห้องต่างๆ ภายในอาคาร

ห้องผู้สูงอายุ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

องค์ประกอบของ SILVER HILL HOSPITAL ที่สำคัญ ได้แก่

1. Business & Nursing Office เป็นอาคารสำนักงานและสำนักงานพยาบาล เป็นส่วนที่อยู่ด้านหน้าของโรงพยาบาล เป็นสถานที่ติดต่อและควบคุมการเข้าออกของผู้มาใช้โครงการของโรงพยาบาล

2. Doctor's Office สำนักงานแพทย์ และเป็นคลังยาของโครงการ

3. Acute Care Unit เป็นอาคารพักผู้ป่วยขนาด 16 เตียง ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในส่วนนี้ จะเป็นผู้ป่วยมีอาการหนักและไม่สามารถดูแลตนเองได้

4. Main House เป็นสถานที่แรกที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเบื้องต้นในระยะหนึ่ง เพื่อได้ทำกิจกรรมและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆเพื่อการปรับตัวเข้าหาสังคม ภายในอาคารประกอบด้วยห้องพัก 29 ห้อง มีห้องครัว ห้องน้ำ ห้องนั่งเล่น Nurse Station

5. The Chapel โบสถ์สำหรับประกอบศาสนกิจ และเป็นสถานที่บำบัดผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

6. Kingenstine House เป็นบ้านพักสำหรับผู้ป่วย จำนวน 17 หลัง และมีองค์ประกอบสนับสนุนเช่นเดียวกับ Main House

7. Grey House เป็นบ้านพักสำหรับผู้ป่วย จำนวน 7 ห้องพัก และมีองค์ประกอบสนับสนุนเช่นเดียวกับ Main House

8. River House เป็นบ้านพักสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิต ส่วนนี้จะมีเจ้าหน้าที่และผู้เชี่ยวชาญทางจิตบำบัดคอยดูแล มีห้องพักจำนวน 10 ห้องพัก

9. Jugenson Building ส่วนนี้เป็นอาคารศูนย์กลางของการรักษาของโรงพยาบาล

10. Berret House เป็นอาคารพักเจ้าหน้าที่ของโครงการ

11. The Martin Center เป็นอาคารบำบัดรักษาและออกกำลังกายต่างๆ ประกอบด้วยส่วนต่างๆเช่น สระว่ายน้ำ อิมเมซิยม เลาจ์ เป็นต้น

12. The School เป็นสถานที่สำหรับฝึกสอน และเผยแพร่ให้ข้อมูลความรู้ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ

13. Wilton House เป็นบ้านพักสำหรับผู้ป่วย จำนวน 10 ห้องพัก และมีองค์ประกอบอื่นๆเช่นเดียวกับ Main House

ซึ่งส่วนต่างๆเหล่านี้จะรวมอยู่เป็นบริเวณเหมือนเป็นสังคมเล็กภายในโครงการ การแยกอาคารทำให้ส่วนต่างเป็นส่วนตัว แต่ก็รู้สึกได้ถึงการรวมกลุ่มเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน กลุ่มอาคารภายในโครงการดูไม่ขัดแย้งกันในแง่ของการออกแบบสถาปัตยกรรม

บทที่ 5

การออกแบบสถาปัตยกรรม และอิทธิพลที่มีผลต่อการออกแบบ

5.1 การออกแบบสถาปัตยกรรมและการออกแบบจัดวางภูมิสถาปัตยกรรม

1. เป็นโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ยังขาดแคลนอยู่ เพื่อรองรับการให้บริการอันเนื่องมาจากการขยายตัวของชุมชนและอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยจิตเวช

2. การสร้างบรรยากาศที่ดีในโรงพยาบาลให้มีความสะดวกและรู้สึกปลอดภัยและสบายใจสำหรับผู้มารับการรักษา และเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลทางเลือกใหม่สำหรับการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

3. อาคารงานสถาปัตยกรรมต้องไม่ส่งผลกระทบต่ออาคารรอบข้างหรือสิ่งแวดล้อม แต่ต้องช่วยส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้กับชุมชน

4. กำหนดรูปร่างหรือรูปทรงของอาคารสำหรับโครงการโรงพยาบาลจิตเวชให้มีความเรียบง่าย การวางตัวอาคารไม่ควรซับซ้อนและควรมีพื้นที่สวนพักผ่อนสำหรับผู้มาใช้บริการและผู้ป่วยจิตเวช และดึงเอาธรรมชาติมาช่วยในการตกแต่งโครงการเพื่อสร้างภาพพจน์ใหม่ให้แก่โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐบาล

5.2 ความงามทางด้านสถาปัตยกรรม

1. การออกแบบอาคารให้มีความสัมพันธ์กับรูปร่างของที่ดินรวมถึงการวางแนวของอาคารให้มีความสัมพันธ์กัน และสร้างบรรยากาศความร่มรื่นภายในโครงการ

2. คำนึงถึงการเชื่อมโยงเข้าสู่โครงการ มุมมองจากภายนอกและภายในโครงการ

3. สร้างรูปแบบอาคารที่เรียบง่าย สง่างาม เป็นเอกลักษณ์ของตัวเองและช่วยส่งเสริมสภาพแวดล้อม

5.3 แนวความคิดในการวางผังบริเวณ

1.กำหนดการแบ่ง Zoning ในการออกแบบโรงพยาบาลซึ่งมีความสำคัญมาก เพื่อไม่ให้เกิดความวุ่นวายในภายหลัง โดยเฉพาะองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์กันอย่าง O.P.D., Central Treatment, Daycare, I.P.D.

2.คำนึงถึงเรื่องการระบายอากาศ ทิศทางการรับลม และแสงแดด

3.การสัญจรภายใน โครงการไม่ซับซ้อน และการเข้าถึงในส่วนต่างๆ ได้อย่างสะดวก หากวางผังสลับซับซ้อน อาจไม่ส่งผลดีต่อการนำบัตรรักษา

4.แยกเส้นทางผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากกันเพื่อความสะดวกในการเข้าถึง ง่ายต่อการควบคุมดูแลผู้ป่วย และเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

5.ทางสัญจรจำเป็นต้องแยกประเภทผู้ใช้ออกจากกัน เนื่องจากภายในโรงพยาบาลมีผู้ใช้หลากหลายประเภท จึงต้องกำหนดทั้ง Zone , Function , Circulation ให้ชัดเจน

5.4 ระบบที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสถาปัตยกรรม

5.4.1 ระบบโครงสร้าง

ในการคำนวณโครงสร้างจะต้องคำนึงถึงแรงต่อไปนี้

1.DEAD LOAD : คือน้ำหนักตัวอาคารและส่วนประกอบ เช่น ระบบเครื่องกล อุปกรณ์ประกอบอาคารผนังติดตายและเพดาน

2.LIVE LOAD : คือน้ำหนักบรรทุกที่เกิดจากการใช้อาคารและการทำงานซึ่งจะเกิดในทุกชั้นของอาคารและปริมาณน้ำหนักขึ้นอยู่กับชนิดของการใช้งานบนพื้นนั้นๆ รวมถึงเครื่องจักรที่มีการสั่นสะเทือนและการวิ่งของรถในที่จอดรถด้วย

3.WIND LOAD : คือแรงลมที่มาปะทะกับตัวอาคาร ซึ่งจะมีผลต่ออาคารชั้นบนๆมาก ทำให้ระบบพื้นต้องออกแบบเพื่อให้สามารถถ่ายแรงลมจากผนังภายนอกสู่ CORE ของอาคาร จากนั้นจะถ่ายลงสู่ดินต่อไป

4.แรงแผ่นดินไหว : ประเทศไทยมีผลกระทบจากแรงนี้้น้อยมาก โดยต้องคำนึงถึงชีวิตผู้คน ที่อาศัยอยู่ในอาคารและการป้องกันการพังทลายของอาคารให้ได้รับความเสียหายน้อยที่สุด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

โครงสร้างอาคารแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. โครงสร้างใต้ดิน (SUB STRUCTURE)

ได้แก่ เสาเข็ม และฐานราก ซึ่งใช้รับน้ำหนักอาคารแล้วถ่ายลงสู่ผิวโลก ค่าการรับน้ำหนักจะสะท้อนให้เห็นถึงความแข็งแรงของดินจึงต้องรักษาข้อจำกัดของดินและลดการทรุดตัวที่แตกต่างกันหรือการเคลื่อนไหวยของส่วนประกอบอาคาร

อาคารจะมีแรงกดในแนวตั้งลงสู่ฐานรากเป็นจุดที่ผิวดินทำให้ดินไม่สามารถรับน้ำหนักได้ จึงต้องมีการทำเสาเข็มเพื่อรับการถ่ายแรง โดยจะต้องมีความสัมพันธ์กับพื้นที่ขนาดเล็กบนหัวของฐานรากแล้วถ่ายลงเสาเข็มลงสู่พื้นโลก

เนื่องจากโครงการนี้ตั้งอยู่ในที่ดินซึ่งมีความอ่อนตัว มีการทรุดตัว จึงเลือกใช้เสาเข็มเจาะ ทั้งนี้ เพื่อความรวดเร็ว ประหยัดงบประมาณ มีผลกระทบต่ออาคารข้างเคียงน้อย ไม่มีปัญหาเรื่องดินเคลื่อนตัว ซึ่งเหมาะกับอาคารที่มีพื้นที่และน้ำหนักมาก ส่วนฐานรากใช้แบบหล่อทับที่ เนื่องจากมีความสะดวกมากกว่าวิธีอื่น

2. โครงสร้างเหนือดิน (SUPER STRUCTURE) โดยจะแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

-ส่วน PODIUM ใช้ระบบพื้น POST-TENSIONED FLAY ALAB ถึง 2 ทาง TWO-WAY POST-TENSIONED ชนิด BONDED โดยเนื้อคอนกรีตกับเหล็กจะเชื่อมประสานเป็นเนื้อเดียวกัน มีคุณสมบัติกันเสียงและไฟได้ดี และเสริมเหล็กที่หัวเสาเป็นพิเศษเพื่อรับแรง SHEAR แทนการใช้ DROP PANEL สามารถรับน้ำหนักจร 400 กก/ม นอกจากนี้พื้นและคานเป็นเนื้อเดียวกันทำให้สะดวกในการเดินท่อ ใต้พื้นใช้ SPAN (ช่วงเสา) 8.00 เมตร ความสูงพื้นถึงพื้น 4.00 เมตร โดย DROP ฝ้าลงมา 1.00 เมตร พื้นหนา 25 ซม.

-ส่วน TOWER ใช้ระบบ CORE AND SHEAR WALL ร่วมกับระบบพื้น POST-TENSIONED FLAY SLAB ค้างทางเดียว ในบริเวณระหว่าง CORE กับของอาคาร และใช้แบบค้ำ 2 ทางบริเวณมุมอาคาร ส่วนผนังใช้ก่ออิฐฉาบปูนและผนังคอนกรีตหล่อทับที่ในส่วนผนังลิฟต์ ทางลาดและถังเก็บน้ำบนหลังคา ความสูงพื้นถึงพื้น 3.20 เมตร และ DROP ฝ้าลงมา 0.50 เมตร

-ส่วนที่จอดรถ ใช้ระบบพื้น POST-TENSIONED ความสูงของชั้น 3.20 เมตร

ขั้นตอนการทำงานของพื้นคอนกรีตอัดแรงในที่

1. ตั้งค้ำยันพร้อมไม้แบบสำหรับหล่อพื้นคอนกรีตอัดแรง
2. วางเหล็กเสริมล่าง (BOTTOM – REINFORCEMENT)
3. วาง P.C. STRAND ตาม PRO FILE พร้อมติดตั้ง ANCHORAGE
4. วางเหล็กเสริมบน (TOP – REINFORCEMENT)
5. เทคอนกรีตพื้น
6. ทำการ STRESSING เมื่อคอนกรีตมี COMPRESSIVE STRENGTH มากกว่าปรกติ
7. ถอดค้ำยันและไม้แบบหลังจาก STRESSING เรียบร้อยแล้ว โดยมีค้ำยันเฉพาะจุดที่กำหนดให้
8. ในกรณีที่จะเทพื้นคอนกรีตชั้นต่อไปให้
 - 1) คงไม้แบบของพื้นชั้นล่างไว้ทั้งชุด (กรณีที่ยังไม่ได้ STRESSING)
 - 2) ให้มีค้ำยันเฉพาะตำแหน่งที่กำหนดไว้ (กรณีที่ได้ STRESSING แล้ว)

5.4.2 ระบบปรับอากาศและระบายอากาศ (AIR CONDITIONED AND VENTILATIONED SYSTEM)

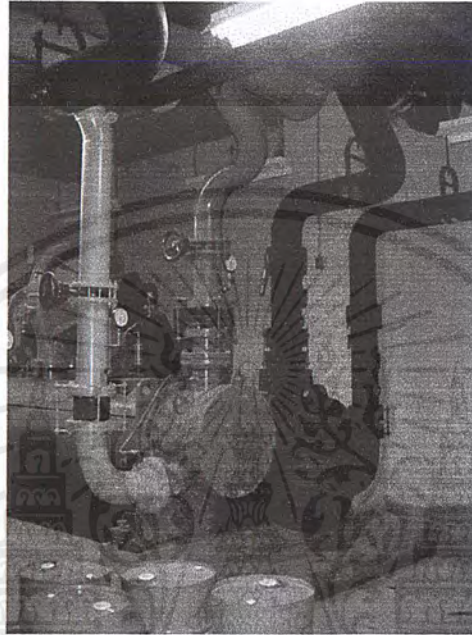
ระบบปรับอากาศในโรงพยาบาลจะต้องออกแบบโดยแบ่งส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาล ออกเป็นโซนเพราะในแต่ละโซนจะมีความต้องการอุณหภูมิ การถ่ายเทอากาศ เชื้อโรค ความชื้น ฯลฯ เจือปนอยู่ในอากาศระดับต่างๆกัน

การออกแบบระบบปรับอากาศในโรงพยาบาลจะแตกต่างกับอาคารอื่นๆ โดยมีข้อที่ควรพิจารณา คือ

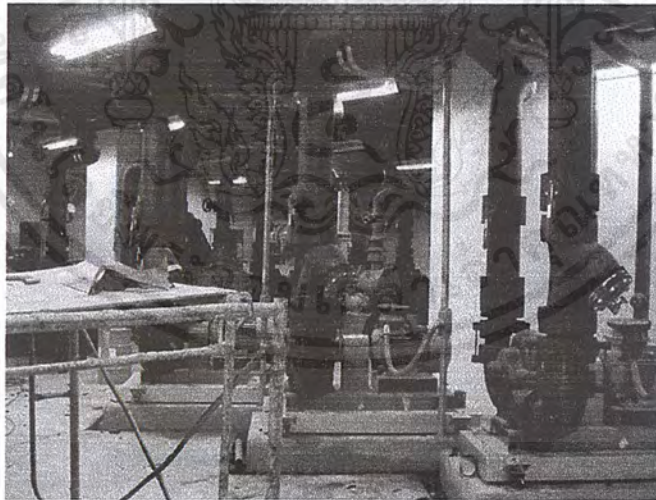
1. การควบคุมการหมุนเวียนของอากาศและการกรองอากาศ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
2. การควบคุมอุณหภูมิความชื้นและการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสม เนื่องจากอาคารโรงพยาบาลเป็นอาคารขนาดใหญ่ซึ่งในแต่ละแผนกในแต่ละโซนของการทำงานจะมีช่วงเวลาการใช้งานแตกต่างกันไป ดังนั้น การเลือกใช้ระบบปรับอากาศในโรงพยาบาลจึงแยกออกเป็น 3 ระบบ คือ

1. ระบบทั่วไป ใช้ในการควบคุมอากาศในห้องต่างๆของโรงพยาบาลให้มีอุณหภูมิที่พอเหมาะ ซึ่งโรงพยาบาลโครงการจะใช้ระบบ WATER CHILLER ซึ่งประกอบด้วย

-ส่วนห้องเครื่อง เป็นที่ตั้งของเครื่องทำความเย็น CHILLER, MOTOR PUMP OF CHILLING WATER AND CONDENSING WATER, SWITCH BOARD AND WATER SOFTENER



ภาพที่ 5.1



ภาพที่ 5.1-5.2 เครื่อง CHILLER, MOTOR PUMP OF CHILLING WATER AND CONDENSING WATER, SWITCH BOARD AND WATER SOFTENER ที่ใช้ในการส่งจ่ายน้ำเย็น โดยจะแยกท่อสำหรับส่งน้ำเย็นจะมีฉนวนหุ้ม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

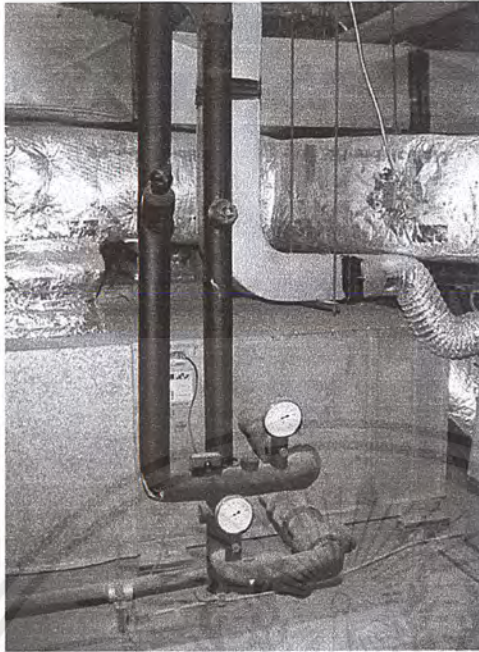
-ส่วนจ่ายลมเย็น เป็นที่ติดตั้งของเครื่องจ่ายลมเย็น อยู่ตามส่วนใช้สอยที่ต้องการ ในพื้นที่ขนาดใหญ่หรือห้องที่มีเวลาใช้งานใกล้เคียงกัน เช่น ส่วนสำนักงาน ภัตตาคาร ห้องทดลอง ห้องเอกซเรย์ ใช้ AIR HANDLING UNIT เพราะจะให้ลมที่ออกมาแรง (ความเย็นถูกดูดผ่านพัดลม แล้วเป่าออก) มีท่อจ่ายลมชนิดท่อเดียว เดินอยู่ใต้เพดาน ท่อน้ำเย็นจัดให้เดินใน SHAFT ส่วนในห้องที่มี เวลาใช้ต่างกัน ขนาดเล็กและพื้นที่บางส่วนต้องการลมเย็นเสริมจากท่อลม เช่น ห้องตรวจโรค ห้องพักผู้ป่วย ใช้ FAN COIL UNIT เพราะจะให้ลมแต่เย็นเจิบกว่า AIR HANDLING UNIT โดยจะ เดินท่อน้ำเย็นใต้เพดานหรือ SHAFT ที่เหมาะสม ส่วน FRASH AIR อยู่ริมผนังด้านนอกอาคาร โดยติดที่กรองฝุ่น ส่วนท่อฝั่งลมเย็น (COOLING TOWER) จัดให้อยู่ตอนบนของอาคาร



ภาพที่ 5.3 ส่วนท่อฝั่งลมเย็น (COOLING TOWER) จัดให้อยู่ตอนบนของอาคาร หรือที่ว่างซึ่งการที่จะออกแบบอาคารควรรู้ตำแหน่งของที่ตั้งเครื่องเพื่อที่จะเผื่อ โหลดน้ำหนัก ของเครื่องด้วย ซึ่งเป็นส่วนที่จะเป็นตัวลดอุณหภูมิของน้ำก่อนที่จะส่งผ่านไปห้อง CHILLER

2. ระบบปรับอากาศสำหรับห้องปราศจากเชื้อ สำหรับส่วนที่ต้องการควบคุม ความสะอาด ส่วนห้องผ่าตัด ห้องปลอด เป็นต้น ใช้เครื่องและท่อน้ำเย็นร่วมกับระบบแรก แต่จะต้องแยกเครื่องจ่ายลมเย็นออก สำหรับโครงการนี้ใช้ AIR HANDLING UNIT โดยอากาศที่เป่า ตามท่อลมแบบท่อเดียวจะต้องผ่านเครื่องกำจัดฝุ่นละอองและฆ่าเชื้อโรคซึ่งใช้ไฟฟ้า (ELECTRONIC AIR CLEANER) และจะไม่ใช้ท่อลมกลับ อากาศที่ผ่านจะถูกดูดทิ้งภายนอก เพื่อป้องกันเชื้อโรค ลมเย็น ใช้อากาศจากภายนอกทั้งหมดโดยไม่ใช้ร่วมกับห้องอื่น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 5.4 ระบบปรับอากาศสำหรับห้องปราศจากเชื้อ เช่น ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล เล็ดลินจะติดตั้งบนหลังเพดานของห้อง โดยจะมีทางเดินบนหลังคาในการตรวจบำรุงรักษา โดยจะมี ส่วนควบคุมระบบแก๊สทางการแพทย์อยู่ด้วย

3.ระบบแยกท่อเป่าลมเย็น สำหรับส่วนที่ต้องการควบคุมความเย็นพิเศษ เช่น หอผู้ป่วยหนัก ห้องเก็บศพ บางส่วนของแผนกฉุกเฉิน เพื่อความเหมาะสมในการใช้งาน โดยมี เครื่องทำความเย็นแยกออกจาก 2 ระบบแรก

โดยใช้เครื่องทำความเย็น (SHILLER) เป็นแบบกึ่งหัน (GENTRIFUGAL TYPE) ควบคุมโดยระบบอัตโนมัติติดตั้งอยู่ที่ห้องเครื่องทำความเย็น จะมีท่อ COOLING TOWER ที่ติดตั้ง อยู่บนชั้นดาดฟ้าภายใน COOLING TOWER จะมีพัดลมขนาดใหญ่ช่วยเป่าน้ำร้อนเปลี่ยนสภาพ ให้เป็นน้ำเย็นแล้วไหลย้อนกลับมายังอีกท่อหนึ่ง มาเข้าเครื่องเพื่อหล่อเลี้ยงเครื่องไม่ให้เกิดความร้อน ส่วนท่อทำความเย็น 2 ท่อ จะเดินท่อไปและกลับชั้นต่างๆของอาคาร ภายในวงจรของท่อนี้ จะมี EVAPORATOR เมื่อน้ำไหลผ่านจะช่วยทำให้น้ำเย็นแล้วส่งความเย็นนี้ไปตามแผนกต่างๆ ของแต่ละชั้น โดยเครื่องเป่าลมเย็นและท่อ CONDENSER จะไหลวนเช่นนี้ไปเรื่อยๆ



ภาพที่ 5.5 ในห้องผู้ป่วยในการออกแบบอาจจะทำ DROP ฝ้าเพดานเพื่อซ่อน ส่วน HANDING UNIT และใช้ซ่อนท่อจากระบบต่างๆ ได้อีกด้วย

5.4.3 การระบายอากาศ

สำหรับ โครงการนี้จะใช้พัดลมระบายอากาศ (VENTILATION FAN) มี 4 แบบ ดังนี้

1. พัดลมแบบ WALL-MOUNT

ประกอบด้วยพัดลมแบบ PROPELLER VANTILATION FAN AUTOOMATIC SUFFER ทำด้วยเหล็กอลูมิเนียมหรือพลาสติกทนความร้อน โดยจะติดที่ผนัง

2. พัดลมแบบติดกระจกหน้าต่าง (WINDOW TYPE)

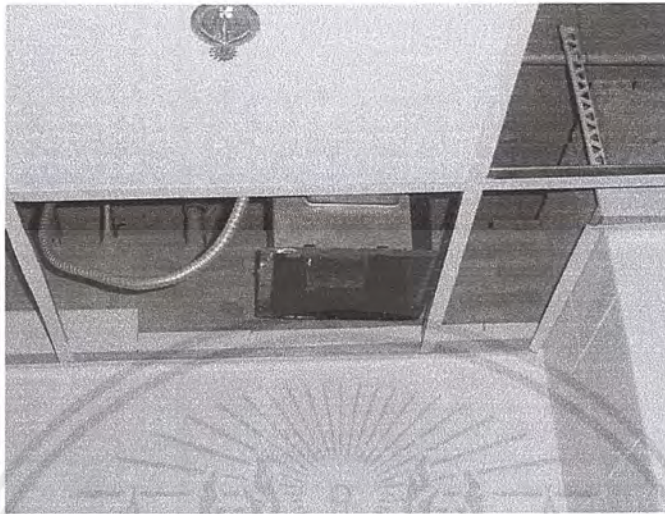
ประกอบด้วยพัดลมแบบ PROPELLER VENTILATION FAN COR-OPERATED SHUTTER ทำจากพลาสติกทนความร้อน

3. พัดลมแบบ CEILLING-MOUNT

ประกอบด้วยพัดลม หน้ากาก และกล่องจะมีท่อสำหรับต่อท่อลมทำ ด้วยเหล็กอลูมิเนียมหรือพลาสติกทนความร้อน

4. พัดลมแบบ AXIAL TYPE

จะมีความเงียบซึ่งเหมาะสำหรับห้องพิเศษในโรงพยาบาลทำด้วยเหล็กอลูมิเนียม หรือพลาสติกทนความร้อน



ภาพที่ 5.6 พัดลมระบายอากาศแบบ CEILING –MOUNT จะมีท่อสำหรับต่อท่อลม โดยในปล่องจะมีพัดลมหยอโข่งเป็นตัวช่วยระบายลมออกไปตามท่อระบายลม ออกสู่ภายนอก

5.4.3.1 ความต้องการในการปรับอากาศของห้องต่างๆ ในโรงพยาบาล

1. ห้องพักผู้ป่วย (PATIENTS DEBROOMS) ลมเย็นในห้องผู้ป่วยจะต้องมีการกระจายอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง ไม่ควรจะมีส่วนหรือบริเวณที่เป็นจุดอับของอากาศ การกักความเย็นที่จุดใดจุดหนึ่งจะต้องระวังความเร็วของลม โดยทั่วไปใช้ระหว่าง 15-30 ฟุต/นาทีก อากาศที่ใช้แล้วจะต้องระบายผ่านห้องน้ำออกไป และต้องป้องกันไม่ให้อากาศภายในห้องผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งเชื้อโรคและความชื้นกลับเข้ามายังทางเดินกลาง

2. ส่วนผู้ป่วยนอกและห้องตรวจรักษา การปรับอากาศต้องให้เกิดการกระจายลมเย็นอย่างทั่วถึง และให้มีปริมาณ FRESH AIR เข้ามาในปริมาณที่พอเหมาะ

3. ส่วนธุรการ เวลาทำการ คือ 8.30–17.00 น. ซึ่งการปรับอากาศจะคล้ายกับส่วนผู้ป่วยนอก เพราะอยู่ใกล้กัน

4. ส่วนผ่าตัด ในส่วนนี้จะต้องทำการแยกระบบปรับอากาศเป็นส่วนๆ คือ ส่วน STERILE, NON STERILE, CONTAMINATED AREA โดยการปรับ AIR PRESSURE ให้สูงกว่าในพื้นที่ต่างๆ ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการออกแบบระบบการกระจายอากาศ (AIR DISTRIBUTION) ในแผนกนี้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ภายในห้องผ่าตัดจะต้องมี AIR PRESSURE สูงกว่าบริเวณอื่นๆ ที่อยู่ติดกันเพื่อมิให้อากาศจากภายนอกไหลเข้าสู่ห้องผ่าตัด การปรับ AIR PRESSURE จะยึดหลักส่วนใหญ่ที่จะปรับอากาศจากเชื้อโรคน้อยกว่าจะต้องให้อากาศไหลออกเพื่อกันไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายสู่ส่วน STERILE ประตูห้องระหว่าง 2 ส่วน ที่ความปราศจากเชื้อไม่เท่ากัน ควรจะมีประตูเปิดปิดอัตโนมัติ และมีม่านอากาศ (AIR LOCKS OR AIR CURTAINS)

ระดับความชื้นภายในห้องประมาณ 55-65 % เพื่อป้องกันการระเหิดจากก๊าซสลบเมื่อได้รับไฟฟ้าสถิตจากสภาวะ เนื่องจากอากาศแห้งและการเสียดสีของวัสดุต่างชนิดกันภายในห้องผ่าตัดจึงต้องมีความชื้นสูง

อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดประมาณ 72-80 F ความเร็วลมประมาณ 40 ฟุต/นาที สามารถปรับอุณหภูมิให้สูงหรือต่ำลงได้ ดังนั้น ในห้องผ่าตัดแต่ละห้องควรมีระบบที่แยกจากกัน ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกในการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น โดยการปรับอุณหภูมิได้จากท่อน้ำร้อนและน้ำเย็น มี OUT LET ระบายอากาศออกที่มุมห้องประมาณ 80% ให้ไหลออกสู่ CORRIDOR และ SCRUB UP AREA ประมาณ 10-15 % นอกนั้นให้ติดตั้งเครื่องดูดอากาศออกสู่ทางเดินกลางและห้องล้างมือ ในเพดานส่วนเหนือโคมไฟผ่าตัดต้องติดตั้งเครื่องดูดอากาศเพื่อระบายความร้อนจากโคมไฟและดูดก๊าซสลบออกไปเพื่อป้องกันการรวมตัวกันของก๊าซสลบที่เพดาน

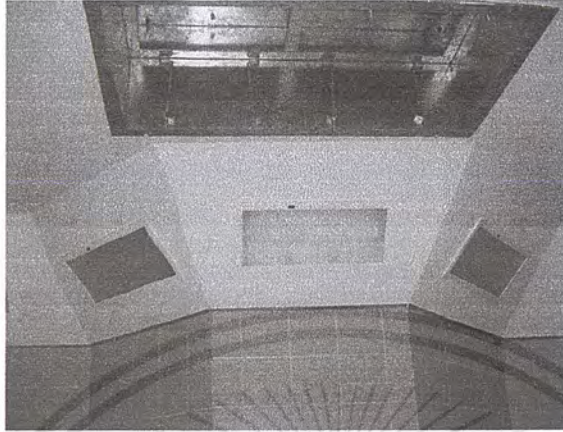
5.ห้อง X-RAY และห้องฉายรังสี เป็นห้องที่ต้องป้องกันอย่างมาก คือ ในส่วนของประตูและผนังต้องฉาบเสริมด้วยแผ่นตะกั่วป้องกันการรั่วไหลของรังสี การปรับอากาศจึงต้องคำนึงถึงปัญหาการรั่วไหลของรังสี กลิ่นต่างๆจากการแตกตัวของอากาศและลดความร้อนจากเครื่องฉายรังสี

6.ห้องปฏิบัติการเคมีและพยาธิวิทยา การปรับอากาศจะขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของห้องและจะหมุนเวียนรวมกับอากาศบริสุทธิ์ภายนอก อีกทั้งต้องมีพัดลมดูดอากาศเสียออก ทั้งส่วนเพดานและผนังเหนือระดับพื้นเพื่อที่จะระบายกลิ่นจากสารเคมีต่างๆ

7.ห้องเก็บศพและชันสูตรศพ ใช้การระบายอากาศแบบพิเศษคือ มีเครื่องดูดอากาศเหนือเตียงชันสูตรทุกเตียง ท่อดูดอากาศที่ปล่อยออกสู่ภายนอกจะต้องห่างจากปล่องดูดอากาศเข้าอย่างน้อย 150 ฟุต

8.เภสัชกรรม ส่วนมากจะใช้ระบายอากาศแบบทางเดียว เพราะเป็นส่วนปลอดเชื้อ ส่วนห้องเก็บและจ่ายยาควรที่จะมีความดันอากาศสูงกว่าภายนอกห้อง

9.CENTRAL SERVICE เป็นส่วนบริการที่ปราศจากเชื้อโรค ต้องมีความสะอาดจึงใช้ระบบ POSITIVE PRESSURE



ภาพที่ 5.7



ภาพที่ 5.7-5.8 การระบายอากาศของห้องผ่าตัดจะเป็นแบบพิเศษคือ จะต้องปราศจากเชื้อ และมีการเปลี่ยนถ่ายอากาศอยู่เสมอ โดยการไหลเวียนจากบนออกล่าง เพื่อไล่ก๊าซ N_2O ซึ่งมีสภาพหนักกว่าอากาศซึ่งหากมีการสะสมมากๆ อาจเกิดการระเบิดได้



ภาพที่ 5.9 ระบบปรับอากาศในแผนก ICU จะต้องปราศจากเชื้อโรค และมีการเปลี่ยนถ่ายอากาศที่ดี โดยส่วนมากจะจัดเป็นการปรับอากาศเฉพาะส่วนและง่ายต่อการควบคุมอุณหภูมิ

5.4.4 การกรองอากาศและการปลดเชื้อ

จะใช้แผ่นกรองอากาศชนิดอนุเมียมซึ่งเหมาะกับเครื่องเป่าลมเย็นขนาดกลางและขนาดเล็ก ระบบในการกรองเชื้อโรคที่ใช้มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ

1. ULTRA HIGH EFFICIENCY FILTER มีความละเอียดในการกรองสูง มีประสิทธิภาพในการกรอง 80-85 % หรือ 90-95 % สำหรับกรอง DOWNSTREAM ใน AIR HANDING UNIT

2. HIGH EFFICIENCY PARTICULATE AIR FILTER (HEPA FILTER) เป็นเครื่องกรองอากาศที่ใช้ติดตั้งที่ CENTRAL AIR SUPPLY SYSTEM เพื่อกรองเชื้อและดูดกลิ่นแผ่นกรองใช้ ACTIVATED CARBON FILTER มีประสิทธิภาพในการกรอง 60-65 % ใช้สำหรับกรอง FRESH AIR

3. MEDIUM GRADE FILTER ใช้กับห้องคนไข้ทั่วไป มีประสิทธิภาพในการกรอง 30-35 % ใช้สำหรับกรอง FRESH AIR ของ AIR HANDING UNIT โดยความเร็วลมที่ผ่านแผงกรองอากาศ จะไม่เกิน 500 ฟุต/นาที

5.4.5 ระบบสุขาภิบาล

ระบบน้ำประปา

ระบบน้ำประปาที่ใช้ในอาคารมี 2 ระบบ

1.ระบบการจ่ายน้ำแบบส่งขึ้น (UP FEED SYSTEM)

ระบบนี้จะใช้เครื่องสูบน้ำมาเก็บไว้ที่ถังเก็บน้ำใต้ดิน แล้วอัดอากาศด้วยเครื่องอัดอากาศลงไปใต้น้ำใต้น้ำมีความดันสูงขึ้นประมาณ 50 PSI แล้วจะส่งจ่ายไปยังชั้นต่างๆ แต่ในขณะที่ส่งขึ้นนี้ จะมีการสูญเสียแรงดันน้ำเนื่องจากสูกษณท์ จึงทำให้จ่ายได้สูงเพียง 6 ชั้น ทำให้ต้องมีระบบจ่าย อีกระบบมาช่วย

2.ระบบการจ่ายน้ำแบบส่งลง (DOWN FEED SYSTEM)

น้ำประปาจะถูกดูดขึ้นไปเก็บไว้ในถังน้ำชั้นดาดฟ้า แล้วจะส่งมาสู่ชั้นล่าง ระบบนี้จะใช้ ในกรณีที่เกิดอัคคีภัยและส่งมาจ่ายอาคารช่วงบน

ระบบน้ำประปาในโรงพยาบาลนอกจากจะใช้น้ำสภาพปกติที่อุณหภูมิห้องแล้ว ยังใช้ ระบบน้ำร้อนด้วย ลักษณะการทำน้ำร้อนจะจ่ายจากท่อประปาในอาคารจ่ายสู่เครื่องทำน้ำร้อนแล้วจ่าย เข้าสู่อุปกรณ์ต่างๆ โดยมีเครื่องสูบน้ำที่คอยสูบให้หมุนเวียนเป็นตัวเก็บรักษาอุณหภูมิภายในเส้นท่อ ให้สม่ำเสมอ

การเดินท่อในอาคารสำหรับระบบประปาจะใช้ช่อง DUCT APACE เป็นตัวเชื่อมในแนวตั้ง แล้วเดินผ่านใต้ฝ้าเพดานเข้าสู่ห้องต่างๆ

การเตรียมพื้นที่ในอาคารจะมี 2 จุด ถังน้ำใต้ดินและถังน้ำที่ดาดฟ้า

การใช้น้ำในโรงพยาบาล แบ่งได้เป็น

1.น้ำอุณหภูมิปกติที่ใช้ในอาคารทั่วไป

2.น้ำที่ผ่าน WATER SOFTENER ซึ่งจะเป็น้ำอ่อน เพื่อใช้กับเครื่องจักรต่างๆ

ซึ่งแบ่งการใช้ออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 น้ำที่ใช้ในระบบเครื่องปรับอากาศ

2.2 น้ำที่ผ่านเครื่องทำน้ำร้อนพลังงานแสงอาทิตย์ เข้าเก็บในถังน้ำร้อนเพื่อนำไปใช้

ในหอผู้ป่วย , แผนกกายภาพบำบัด , แผนกโภชนาการ ทำให้ล้างภาชนะได้ง่ายแผนกซักกรีด ทำให้ เครื่องซักง่ายขึ้น

ปริมาณการใช้น้ำและขนาดถังเก็บน้ำ

1. น้ำอุณหภูมิปกติและขนาดถังเก็บ

-คนไข้ทั่วไปใช้น้ำเฉลี่ย 100 แกลลอน/วัน

-แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ ใช้น้ำเฉลี่ย 40 แกลลอน/วัน

ในโรงพยาบาล โครงการ 200 เตียง

-คนไข้ทั่วไปใช้น้ำเฉลี่ย $100 \times 200 = 20,000$ แกลลอน/วัน

-แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ ใช้น้ำเฉลี่ย $20,000 + 28,800 = 48,800$ แกลลอน/วัน

เพราะฉะนั้น น้ำอุณหภูมิปกติที่ใช้ $20,000 + 48,800 = 68,800$ แกลลอน/วัน

2. น้ำที่ผ่าน WATER SOFTENNER

2.1 น้ำที่ใช้ในระบบปรับอากาศขนาด 1 ถึง ใช้น้ำเฉลี่ย 2 แกลลอน/ชม. คิดเวลา

ใช้งาน 8 ชม./วัน ระบบปรับอากาศในโครงการเป็น CHILLER ขนาด 600 ตัน

$$\begin{aligned} \text{น้ำที่ใช้ในเครื่องปรับอากาศ} &= 1,800 \times 2 \times 8 \\ &= 28,800 \text{ แกลลอน/วัน} \end{aligned}$$

2.2 น้ำที่ผ่านเครื่องทำน้ำร้อนพลังงานแสงอาทิตย์

-แผนกโภชนาการ, แผนกซักรีด, หอผู้ป่วย, STEAM BOILER (กิจการซักรีด
อบ ผ้าเช็ด ทำความสะอาดทั่วไป) คิดปริมาณการใช้น้ำเท่ากับคนไข้ทั่วไป

$$= 200 \times 100 = 20,000 \text{ แกลลอน/วัน}$$

-แผนกกายภาพบำบัดใช้น้ำเฉลี่ย 20 แกลลอน/คน

ขนาดถังเก็บน้ำร้อน เป็นน้ำที่ได้จากเครื่องทำน้ำร้อนพลังงานแสงอาทิตย์

ขนาดถังเก็บน้ำร้อน (เป็นรูปทรงกระบอก)

นอกจากนี้ จะต้องมียังเก็บน้ำสำรองไว้ใช้ในกรณีฉุกเฉินอีกด้วย โดยจะต้องมีสำรอง

ไว้ประมาณ 50 %

5.4.6 ระบบระบายน้ำเสียและน้ำโสโครก

ระบบระบายน้ำเสียและน้ำโสโครกของอาคารจะแยกเป็น 7 ท่อระบายด้วยกัน คือ

1.ท่อระบายน้ำเสียจากเครื่องสุขภัณฑ์ เช่น อ่างล้างมือ , ฝักบัว , อ่างอาบน้ำ และช่องระบายน้ำที่พื้น (WATER PIPE)

2.ท่อระบายน้ำโสโครกจากโถปัสสาวะและจากส้วม (SOKL PIPE)

3.ท่อระบายอากาศ (VENT PIPE) สำหรับท่อระบายน้ำเสียและน้ำโสโครก เพื่อให้การระบายน้ำเสียมีประสิทธิภาพที่ดีและเป็นการระบายกลิ่นที่เกิดขึ้นเนื่องจากน้ำเสียด้วย

4.ท่อระบายน้ำเสียจากห้องทดลอง

5.ท่อระบายน้ำเสียจากห้องผ่าตัดและห้องตรวจรักษาอื่นๆ

6.ท่อระบายน้ำเสียจากห้องผ่าตัด

7.ท่อระบายน้ำทิ้งจากห้องครัวและห้องอาหาร

น้ำเสียและน้ำโสโครกจากห้องน้ำและกิจกรรมในอาคารยกเว้นห้องครัวและห้องผ่าตัด ถูกระบายลงน้ำเสีย (WASTE PIPE) และท่อน้ำโสโครก (SOIL PIPE) ตั้งแต่ชั้นบนสุดของอาคาร เรื่อยลงมาจนถึงชั้น PIPE TRANSFER จำนวนท่อน้ำเสียและท่อน้ำโสโครกขึ้นอยู่กับลักษณะการจัดเรียงห้องน้ำในแต่ละชั้น และกิจกรรมต่างๆภายในห้องอาคาร ท่อแต่ละชนิดจะถูกรวบรวมกัน แยกตามชนิดของท่อในชั้น PIPE TRANSFER ก่อนที่จะระบายลงสู่ชั้นล่างของอาคารเพื่อส่งไปยังระบบบำบัดน้ำเสียต่อไป

น้ำเสียจากห้องครัวและห้องอาหาร จะไหลลงสู่ท่อครัว (KITCHEN PIPE) แล้วผ่านดักไขมัน (GREASE TRAP) ก่อนจะระบายลงสู่ชั้นล่างเพื่อไปยังระบบบำบัดน้ำเสียต่อไป

ในระบบระบายน้ำเสียจะมีท่อระบายอากาศ (VENT PIPE) เพื่อคอยปรับความดัน ในท่อระบายน้ำให้เข้ากับความดันบรรยากาศ ป้องกันการสูญเสีย TRAP ซึ่งจะทำให้เกิดกลิ่นเหม็น และยังทำหน้าที่ระบายกลิ่นจากท่อระบายน้ำออกสู่หลังคา ท่ออากาศจะเริ่มติดตั้งจากจุดที่ใกล้สุขภัณฑ์ แล้วต่อเข้าสู่ท่อระบายอากาศหลัก (VENT STRACK) ซึ่งจะทำหน้าที่ระบายอากาศตั้งแต่ชั้นล่างสุด จนถึงชั้นดาดฟ้าอาคาร

น้ำที่ปล่อยลงสู่บ่อน้ำสาธารณะจะมี B.O.D. ไม่เกิน 20 PPM.

การประมาณน้ำโสโครกในโรงพยาบาลตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

$$= 158.52 \text{ แกลลอน/เตียง/วัน}$$

ปริมาณน้ำเสียในโครงการ

$$\begin{aligned}
 &= 200 \times 158.52 \\
 &= 31,704 \text{ แกลลอน} \\
 &= \underline{31,704} \\
 &\quad 264.2 \\
 &= 120 \text{ ลูกบาศก์เมตร/วัน}
 \end{aligned}$$

5.4.7 ระบบบำบัดน้ำเสีย

ระบบน้ำโสโครกและน้ำทิ้งในโครงการโรงพยาบาล เกิดจากการใช้งานในห้องน้ำ LAB ห้องผ่าตัด ฯลฯ แล้วรวมลงสู่บ่อบำบัดน้ำเสีย เพื่อทำการบำบัดก่อนปล่อยลงสู่ท่อระบายน้ำต่อไป โดยเป็นแบบบ่อเกรอะ-บ่อกรอง ไร้อากาศ (SEPTIC ANAEROBIC FILTER) ร่วมกับแบบ ACTIVATED SLUDGE คือการใช้ออกซิเจนเข้าไปเลี้ยงตะกอนแบคทีเรียให้ทำปฏิกิริยากับทางชีวเคมีเปลี่ยนน้ำปฏิกูลให้กลายเป็นน้ำดีและเติมคลอรีนก่อนที่จะระบายลงสู่ท่อระบายน้ำต่อไป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระบบน้ำโสโครกและน้ำทิ้งจากอาคารทั้งที่มาจากบ่อสูบ 1, จากห้องครัวที่ผ่านบ่อดักไขมันแล้ว และทิ้งที่ต่อตรงมาลงจากท่อ MAIN จะมารวมกันที่บ่อเกรอะ 1 เพื่อตกตะกอนหนัก น้ำโสโครกและน้ำทิ้งจะสั่นเข้าสู่บ่อสูบ (SP1,2) โดยที่ SP1,2 จะสูบน้ำโสโครกและน้ำทิ้งเข้ามาไว้ที่บ่อกักน้ำ (ยังอยู่ในส่วนของบ่อเกรอะ 1) จากนั้นน้ำโสโครกและน้ำทิ้งจากบ่อกักน้ำจะสั่นและไหลเข้าสู่บ่อกรองไร้อากาศโดยผ่านแผ่นกระจายน้ำและ PLASTIC MEDIA สั่นลงสู่รางเพื่อไปยังบ่อเติมอากาศ (AT1,2,3) และไหลเข้าสู่บ่อกกตะกอนเพื่อสูบตะกอนที่ยังย่อยสลายไม่หมดโดย SLP1,2 ไปยังบ่อเกรอะ 1 และบ่อเติมอากาศเพื่อทำการย่อยสลายใหม่ (ส่วนหนึ่งเตรียมไว้สำหรับให้รถเทศบาลมาสูบ กรณี SLP 1,2 ไม่ทำงานหรือมีตะกอนมาก) จากนั้นน้ำจากบ่อกกตะกอนจะสั่นลงรางผ่านมายังบ่อบผสมคลอรีนซึ่งจะสั่นไปยังบ่อสูบ (DP9,10) เพื่อสูบน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วทิ้งลงสู่ท่อระบายน้ำของกทม.ต่อไป และอีกส่วนหนึ่งนำกลับมาใช้รดน้ำต้นไม้ภายในโรงพยาบาล

หน่วยของขบวนการบำบัดน้ำเสีย เป็นดังนี้

1. บ่อเกรอะ

ทำหน้าที่รับน้ำปฏิกูลจากห้องส้วม ซึ่งจะมีประโยชน์ในการแยกตะกอนหนักและตะกอนเบา ออกจากน้ำเสีย อีกทั้งยังช่วยลดค่าความสกปรก (บี.ไอ.ดี.) ของน้ำปฏิกูลลงโดยอาศัยขบวนการทางชีววิทยาของแบคทีเรียประเภทไม่ใช้ออกซิเจน

2. บ่อดักไขมัน

ทำหน้าที่แยกไขมันและน้ำมันออกจากน้ำเสียก่อนเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย เนื่องจากไขมันและน้ำมันแม้ว่าสามารถย่อยสลายได้โดยขบวนการเลี้ยงตะกอนแต่ต้องใช้เวลานานหลายวัน ซึ่งจะทำให้บ่อบำบัดน้ำเสียมีขนาดใหญ่มาก อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาเรื่องการตกตะกอนในบ่อดักตะกอนอีกด้วย ดังนั้น จึงนิยมแยกไขมันออกจากน้ำเสียก่อนที่น้ำเสียจะเข้าสู่ระบบบำบัดไขมัน และน้ำมันที่แยกได้อาจนำไปลดปริมาณลงโดยใช้ลานตากตะกอนแล้วใส่ถุงขยะเพื่อกำจัดโดยวิธีการกำจัดขยะต่อไปหรือหากไม่มีลานตากตะกอนก็ใส่ถุงขยะได้ แต่อาจมีปัญหาเนื่องจากเป็นของเหลวหนืดอาจทำให้เกิดปัญหารั่วไหลได้

3. บ่อกรองใส่อากาศ

น้ำเสียที่ผ่านการแยกไขมันแล้ว และน้ำปฏิกูลที่ผ่านบ่อเกรอะจะไหลเข้าสู่บ่อกรองใส่อากาศ ซึ่งภายในจะบรรจุด้วยตัวกรองพลาสติก (BIO-MEDIA) ทำหน้าที่เก็บกักและเลี้ยงแบคทีเรียแบบไม่ใช้ออกซิเจน (ANAEROBIC BACTERIA) ไว้คอยกำจัดความสกปรกในน้ำเสีย ทำให้ค่า บี.ไอ.ดี. ผ่านขบวนการนี้แล้วมีค่าลดลงประมาณ 50-70%

4. บ่อเติมอากาศ

เป็นบ่อเลี้ยงตะกอนแบคทีเรียที่มีการเติมอากาศเพื่อให้แบคทีเรียแบบใช้ออกซิเจนเติบโต และมีผลในการลดความสกปรกของน้ำเสียลง เนื่องจากแบคทีเรียนำสารอาหารที่อยู่ในรูปของความสกปรกของน้ำเสียมาใช้ในการสร้างเซลล์ เครื่องเติมอากาศในบ่อเป็นอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นมากสำหรับบ่อเติมอากาศ ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ทำหน้าที่ให้ออกซิเจนแก่แบคทีเรียเพื่อใช้ในการเติบโตและทำให้แบคทีเรียสามารถแขวนลอยอยู่ในน้ำเสียได้โดยไม่ตกตะกอนลงสู่ก้นบ่อ ซึ่งจะเกิดการทำงานของแบคทีเรียชนิดไม่ใช้ออกซิเจน (เกิดกลิ่นเหม็น) นอกจากนี้แล้วยังทำให้การสัมผัสระหว่างแบคทีเรียและน้ำเสียเกิดขึ้นได้อย่างทั่วถึง น้ำในถังเติมอากาศจะมีตะกอนสีน้ำตาลแขวนลอยอยู่เต็มไปหมดเท่ากันทั่วถังเติมอากาศ ถ้าเราหยุดเครื่องเติมอากาศตะกอนแบคทีเรียจะจมลง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สู่ก้นถังภายในเวลาไม่นาน ออกซิเจนละลายที่ก้นถังจะถูกจุลินทรีย์นำไปใช้จนหมด แบคทีเรียมีออกซิเจนไม่เพียงพอที่จะทำให้ระบบล้มเหลว

5. บ่อดกตะกอน

ใช้ในการแยกตะกอนแบคทีเรียและน้ำที่ถูกลดความสกปรกลงแล้วออกจากกัน หลักการทำงานคือ ลดความเร็วของน้ำลงหรือปล่อยให้น้ำนิ่งซึ่งจะทำให้แบคทีเรียซึ่งมีน้ำหนักมากกว่าจมลงสู่ก้นบ่อได้เองโดยแรงโน้มถ่วงของโลก น้ำใสจะล้นผ่านช่องน้ำเปิดรูปพื้นปลาทางด้านบนไปยังบ่ออื่นๆต่อไป ส่วนตะกอนแบคทีเรียจะถูกสูบกลับไปยังถังเติมอากาศเพื่อเก็บไว้ใช้งานต่อไป

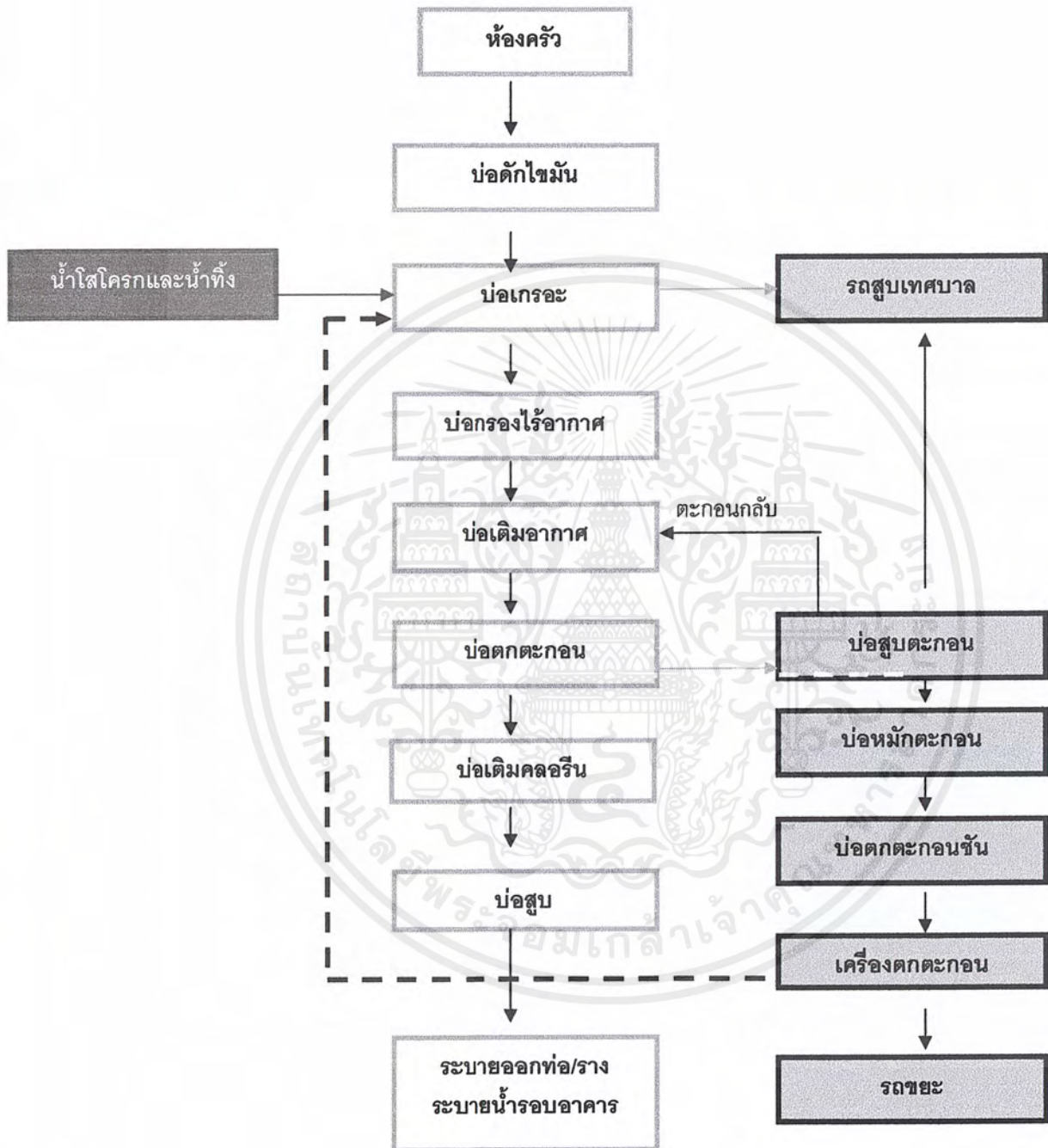
6. บ่อสูบตะกอน

เป็นบ่อเก็บตะกอนที่แยกออกจากน้ำในบ่อดกตะกอน เพื่อเข้าสู่บ่อสูบตะกอนส่งกลับไปยังบ่อเติมอากาศอีกครั้งหนึ่ง เพื่อช่วยรักษาระดับความเข้มข้นแบคทีเรียในบ่อเติมอากาศให้มากเพียงพอต่อการลดความสกปรกในน้ำเสีย ปริมาณตะกอนในระบบจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเนื่องจากจุลินทรีย์กินของเสียเป็นอาหาร แต่ขณะเดียวกันมันก็จะสลายตัวลงไปพร้อมๆกัน ในสภาพของระบบบำบัดทั่วๆ ไปนั้นตะกอนจะสะสมมากขึ้นเรื่อยๆ ตะกอนที่มีมากเกินไปควรได้รับการกำจัดด้วยวิธีการต่างๆกันแล้วแต่ความเหมาะสม การสูบตะกอนนี้ควรใช้เครื่องสูบน้ำประเภทสูบตะกอนได้ดี เนื่องจากน้ำตะกอนจะมีความหนืดค่อนข้างสูง ในบางกรณีบ่อสูบตะกอนอาจใช้บ่อดกตะกอนเป็นบ่อสูบตะกอนด้วยโดยติดตั้งเครื่องสูบตะกอนไว้ในบ่อดกตะกอน

7. บ่อฆ่าเชื้อโรค

ประกอบด้วยชุดเติมคลอรีนในน้ำทิ้งที่จะออกจากระบบฯ ซึ่งน้ำทิ้งที่จะออกจากระบบจะเติมคลอรีนในอัตราส่วนคลอรีน 0.5 กรัมต่อปริมาณน้ำเสีย 1 ลบ.ม. โดยหลังจากเติมคลอรีนแล้วควรมีคลอรีนละลายอยู่ในน้ำเสียประมาณ 0.3 มก./ลิตร และเมื่อเติมแล้วควรให้เกิดการผสมของคลอรีนกับน้ำทิ้งให้เข้ากันมากที่สุดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อโรคที่ดี การเติมคลอรีนเพื่อฆ่าเชื้อโรคตามมาตรฐานน้ำทิ้งของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติมิได้กำหนดไว้ ยกเว้นกรณีเกิดโรคระบาดขึ้นเท่านั้น น้ำทิ้งที่ออกจากบ่อฆ่าเชื้อโรคแล้วจะสามารถปล่อยระบายสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตในแหล่งน้ำสาธาณณะนั้น แต่ควรมีมาตรการตรวจสอบว่าพื้นที่ดังกล่าวอยู่ในเขตควบคุมเรื่องการระบายน้ำทิ้งหรือไม่ เช่น บริเวณแหล่งน้ำจืดที่จะนำมาใช้ในการทำน้ำประปาเพื่ออุปโภคบริโภค มักไม่ให้มีการระบายน้ำทิ้งจากระบบน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำนั้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 5.10 ไคอะแกรมของระบบบำบัดน้ำเสีย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 5.11 ในส่วนของท่อนั้นหากใช้วัสดุชนิดเดียวกันหรือสีเหมือนกันก็ต้องระบุหรือทำสัญลักษณ์ระบุให้ชัดเจน โดยในภาพ (S) คือ ท่อโสโครก (V) คือ ท่อระบายอากาศ (W) คือ ท่อน้ำทิ้ง



ภาพที่ 5.12 เนื่องจากท่อของ โครงการ โรงพยาบาลนั้นมีอยู่หลายชนิด โดยทั่วไปจะใช้สีในการแยกประเภทของท่อ

- สีเลือดหมู ท่อน้ำทิ้ง
- สีดำ ท่อโสโครก
- ท่อสีแดง ท่อน้ำใช้, อัดก็ภัย
- ท่อสีเขียว ออกซิเจน (H_2O)
- ท่อสีเหลือง อากาศอัด
- ท่อสีฟ้า ท่อไนตรัส (N_2O)
- สีขาว VACUUM
- หุ้มฉนวน เป็นท่อน้ำร้อนหรือท่อน้ำเย็นสำหรับระบบปรับอากาศ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.4.8 ระบบกำจัดขยะ

ลักษณะของขยะที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ซึ่งการกำจัดขยะแต่ละชนิดจะมีวิธีการแตกต่างกันไป โดยจะมีที่ทิ้งขยะแยกตามชนิดทำให้สามารถแยกประเภทขยะและนำไปกำจัดให้ถูกวิธี

1.ขยะธรรมดาที่เกิดจากการใช้ทั่วไป เช่น เศษกระดาษ วิธีการกำจัดจะมีภาชนะรองรับ และมีพนักงานมาเก็บรวบรวม และนำไปเก็บในห้องเก็บขยะแห่งที่ชั้นล่างของอาคาร ซึ่งมีความจุในการเก็บขยะประมาณ 2 วัน เพื่อรอการกำจัดต่อไป

ขยะแห้ง ส่วนหนึ่งอาจจะนำไปเผาที่เตาเผาขยะของโรงพยาบาล อีกส่วนหนึ่งจะให้รถขยะของทางกรุงเทพมหานครมาเก็บไป

ขยะเปียก จะมีห้องเก็บขยะที่มีการควบคุมอุณหภูมิให้ต่ำ เพื่อชะลอการเติบโตของจุลินทรีย์ โดยจะมีความจุในการเก็บขยะประมาณ 1 วัน หลังจากนั้นจะรอให้รถขยะของทางกรุงเทพมหานครมารับไป

2.ขยะติดเชื้อเป็นของเสียหรือของใช้แล้วทุกชนิดที่ใช้โดยผู้ป่วย เป็นขยะที่ทิ้งไม่ได้ ต้องทำลายเอง แบ่งออกเป็น

2.1 WARD WASTE ได้แก่ ขยะที่เหลือจากหอผู้ป่วย เช่น ดอกไม้ เศษอาหาร เศษผงที่กวาดทำความสะอาด เป็นต้น

2.2 PLASTIC AND DIRTY PAPER ได้แก่ ของเหลือที่เป็นหลอดฉีดยา แบบที่ใช้ทิ้งเลย งานพลาสติกสำหรับใส่อาหาร , ถ้วยกระดาษ เป็นต้น

2.3 THEATRE WASTE ได้แก่ ขยะที่เหลือจากห้องผ่าตัดเป็นเศษชิ้นเนื้อคน , เสื้อผ้าที่จะทิ้ง , หลอดพลาสติกต่างๆ และของเสียจากห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา เช่น พวกของเสียของร่างกายที่นำไปตรวจจำพวกเลือด , ปัสสาวะ , อุจจาระ เป็นต้น

2.4 CLEAN PAPER ได้แก่ ของเหลือที่เป็นเศษกระดาษจดหมาย กระดาษแข็ง และกระดาษที่ใช้ห่อของต่างๆ

3.ขยะพิเศษซึ่งเป็นของเสียจากห้องฉายรังสีที่มีกัมมันตรังสี ขยะที่มีกัมมันตภาพรังสีนี้จะมีหน่วยงานโดยเฉพาะ เช่น สำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติมารับไปกำจัด

4.ขยะเปียกจากครัวจะมีห้องเก็บขยะที่มีการควบคุมอุณหภูมิให้ต่ำเพื่อชะลอการเติบโตของจุลินทรีย์โดยจะมีความจุในการเก็บขยะประมาณ 1 วัน หลังจากนั้นจะรอให้ขยะของทางกรุงเทพมหานครมารับไป

เตาเผาขยะ

สามารถเผาได้วันละ 10–150 กก/ชม. โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. ห้องเผาขยะและปล่องระบายไอน้ำ | 4. ห้องเผาควัน |
| 2. ที่ปิ้งขยะ | 5. หัวเผาควัน |
| 3. หัวเผาขยะ | 6. ระบบควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติ |

การทำงาน ภายในห้องเผาขยะจะมีเตาเผาซึ่งใช้น้ำมัน โซลาร์ ซึ่งใช้ครั้งละ 8–26 กก/ชม. เมื่อป้อนขยะเข้าห้องเผาแล้วจะเริ่มเดินเครื่องให้มีอุณหภูมิสูง 400–500 c ส่วนควันจะระบายออกไปยังหัวเผาขยะและจะถูกแปรสภาพเป็นคาร์บอนไดออกไซด์และแก๊สอื่นๆที่ไม่มีสีไม่มีกลิ่น ปราศจากพิษ และถูกระบายออกทางปล่องระบายไอน้ำ

อุณหภูมิในห้องเผาขยะและห้องเผาควันจะถูกควบคุมด้วยระบบอัตโนมัติที่ผู้ควบคุมคือ เมื่อหัวเผาทำงานจนถึง 500 C ตามที่ตั้งไว้ ระบบจะหยุดโดยอัตโนมัติเหลือเพียงพัดลมทิ้งนี้ เพื่อความประหยัดน้ำมัน

ห้องรวมขยะ เป็นห้องรวมเศษอาหารและขยะเตรียมกำจัด ลักษณะห้องต้องสร้างด้วยวัสดุคงทน ไม่ติดไฟ ป้องกันน้ำซึม สามารถทำความสะอาดได้ง่าย มีการระบายน้ำที่ดี ภายในห้องจะมีก๊อกน้ำ 1 เพื่อใช้ล้างทำความสะอาด

การหาปริมาณขยะ

โดยเฉลี่ยวันหนึ่งๆคนเราจะทิ้งขยะวันละ		0.4	กก/คน/วัน
บุคลากรในโรงพยาบาลจะมี	720 คน	288	กก.
จำนวนเตียงคนไข้	200 เตียง	80	กก.
ดังนั้นปริมาณขยะ 1 วันของโรงพยาบาล		368	กก.
ใช้เวลาเผา		3	ชม.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.4.9 ระบบระบายน้ำฝน

บนอาคารซึ่งเป็นส่วนที่รับน้ำฝนจะติดตั้งรับน้ำฝน (ROOF DRAIN) ในขนาดและจำนวนที่พอเพียงที่จะระบายน้ำฝนจากอาคาร นอกจากนี้บริเวณระเบียงหรือพื้นที่อื่นที่จะรับน้ำฝนจะติดตั้งช่องระบายน้ำที่พื้น (FLOOR DRAIN) เพื่อระบายน้ำ น้ำฝนที่ไหลผ่านช่องระบายน้ำต่างๆ จะถูกรวบรวมและระบายลงสู่บ่อพักน้ำฝนบริเวณโดยรอบอาคารโดยตรง

ถ้ามีส่วนของชั้นใต้ดินจะทำการระบายน้ำวางรางระบายน้ำโดยรอบชั้นใต้ดินเพื่อรับน้ำฝนและน้ำล้างพื้นมาลงสู่พื้นมาลงสู่บ่อน้ำสูบน้ำ (SUMP PUMP) การทำงานของเครื่องสูบน้ำจะเป็นไปโดยอัตโนมัติ ควบคุมด้วยสวิทช์ควบคุมระดับน้ำ (LEVEL SWITCH) แล้วจึงสูบน้ำไปยังบ่อพักน้ำฝนรอบอาคาร ท่อระบายน้ำ CONDENSATE WATER จะทำการหุ้มฉนวนเพื่อกันไม่ให้ไอน้ำรอบท่อรวมตัวกันเป็นหยดน้ำเนื่องจากความเย็นของท่อ และทำความเสียหายต่อสิ่งอื่นภายในช่องท่อน้ำจากเครื่องปรับอากาศจะไหลลงสู่บ่อพักน้ำฝนรอบอาคาร โดยตรงเช่นกัน

5.4.10 ระบบแก๊สทางการแพทย์

จะมีการเดินท่อแก๊สจากห้องแก๊ส ซึ่งอยู่ชั้นล่างของอากาศติดกับช่องส่งของเพื่อความสะดวกในการขนแก๊สขึ้นลง และอยู่ใกล้ห้องควบคุมระบบ MACHANIC ซึ่งจะจ่ายไปยังส่วนต่างๆของอาคารในแต่ละชั้น โดยจะมี MANIFOLD GAS , SHUT OFF VALUE และเครื่องทำสุญญากาศ (SUCTION) และเครื่องควบคุมความดันอากาศ (COMPRESSION AIR)

โดยท่อที่ใช้จะเป็นท่อทองแดงในการจ่ายแก๊สจะวางท่อไม่ซับซ้อนให้มีการตัดช่วงตอนเพื่อไม่ให้มีการติดขัดในการใช้เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งเสียหาย และเดินท่อให้สั้น

อุปกรณ์ OUTLET จะคล้ายกับปลั๊กเสียบสายไฟฟ้า ส่วนอุปกรณ์ชุด SECONDARY เป็นอุปกรณ์ที่นำมาเสียบกับ OUTLET

การแยกส่วนใช้แก๊สต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

1.ระบบท่อออกซิเจน เดินท่อจ่ายตามส่วนต่างๆ คือ ห้อง OR. ในแผนกศัลยกรรม ห้อง MINOR OR. ในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน RECOVERY ROOM I. C. U. ในหอผู้ป่วย และ TREATMENT ROOM ในแผนกผู้ป่วยนอก

2.ระบบท่อไนโตรสออกไซด์ (N O) ลักษณะการเดินท่อ เช่นเดียวกับการเดินท่อออกซิเจน

3.ระบบท่อ BUTAIN เดินท่อจ่ายในแผนกพยาธิวิทยาและหน่วยชันสูตรไว้ใช้เป็นเชื้อเพลิงและทำความสะอาดเครื่องมือบางชนิด

4.ระบบท่อในห้องทดลอง ใช้ท่อ PVC เพื่อทนต่อการกัดกร่อน

5.ระบบท่อ SUCTION และ COMPRESSION เป็นระบบท่อจ่ายพลังงานจากส่วนกลาง โดยการติดตั้งปั๊มอัดอากาศและดูดอากาศในห้องเครื่อง โดยจะมีการเตรียมหัวจ่ายและที่เสียบอุปกรณ์ไว้

-ระบบ SUCTION จะเดินท่อจ่ายไปยัง MINOR OR. , แผนกฉุกเฉิน RECOVERY ROOM , I.C.U. , WARE , TREATMENT ROOM , แผนก O.P.D. ห้องชันสูตรศพ

-ระบบ COMPRESSION เดินท่อจ่ายไปยังห้อง TREATMENT แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกโสต คอ นาสิก จักษุ ,แผนกทันตกรรม , แผนกพยาธิวิทยา

การเดินท่อ

การเดินท่อควรกำหนดเป็น ZONE ตามพื้นที่การใช้งาน และให้มีลิ้นควบคุมการใช้ในแต่ละ ZONE และถ้าห้องใดต้องใช้แก๊สมากจะต้องแยกการควบคุมให้เป็นอิสระจากห้องอื่น บางครั้งความดันแก๊สอาจตกลงจึงต้องทำระบบท่อแก๊สมากกว่า 1 ระบบ นอกจากนี้ ยังต้องมีการเผื่อการขยายตัวในอนาคต หรือเปลี่ยนพื้นที่การใช้งาน

ท่อแก๊สซึ่งเดินใต้ฟ้านั้นต้องออกแบบให้มีการระบายอากาศที่ดีเพื่อป้องกันการสะสมแก๊สเมื่อเกิดการรั่วขึ้น นอกจากนี้ ท่อที่เดินจะต้องป้องกันการถูกระแทก การเกิดปฏิกิริยาเคมี ร้อนจัดเกินไปหรือสารผสมยางมะตอย ประกายไฟฟ้าและไม่เดินท่อเปลือยในปล่องลิฟต์ผ่านครัว ห้องซักผ้า ห้องหม้อน้ำ ห้องเยนเนอเรเตอร์ ห้องเก็บสารเคมีหรือสารไวไฟหรือถ้าจำเป็นควรเดินในท่อที่หุ้มฉนวนกันไฟ

แหล่งจ่ายแก๊ส (SUPPLY SOURCE)

แก๊สต่างๆที่จ่ายออกมาจากหลอดแก๊สจะมีความดันสูงผ่าน MAINFOLD ซึ่งทำหน้าที่ลดความดันแก๊สจนได้ความดันที่ต้องการแต่ละข้างของ MAINFOLD จะมีหลอดแก๊สสำรองไว้

เมื่อความดันแก๊สลดลงจนถึง 8. 2 บาร์ (120 PSI) ซึ่งเป็นความดันต่ำสุดที่จะจ่ายแก๊สออกจาก MAINFOLD ได้ จะมีการเปลี่ยนข้างจ่ายแก๊สอย่างอัตโนมัติและจะไม่ทำให้ความดันในท่อจ่ายตกลง

การใช้แก๊ส (CONSUMPTION)

ห้องที่จำเป็นต้องใช้แก๊ส ได้แก่ ห้องผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดเล็ก (รวมถึง DENTAL ENT CYSTOSCOPY FRACTURE) ห้องพักฟื้น ห้อง I.C.U. , C.C.U. ห้องฉุกเฉิน ห้องพักคนไข้ ห้องตรวจรักษา และห้อง LAB ซึ่งมีการใช้แก๊สมากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งจะแยกพิจารณาตามพื้นที่ดังนี้

1.ห้องพักฟื้น

คิด 20 LPM/เตียง โดยใช้ DIVERSITY FACTOR ดังนี้

ตารางแสดงปริมาณออกซิเจนที่ใช้ในห้องพักฟื้น

เตียง	8 เตียงแรก	9-12	9-16	มากกว่า 16 ขึ้นไป
ปริมาณออกซิเจน (%)	100	60	50	45

2.ห้อง I.C.U. & C.C.U.

คิดจุดละ 20 LPM แต่ถ้าใช้จับ RESPERATOR จะคิดจุดละ 40 LPM

3.ห้องพักคนไข้ WARD และอื่นๆ

ตารางแสดงปริมาณแก๊สที่ใช้ในห้องพักคนไข้

ปริมาณก๊าซ	หัวจ่ายแรก	หัวจ่ายถ่ายไป
ออกซิเจน (LPM)	20	6
ไนโตรเจน (LPM)	15	6

คิด DIVERSITY เช่น มีเตียงคนไข้ใน WARD 200 เตียง

ดังนั้น อัตราการไหลของแก๊สที่ต้องการ $20 + (6 \times 200 \times .025)$

$$= 320 \text{ LPM}$$

ก.ระบบก๊าซออกซิเจน (OXYGEN SYSTEM)

ใช้ระบบออกซิเจนถ้ำบรรจุสำเร็จรูปเป็นหน่วยจ่าย ชิกหนึ่งเป็นหน่วยจ่ายหลัก อีกชิกหนึ่งเป็นหน่วยจ่ายสำรองควบคุมการจ่ายแก๊สไปยังจุดใช้งานต่างๆด้วยแผงควบคุมชนิดติดผนังแบบอัตโนมัติโดยสมบูรณ์ (FULLY AUTOMATIC DUPLEX MANIFOLD) ซึ่งสามารถเปลี่ยนการใช้งานจากชิกหนึ่งเป็นอีกชิกหนึ่งได้โดยอัตโนมัติ พร้อมทั้งมีวาล์วให้สามารถใช้มือปิดเลือกการควบคุมด้วยโดยแผงควบคุมจะเป็นอุปกรณ์ ซึ่งบรรจุอยู่ในกล่องเหล็กแผ่นชุบสังกะสี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

หรืออลูมิเนียมพ่นสีทับแบ่งออกเป็น 2 ด้าน แต่ละด้านต่อกับถังบรรจุออกซิเจนสำเร็จรูปจะใช้งาน สลับกันโดยอัตโนมัติ โดยแต่ละด้านจะผ่านวาล์วปรับความดัน (REGULATOR) เพื่อลดความดัน จนถึงประมาณ 2,250 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว จากนั้นแก๊สออกซิเจนจะถูกลดความดันอีกครั้ง จนเหลือความดันระหว่าง 50-60 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว เพื่อส่งไปตามท่อสู่จุดใช้งานต่างๆ แผงควบคุมนี้จะต้องสามารถจ่ายแก๊สออกซิเจนได้ไม่น้อยกว่า 7,000 ลูกบาศก์ฟุตต่อชม. ที่ความดัน 55 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว และที่แผงควบคุมจะต้องมีที่กรองฝุ่นละอองชนิดทนแรงดันสูง ที่แต่ละด้านเพื่อป้องกันฝุ่นละอองเข้าสู่ระบบวาล์วอัตโนมัติหรือเข้าสู่ระบบใช้งาน และสามารถถอดเปลี่ยนหรือทำความสะอาดได้สะดวก โดยมีเกจวัดความดันของจุดต่างๆ และมีสัญญาณแสงและเสียงแสดงด้วย

ข. ระบบแก๊สไนตรัสออกไซด์

เป็นระบบที่ใช้แก๊สไนตรัสออกไซด์ โดยซีกหนึ่งเป็นหน่วยจ่ายหลัก อีกซีกหนึ่ง เป็นหน่วยจ่ายสำรอง ควบคุมการจ่ายแก๊สไนตรัสออกไซด์ไปยังจุดใช้งานต่างๆ ด้วยแผงควบคุม ชนิดติดผนัง (DUPLEX MANIFOLD , WALL MOUNTED TYPE) ซึ่งสามารถเปลี่ยนการใช้งาน จากซีกหนึ่งซีกใดเป็นอีกซีกหนึ่งได้โดยอัตโนมัติ พร้อมทั้งมีวาล์วให้สามารถใช้มือปิดเลือกการควบคุม โดยแผงควบคุมนี้ต้องมีลักษณะสำคัญดังนี้ คือ

-ตัวอุปกรณ์จะต้องบรรจุอยู่ในกล่องเหล็กชุบแผ่นสังกะสีหรืออลูมิเนียมพ่นสีทับ แบ่งเป็น 2 ด้าน แต่ละด้านต่อกับถังสำเร็จรูปบรรจุแก๊สไนตรัสออกไซด์ ใช้งานสลับกันโดยอัตโนมัติ โดยแต่ละด้านจะผ่านวาล์วปรับความดัน (REGULATOR) เมื่อลดความดันถึงลงชั้นหนึ่ง ก่อนแล้วจึงจะลดความดันอีกครั้งจนเหลือความดันระหว่าง 50-60 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว เพื่อส่งไป ตามท่อสู่จุดใช้งานต่างๆ แผงควบคุมนี้จะต้องสามารถจ่ายแก๊สไนตรัสออกไซด์ได้ ไม่น้อยกว่า 500 ตารางฟุตต่อชม. ที่ความดัน 55 ปอนด์ต่อนิ้ว

-ภายในแผงควบคุมจะต้องมีที่กรองฝุ่นละอองชนิดทนแรงดันสูงที่แต่ละด้าน เพื่อป้องกันฝุ่นละอองเข้าสู่ระบบใช้งาน

-แผงควบคุมจะต้องมีเกจวัดความดันของจุดต่างๆ และใช้เป็นแหล่งส่งสัญญาณ ไปยังระบบสัญญาณหลักแล้วยังมีสัญญาณแสงและเสียงแสดง

ก.ระบบผลิตสุญญากาศ (VACUM SYSTEM)

เครื่องผลิตสุญญากาศ มีลักษณะดังนี้

เป็นเครื่องแบบ DUPLEX มี 2 ตัว ปรกติจะทำงานสลับกันครั้งละตัวแต่จะช่วยกันทำงานพร้อมกันทั้งสองตัวได้เมื่อปริมาณใช้งานมากเกินจุดกำหนด แต่ละเครื่องจะต้องผลิตสุญญากาศได้เต็มที่คือ 29.7 นิ้วปรอท

เป็นเครื่องแบบ โรตารี (ROTARY VANE TYPE) ตัว VANE ทำด้วยวัสดุที่ค่อนข้างแข็งแรง เช่น อลูมิเนียมหรือเหล็กกล้าไร้สนิมและเลื่อนเข้าออกในตัวไบพัต (ROTOR) ที่แข็งแรง เช่น เหล็กหล่อ ต่อตรงกับมอเตอร์ไฟฟ้า (FLEXIBLE COUPLING) ความเร็ว 1,450 รอบต่อนาที ระดับความดังของเสียงขณะทำงานไม่เกิน 85 เดซิเบล ตัวเครื่องใช้วิธีระบายความร้อนด้วยอากาศ (ไม่ใช้น้ำ)

- ตู้ควบคุมไฟฟ้า (CONTROL PANEL) ประกอบด้วย
- ที่ตัดไฟ (CIRCUIT BREKER)
- ระบบส่งสัญญาณ มีเสียงและสัญญาณแสงที่ตู้ควบคุมนี้ เมื่อมอเตอร์ไฟฟ้ากินกำลังไฟเกินปรกติ (OVER LOAD) หรือความดันสุญญากาศต่ำกว่าปรกติ นอกจากนี้ ยังต้องสามารถส่งสัญญาณเหล่านี้ไปยังระบบสัญญาณหลัก (MASTER ALARM)
- หลอดไฟแสดงว่าเครื่องผลิตสุญญากาศตัวหนึ่งตัวใด หรือทั้งสองตัวกำลังทำงาน
- สตาร์ทเตอร์ (STARTER) พร้อมอุปกรณ์ป้องกันมอเตอร์กินกำลังไฟฟ้าเกินปรกติ (OVERLOAD PRETECTION DEVICE)
- สวิตช์เลือกใช้งานอัตโนมัติ หรือเลือกใช้บังคับด้วยมือ
- เครื่องแสดงชั่วโมงการใช้งาน (HOUR METER) ของแต่ละเครื่อง
 - เดินสายไฟโดยร้อยอยู่ในท่อโลหะ EMT
 - ตัวเครื่องสุญญากาศติดตั้งบนแท่นเหล็กซึ่งมีการกันสะเทือนรองรับ

ง.ระบบผลิตอากาศอัด

ประกอบด้วยเครื่องผลิตอากาศอัด (AIR COMPRESSOR) ถังเก็บอากาศอัด เครื่องหล่อเย็นอากาศอัด (AFTER COOLER) เครื่องทำอากาศแห้ง (AIR DRYER) และกรองต่างๆ

เครื่องผลิตอากาศอัด (AIR COMPRESSOR) มีลักษณะดังนี้ คือ

เป็นเครื่องแบบ DUPLEX คือ มี 2 ตัว ปกติจะทำงานสลับกันครั้งละตัวแต่จะช่วยกันทำงานพร้อมกันทั้ง 2 ตัว เมื่อปริมาณใช้งานมากเกินจุดกำหนดไว้ในแต่ละเครื่องจะต้องสามารถผลิตอากาศอัดแรงดันสูงสุดได้ถึงอย่างน้อย 10 BARS (147 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว)

เป็นเครื่องแบบ OIL-LESS คือ ใช้น้ำมันหล่อลื่นในเครื่องเลย เป็นแบบลูกสูบ มีแหวนและชั้นความดันสูงขับเคลื่อนด้วยมอเตอร์ไฟฟ้าผ่านสายพานส่งกำลังมอเตอร์ไฟฟ้าจะขับเคลื่อนให้ตัวเครื่องหมุนด้วยความเร็วไม่เกิน 800 รอบต่อนาที ระดับความดังของเสียงขณะเครื่องไม่เกิน 80 เดซิเบล 2B (A)

ตัวเครื่องใช้วิธีการระบายความร้อนด้วยอากาศ (ไม่ใช้น้ำ) อากาศอัดจะต้องหล่อเย็น (AFTERCOOL) ด้วยที่หล่อเย็นแบบระบายความร้อนด้วยอากาศซึ่งจะติดตั้งภายนอกหรือติดกับตัวเครื่องอัดอากาศก็ได้

ตู้ควบคุมไฟฟ้า (CONTROL PANEL) ประกอบด้วย

- ที่ตัดไฟของเครื่องผลิตอากาศอัดแต่ละเครื่อง
- ระบบส่งสัญญาณจะมีสัญญาณเสียงและสัญญาณแสงที่ตู้ควบคุมนี้ เมื่อมอเตอร์ไฟฟ้ากินกำลังไฟฟ้าเกินปกติ หรือความดันอากาศต่ำกว่าปกติ
- หลอดไฟแสดงว่าเครื่องผลิตอากาศตัวหนึ่งตัวใดหรือทั้งสองตัวกำลังทำงาน
- สตาร์ทเตอร์ (STARTER) แบบ STAR-DELTA พร้อมอุปกรณ์ป้องกันมอเตอร์กินกำลังไฟเกินปกติ (OVER-LOAD PROTECTION DEVICE)
- สวิตช์เลือกใช้งานอัตโนมัติหรือเลือกโดยใช้มือบังคับ
 - การเดินสายไฟในห้องเครื่องเดินในท่อโลหะ EMT
 - เครื่องผลิตอากาศอัดแต่ละตัวต้องมีที่ระบายอากาศออกชั่วคราว ระหว่างการเริ่มทำงาน (AUTOMATIC DEAIRING FOR PRESSURELESS START)
 - ตัวเครื่องผลิตอากาศอัดจะต้องติดตั้งบนแท่นเหล็กซึ่งมีกันสะเทือนรองรับ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ซ.เครื่องทำอากาศแห้ง (AIR DRYER)

ใช้น้ำยาฟรียออกเป็นตัวทำความเย็นระบายความร้อนด้วยอากาศ สามารถรับปริมาณอากาศอัดผ่านได้ประมาณ 2 เท่าของปริมาณอากาศ จากเครื่องผลิตอากาศอัดแต่ละตัว โดยมีอุณหภูมิจุดน้ำแข็ง 2-3 องศาเซลเซียส อุณหภูมิห้องไม่เกิน 32 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิอากาศอัดเข้าเครื่องไม่เกิน 35 องศาเซลเซียส

ตัวเครื่องทำอากาศแห้งต้องสามารถรับความดันได้ไม่น้อยกว่าหนึ่งเท่าครึ่งของความดันสูงสุดของเครื่องผลิตอากาศอัด

ชุดควบคุมไฟฟ้าประกอบด้วยสวิทช์ปิด-เปิดสัญญาณเสียงและแสง เมื่อมอเตอร์ไฟฟ้ากินกำลังไฟเกินปกติ หลอดไฟจะแสดงการทำงานของเครื่อง

กรองต่างๆ

-กรองเบื้องต้น (PRE-FILTER) กรองฝุ่นละอองได้ถึงขนาด 5 ไมครอน สามารถให้อากาศผ่านได้ไม่น้อยกว่า 2 เท่า ของปริมาณอากาศอัดจากเครื่องผลิตอากาศหลักแต่ละตัว และทนแรงดันสูงสุดได้อย่างน้อยเท่ากับแรงดันสูงสุดของเครื่องผลิตอากาศอัด มีวาล์วอัตโนมัติระบายน้ำหรือฝุ่นผงออกจากก้นกรอง

-กรองแบคทีเรีย (BACTERIA FILTER) กรองวัสดุได้ถึงขนาด 0.3 ไมครอน

-กรองกลิ่น (ODOR FILTER) สามารถกรองกลิ่นได้ถึง 90 ใน 100 สามารถให้อากาศผ่านได้ไม่น้อยกว่า 2 เท่าของปริมาณอากาศอัดจากเครื่องผลิตอากาศอัด ใช้วิธีต่อขนานเนื่องจากมีปริมาณอากาศผ่านมาก

หมายเหตุ

-ท่อในระบบแก๊สทางการแพทย์จะเป็นท่อทองแดงชนิด HARD TEMPER ส่วนท่อที่ฝังในผนังจะเป็นชนิด SOFT TEMPER และเดินอยู่ในท่อ PVC โดยท่อทองแดงจะต้องไม่มีรอยต่อภายใน

-การทำความสะดวกท่อโดยใช้น้ำร้อนผสมโซเดียมคาร์บอเนตหรือไตรโซเดียมฟอสเฟตเพื่อขจัดไขมันคราบจารบีหรือน้ำมันภายใน จากนั้นใช้ลมอัดชนิดไร้น้ำมัน

ระบบสัญญาณหลัก (MASTER ALARM)

1. เป็นกล่องสัญญาณเตือนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือขัดข้องของระบบดังต่อไปนี้

- ความดันออกซิเจนเหลวในท่อต่ำกว่าปกติ
- กำลังใช้ออกซิเจนจากถังเล็กสำรองอยู่
- ความดันแก๊สออกซิเจนจากแผงควบคุมต่ำกว่าปกติหรือสูงกว่าปกติ
- เครื่องอัดอากาศหยุดทำงาน เนื่องจากมอเตอร์ไฟฟ้ากินกำลังเกินปกติ
- ความดันอากาศอัดต่ำกว่าปกติ
- เครื่องทำอากาศแห้งหยุดทำงาน เนื่องจากมอเตอร์ไฟฟ้ากินกำลังเกินปกติ
- เครื่องทำสุญญากาศหยุดทำงาน เนื่องจากมอเตอร์ไฟฟ้ากินกำลังเกินปกติ
- ความดันสุญญากาศต่ำกว่าปกติ
- ความดันแก๊สไนตรัสออกไซด์ต่ำกว่าปกติ
- กำลังใช้แก๊สไนตรัสออกไซด์จากถังสำรองอยู่

2. ตัวกล่องสัญญาณเป็นเหล็กแผ่นชุบสังกะสีหรืออลูมิเนียมแล้วพ่นสีทับ

3. สัญญาณจะมี 2 แบบ แบบแรกเป็นหลอดไฟสัญญาณเตือน ซึ่งจะติดอยู่ตลอดเวลา จนกว่าจะแก้ไขข้อขัดข้องนั้นเรียบร้อยแล้ว ส่วนอีกแบบจะเป็นสัญญาณเสียงซึ่งสามารถปิดได้

4. ระดับความดันสูงหรือต่ำกว่าปกติ เมื่อมีค่าผิดไปจากการใช้งานปกติไป 20% แต่สำหรับความดันสุญญากาศต่ำกว่าปกติจะถือว่าเริ่มเมื่อความดันสุญญากาศลดลงถึง 12 นิ้วปรอท

ระบบสัญญาณเฉพาะแห่ง (AREA ALARM OR LOCAL ALARM)

เป็นกล่องสัญญาณเตือนเมื่อมีความขัดข้องของระบบดังต่อไปนี้

- ความดันแก๊สออกซิเจนในบริเวณผลิตปกติ
- ความดันอากาศในบริเวณผลิตปกติ
- ความดันสุญญากาศต่ำกว่าปกติ
- ความดันแก๊สไนตรัสออกไซด์ต่ำกว่าปกติ



ภาพที่ 5.13 ถังออกซิเจนเหลวซึ่งจะตั้งอยู่ภายนอกอาคารมีวาล์วควบคุมอยู่ภายนอก โดยก่อนใช้จะส่งผ่านเครื่องทำก๊าซและผ่านน้ำบริสุทธิ์อีกชั้นหนึ่งก่อนจ่ายออกสู่แผนกต่างๆ



ภาพที่ 5.14 เครื่องอัดอากาศแห้ง (AIR DRYER) และสูญญากาศ (VACUM SYSTEM) ออกไปตั้งอยู่บริเวณห้องเครื่องโดยที่ฐานหรือรอยต่อจะต้องติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันการสั่นสะเทือนและมีวาล์วควบคุมและบอกระดับความดันของเครื่องติดตั้งไว้ด้วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 5.15 ในส่วน NURSE STATION ของแต่ละแผนกจะมีตัวควบคุมส่วนกลางหรือบอกระดับปริมาณก๊าซต่างๆของในแผนกเพื่อควบคุมหรือตรวจสอบได้หากมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นได้



ภาพที่ 5.16 การวางท่อแก๊สทางการแพทย์นั้นจะต้องเตรียมช่องท่อไว้ก่อนที่จะทำการเดินท่อไม่ควรฝังท่อลงในกำแพงโดยตรงเพราะท่อพวกนี้จะมีการสั่นเวลาที่ใช้ซึ่งทำให้เกิดการแตกของผนังหรือท่อได้และยังสามารถดูแลรักษาท่อได้โดยง่ายด้วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 5.17 เครื่องผลิตสุญญากาศซึ่งโดยทั่วไปจะมีอยู่อย่างน้อย 2 เครื่องสับเปลี่ยน หมุนเวียนกันใช้หรือใช้แทนกันเมื่อมีตัวใดตัวหนึ่งขัดข้อง

5.4.11 ระบบไฟฟ้า

ก.ระบบไฟฟ้ากำลัง

1.ระบบไฟฟ้าทั่วไป

จะต่อสายไฟฟ้าแรงสูงจากการไฟฟ้านครหลวงขนาด 24 KV 2 เฟส 4 สาย 50 H โดยการร้อยสายในท่อโลหะฝังดินเข้าสู่ห้องหม้อแปลงชั้นล่างในห้องเครื่องเพื่อแปลงเป็นไฟแรงต่ำ โดยจัดให้เข้าหรือแปลง 2 เครื่อง โดยเครื่องแรกเป็นหม้อแปลงไฟฟ้ากำลังและอีกเครื่องเป็นหม้อแปลงไฟฟ้าที่ให้แสงสว่างจะติดตั้งแผงควบคุมแยกระบบต่างๆ โดยเฉพาะเพื่อความปลอดภัยจากไฟฟ้าลัดวงจรหรือใช้ไฟเกินในแผงควบคุม (SWITCH BOARD) แต่ละเครื่องจะต้องมี MAIN CIRCUIT BREAKER แยกควบคุมออกไปอีกแต่ละชั้นของอาคาร และมี BRANCH CIRCUIT BREAKER แยกควบคุมในแต่ละห้อง ซึ่งเมื่อเกิดเหตุขัดข้อง CIRCUIT BREAKER จะตัดวงจรของชั้นนี้ออกไปทันที



ภาพที่ 5.18 แผงควบคุม (SWITCH BOARD) โดยต่อมาจากหม้อแปลงไฟฟ้าของโครงการซึ่งแต่ละเครื่องจะต้องมี MAIN CIRCUIT BREAKER แยกควบคุมออกไปอีกแต่ละชั้นของอาคารและมี BRANCH CIRCUIT BREAKER แยกควบคุมในแต่ละห้อง



ภาพที่ 5.19 แผง MAIN CIRCUIT BREAKER ที่แยกควบคุมแต่ละชั้นซึ่งต่อมาจากแผงควบคุม (SWITCH BOARD) ซึ่งเป็นเหมือนสะพานไฟควบคุมในแต่ละชั้นโดยหากเกิดกระแสไฟฟ้าขัดข้องก็จะตัดทันที

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.ระบบไฟฟ้าฉุกเฉินใช้ 2 ระบบ ดังนี้

1.เครื่องกำเนิดไฟฟ้าดีเซล (DIESEL GENERATOR SET) ขนาด 500 KVA โดยต่อเครื่องยนต์ดีเซล (DIESEL ENGINE) เข้ากับเครื่องกำเนิดไฟฟ้า (ALTERNATOR) โดยตรง (DIRECT COUPLING) ขณะเริ่มเดินเครื่องจะใช้เบตเตอร์เป็นตัวจ่ายไฟให้ เมื่อเครื่องเริ่มเดินจะใช้ AUTOMATIC TRANSFER SWITCH ควบคุมการเดินและหยุดเครื่อง

การทำงานเมื่อไฟฟ้าจากการไฟฟ้าดับลงหรือไม่ครบเฟสหรือแรงดันไฟฟ้าเฟสหนึ่งเฟสต่ำกว่า 70% ภายใน 3 วินาที เครื่องยนต์จะเดินเครื่องเอง โดยในระยะแรกเครื่องยนต์จะวิ่งตัวเปล่าประมาณ 3 วินาที จึงจ่ายกระแสไฟฟ้าไปยัง LOAD และเมื่อไฟฟ้าเข้าสู่สภาวะปกติ ภายใน 10 นาที AUTOMATIC TRANSFER SWITCH จะเปลี่ยน LOAD จาก LOAD เครื่องกำเนิดไฟฟ้าไปเป็น LOAD ของการไฟฟ้าโดยอัตโนมัติและเครื่องยนต์จะวิ่งตัวเปล่าอยู่อีกประมาณ 5-10 นาที จึงค่อยดับเครื่องยนต์และระหว่างเวลาที่ยังไม่ดับเครื่องยนต์นี้ ถ้ากระแสไฟฟ้าของการไฟฟ้าเกิดขัดข้องอีก AUTOMATIC TRANSFER SWITCH จะกลับ LOAD มาที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าอีก โดยปกติแล้วอุปกรณ์นี้จะติดอยู่ในจะจ่ายไฟให้กับเครื่องสูบน้ำดับเพลิง ลิฟต์ ดับเพลิง ไฟทางเดิน ไฟของทางหนีไฟ พัดลมอัดอากาศ บันไดหนีไฟ ห้องคอมพิวเตอร์ควบคุมอาคาร ห้องผ่าตัด ห้อง I.C.U. C.C.U.

2.ระบบไฟฟ้าจากเบตเตอร์จะใช้จ่ายในช่วงก่อนที่ระบบไฟฟ้าแสงสว่างจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองจะจ่าย โดยจะติดตั้งอยู่ในบริเวณทางหนีไฟ ไฟฉุกเฉินในลิฟต์ไฟในห้องโดยใช้เบตเตอร์เป็นตัววัดไฟได้เองตลอดเวลาโดยอัตโนมัติและจะทำงานทันทีเมื่อไฟฟ้าปกติดับ จะติดตั้งเป็นอิสระหรือจ่ายให้กับดวงโคมหลายจุดได้

ระบบไฟฟ้า ISOLATE

ISOLATE PANEL

เป็นแผงสวิทช์ใช้ควบคุมการจ่ายกำลังไฟฟ้าให้กับอุปกรณ์ไฟฟ้าซึ่งจะแยกออกจากระบบไฟฟ้าของอุปกรณ์อื่นๆ ซึ่งจะใช้ใน ห้องผ่าตัด โดยตัวตู้จะเป็น GALVANIZED STEEL และมีแผ่นเหล็ก STAINLESS STEEL เป็นฝาปิดตัวตู้จะฝังอยู่ในผนัง และสามารถทำความสะอาดด้านหนึ่งได้ ใช้ขนาด 3-5 KVA มีความต่างศักย์ 220 V กระแสสลับ และมี CIRCUIT BREAKER เป็นตัวควบคุม

ISOLATION TRANSFORMER

เป็นหม้อแปลงชนิดแห้ง (DRY TYPE ELECTROSTATIC SHIELD) ซึ่งจะเจียบ และมีกระแสไฟฟ้าที่ต่ำกว่า

การคำนวณกำลังไฟฟ้าในโครงการ

สำหรับโครงการนี้มีการใช้กำลังไฟฟ้า 200 วัตต์/เตียง

โรงพยาบาล 200 เตียง = ใช้ไฟฟ้า 200 x 200

= 40,000 WATT

ความต้องการใช้ไฟฟ้าจริง ดังนั้น $40,000 \times 75$

100

= 30000 WATT

หรือ

30 KILOWATT

ข.ระบบแสงสว่าง มี 2 ระบบ ดังนี้

1.ระบบแสงสว่างทั่วไป

ใช้ระบบ TWO WIRES REMOTE CONTROL เป็นวงจรอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจะควบคุมการเปิด-ปิดไฟทั่วอาคารจากทางไกลที่ห้อง CONTROL โดยใช้ REMOTE ถือเป็นการบริหารพลังงานอย่างหนึ่งจะมีความง่ายและสะดวกในการใช้งาน ซึ่งแผงควบคุม จะแสดงสวิทช์ว่าดวงไฟดวงใดมีการใช้งานอยู่ มีราคาแพงเนื่องจากต้องเดินสายไฟ 2 เส้น ทั่วทั้งอาคาร แต่ถ้าในระยะเวลายาวจะมีความคุ้มมากกว่าสำหรับโครงการนี้ใช้

1.1 หลอดฟลูออเรสเซนต์ชนิด DRY LIGHT 40 WATT ให้ความร้อนต่ำ และกินกระแสไฟฟ้าน้อยกว่าแบบ 2

1.2 หลอด INCANDESCENT LAME ชนิด CLEAR BULB REATED 220 V ซึ่งจะให้แสงอบอุ่น

2.ระบบแสงสว่างฉุกเฉิน

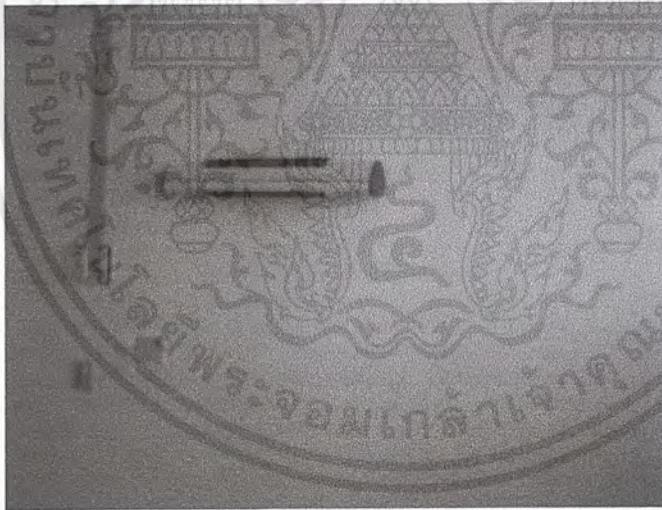
ใช้แบตเตอรี่เป็นตัวจ่ายไฟให้กับหลอดไฟทั้งหมดเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ชม. แบบควบคุมการประจุไฟฟ้าเข้าและการคายประจุของแบตเตอรี่ โดยระบบควบคุมวงจรนี้จะตัดวงจรเมื่อการคายประจุจากแบตเตอรี่ถึงขีดแรงดันไฟฟ้าที่เป็นอันตรายต่อแบตเตอรี่

และมีชุดควบคุมชนิดมี REMOTE HEAD ซึ่งเป็นแผงไฟฟ้าสำหรับตัดฟิวส์ ป้องกันกระแสเกินสำหรับแต่ละหลอดโดยเฉพาะ สำหรับโครงการนี้ใช้

- 1.1 หลอด HALOGEN หรือหลอดฟลูออเรสเซนต์ 12 โวลท์
- 1.2 หลอด SEAL BEAM 12 โวลท์ ชนิดมี REMOTE HEAD



ภาพที่ 5.20 การให้แสงสว่างทั่วไปในอาคารใช้หลอดฟลูออเรสเซนต์ทั่วไปแต่ต้องคำนึงถึงความสว่างของอาคารและไม่คู่อิมคริมซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อจิตวิทยาของผู้ป่วยได้



ภาพที่ 5.21 โคมไฟชนิดพิเศษที่สำหรับไว้บนหัวเตียงผู้ป่วยที่สามารถให้แสงทั้งแบบ DIRECT-LIGHT และ INDIRECT-LIGHT ได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.4.12 ระบบโทรศัพท์

เป็นระบบเครื่องชุมสายอัตโนมัติ โดยต่อเข้ากับศูนย์กลางนอกจากนั้นยังมีสายต่อออกไปเป็นจุดๆ ชุมสายจะอยู่บริเวณแผนกทะเบียน โดยมีพนักงาน โทรศัพท์เป็นผู้ควบคุม ส่วนโทรศัพท์สาธารณะจะต้องวางอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ใช้สามารถมองเห็นได้สะดวก โดยจะต้องวางอยู่บริเวณแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและ NURSE STATION ทุกชั้นของผู้ป่วย ประกอบด้วยอุปกรณ์ดังต่อไปนี้

1.ตู้ชุมสายอัตโนมัติ (PRIVATE AUTOMATIC BRANCH EXCHANGE, PABX) มีคุณสมบัติดังนี้

- ใช้ในการสนทนาระหว่างเครื่องภายใน สามารถทำได้โดยการหมุนหมายเลขภายใน
- การเรียกสายนอก ตู้ชุมสายสามารถแบ่งการควบคุมของหมายเลขภายใน ออกเป็น 3

ประเภท คือ

- 1.เครื่องภายในที่สามารถเรียกสายภายนอกได้ทุกประเภท
- 2.สายภายในที่สามารถเรียกสายภายนอกได้ เว้นการเรียกทางไกล
- 3.เครื่องภายในที่ใช้เรียกเครื่องภายในด้วยกัน

-เป็นแบบ FULLY ELECTRONICS

-ขนาดของตู้สาขา สายนอก+สายใน = 350 สาย

-TRUNK CCT ต้องสามารถเปลี่ยนจากระบบกดปุ่มไปเป็นตัวเลขได้

หรือจากระบบหมุนเป็นแบบกดปุ่มได้

-EXTENSION CIRCUIT ต้องใช้ได้กับโทรศัพท์ชนิดกดปุ่มและชนิดหมุนได้

2.โอเปอเรเตอร์สาคอนโทรล (OPERATOR CONTROL)

จะเป็นชนิดสวิทช์ลูป ใช้สายคู่เคเบิลจำนวนน้อย หรือ โอเปอเรเตอร์สามารถรับสายพักสาย โอนสายหรือเรียกเครื่องภายในหรือภายนอกได้

3.ระบบไฟฟ้าอุปกรณ์หุ้มสาย (POWER EQUIPMENT)

-ระบบไฟฟ้ากระแสตรงที่ใช้มีขนาด 48 V , DC

-ระบบไฟฟ้ากระแสสลับที่ใช้ 1 FACE 230 V

-ระบบไฟฟ้ากระแสตรงต้องประกอบด้วย เครื่องชาร์จแบตเตอรี่ และแบตเตอรี่ชนิด SEALE RECHARGEABLE DRY BATTERY ซึ่งมีขนาดเพียงพอที่จะจ่ายกระแสไฟให้ตู้สาขาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงหลังจากไฟฟ้าปกติดับ

4.MDF

-แผงกระจายสายสำหรับสายนอกที่มีจากองค์การโทรศัพท์แต่ละคู่สาย ต้องสามารถใส่อุปกรณ์ป้องกันฟ้าผ่าได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนตำแหน่งคู่สาย

-แผงกระจายสายต้องประกอบด้วยแผงสายย่อยเป็นชุดๆ

-อุปกรณ์ป้องกันฟ้าผ่าเป็นชนิดหลอดแก้วบรรจุแก๊ส

(GAS TUPE LIGHT ARRESTER)

5.ตัวรับโทรศัพท์ (TELEPHONE OUTLET) ชนิดคู่ (MODULAR JACK)

6.ท่อรางเดินสายและอุปกรณ์

7.สายโทรศัพท์ที่ร้อยในท่อใต้ดิน

8.เครื่องรับโทรศัพท์ในอาคาร

5.4.13 ระบบแจ้งเพลิงไหม้

ใช้ระบบ PRESIGNAL GENERAL ALRM คือ เมื่อเกิดเพลิงไหม้ อุปกรณ์จะส่งสัญญาณไปที่แผงควบคุมกลางซึ่งจะแสดงบริเวณที่เกิดเพลิงไหม้ ผู้เกี่ยวข้องจะไปสำรวจบริเวณดังกล่าว เมื่อพิจารณาว่าไม่สามารถจะสกัดเพลิงไหม้ได้ จะใช้โทรศัพท์ติดต่อกับแผงควบคุมกลาง โดยเสียบปลั๊กโทรศัพท์เข้าที่อุปกรณ์แจ้งสัญญาณโดยใช้มือ (MANUAL ALARM STATION) เจ้าหน้าที่ที่แผงควบคุมกลางจะเปิดสวิทซ์ให้กริ่งดังไปทั่วอาคารหรือเฉพาะชั้นที่ต้องการ โดยสัญญาณการเกิดเพลิงไหม้จะถูกส่งไปยังแผงควบคุมลิฟต์และวนควบคุมการเปิดพัดลมอัดอากาศ (PRESSURIZED BLOWER) โดยอัตโนมัติถ้าต้องการให้ระบบแจ้งเพลิงไหม้ทั้งหมดกลับสู่สภาวะปกติก็ให้ปิด SILENCING SWITCH แล้วรีเซ็ตระบบใน สามารถตั้งเวลา 1-5 นาที หากไม่ถูกรีเซ็ตทำให้เกิดโดยอัตโนมัติทันที

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ชุดจ่ายไฟ (POWER SUPPLY UNIT)

เป็นอุปกรณ์แปลงกำลังไฟฟ้าจากแหล่งจ่ายไฟหลักมาเป็นกำลังไฟฟ้ากระแสตรงแรงดันต่ำมากให้กับระบบและมีแบตเตอรี่สำรองกำลังไฟฟ้าให้กับระบบ ในกรณีที่แหล่งจ่ายไฟหลักเกิดขัดข้องการสับถ่ายการใช้ไปจากแหล่งจ่ายไฟหลักและแบบสำรองจะเป็นแบบอัตโนมัติ

อุปกรณ์แจ้งเพลิงไหม้ (FIRE ALARM DEVICE) ประกอบด้วยแผงควบคุมกลาง REMOTE ANNUNCIATOR , SIGNAL INITIATING DEVICES , AUDIBLE ALARM DEVICE

แผงควบคุมกลาง (FIRE ALARM CONTROL PANAL) ใช้ควบคุมบริเวณที่กำหนด จะมีสัญญาณแสดงบริเวณที่เกิดเพลิงไหม้เหตุขัดข้องโดยอัตโนมัติใช้ได้กับระบบไฟ 200 V 50 HERTZ แล้วแปลงจ่ายไฟไปเลี้ยงแต่ละบริเวณเป็นระบบไฟกระแสตรง 24 V โดยแผงควบคุมกลาง จะมีแบตเตอรี่สำรองใช้ได้ประมาณ 6 ชม. ในกรณีไฟปกติขัดข้อง แบตเตอรี่เป็นชนิดแห้งอัดแรงไฟได้เองจากเครื่องอัดและแปลงไฟที่อยู่ภายในแผงควบคุมโดยอัตโนมัติ

REMOTE ANNUNCIATOR เป็นแผงรับสัญญาณจากแผงควบคุมกลาง เพื่อแสดงบริเวณที่เกิดเพลิงไหม้ซึ่งแสดงด้วยหลอด LED และเสียง เมื่อต้องการหยุดเสียงก็ให้ปิด SILENCING SWITCH โดยหลอด LED ยังติดอยู่เมื่อต้องการให้หลอด LED ดับ ต้อง RESET SWITCH ที่แผงควบคุมกลางและปิด SILENCING SWITCH ไปสู่ตำแหน่งปกติ นอกจากนี้ยังมีช่องเต้ารับโทรศัพท์เพื่อติดต่อกับแผงควบคุมกลางได้ด้วย

อุปกรณ์แจ้งสัญญาณโดยใช้มือ (MANUAL ALARM STATION) ใช้วิธีกดบนแผ่นพลาสติกหรือกระຈးจซึ่งไม่เป็นอันตรายแก่ผู้กด

อุปกรณ์แจ้งสัญญาณอัตโนมัติ (HEAT DETECTOR) ทำงานโดยแจ้งสัญญาณอัตโนมัติเมื่อได้รับความร้อนถึงจุดที่กำหนด เป็นแบบผสม RATE OR RISE และ FIXED TEMPERATURE DETECTOR มีหลอดไฟสัญญาณ (RESPONSE LAMP) ทำงานเมื่ออุณหภูมิเพิ่มขึ้น 10 C ภายใน 1 นาที และ FIXED TEMP 70 C ครอบคลุมพื้นที่ประมาณ 90 ตารางเมตร โดยหลอดไฟสัญญาณต้อง REMOTE มาที่บริเวณหน้าห้องพัก เพื่อแจ้งให้ยามทราบ โดยจะติดในส่วน WARD ห้อง LAB

กริ่งสัญญาณ (ALARM BELL) เป็นอุปกรณ์ครึ่งวงกลมสีแดง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.15 ม. เป็นแบบ POLARIZED ทำงานด้วยมอเตอร์ ระดับความดังต้องไม่น้อยกว่า 90 BD ใช้กระแสไฟตรง 24 V จากแผงควบคุมกลาง

เครื่องโทรศัพท์เป็นชนิดเคลื่อนที่ได้นำมาใช้งานโดยการเสียบเต้าเสียบที่ FIRE ALARM CONTROL PANEL , REMOTE ANNUNCIATOR OR MANUAL ALARM SATTION

เมื่อระบบสัญญาณตรวจพบว่ามีเพลิงไหม้เกิดขึ้นจะมีสัญญาณส่งไปกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอัคคีภัย ได้แก่

-ระบบควบคุมความดันภายในช่องบันไดหนีไฟ (PRESSURIZED CONTROL)

-ระบบควบคุมลิฟต์ เพื่อให้ลิฟต์ทุกตัวไปหยุดที่ชั้นล่าง

-เปิด-ปิดประตูหนีไฟหรือประตูกันไฟ (DOOR CONTROL)

-ดับเครื่องยนต์และตัดเครื่องสูบน้ำมันไฟฟ้า เมื่อมีเพลิงไหม้ในห้องเครื่องกำเนิดไฟฟ้า

-ควบคุมการทำงานของระบบดับเพลิง (SUPPRESSION CONTROL)

เช่น การฉีดน้ำของ SPRINKLER

-ปิดพัดลมในระบบปรับอากาศ เปิดพัดลมในระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมควันไฟ (SMOKE CONTROL)

การป้องกันอัคคีภัยด้วยการออกแบบ

-ใช้วัสดุที่ไม่ติดไฟหรือวัสดุทนไฟ เช่น ประตูห้องทำด้วยยิบซัมบอร์ดทนไฟ ฟ้าม่านทอด้วยใยสังเคราะห์ เฟอร์นิเจอร์บางอย่างใช้เป็น FIBERGLASS เช่น เก้าอี้และโต๊ะ ส่วนโครงสร้างใช้คอนกรีตเสริมเหล็ก

-จัดให้มีบันไดหนีไฟอยู่ตอนปลายของอาคารทั้งสองข้าง โดยผนังประตูและกระจกสามารถกันไฟได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องป้องกันควันไม่ให้เข้ามาในช่องบันไดหนีไฟได้

-การวางตำแหน่งของส่วนที่มีโอกาสเกิดเพลิงไหม้ เช่น ห้องครัว ห้องเครื่องพยายามแยกออกจากส่วนอื่นของอาคาร

-การเดินสายไฟทั้งหมดต้องเดินฝังในท่อเหล็ก ป้องกันการติดไฟในกรณีที่เกิดไฟฟาลัดวงจร

-ระบบปรับอากาศเป็นชนิดแยกติดตั้งเครื่องเป่าลมเย็นภายในห้อง โดยไม่ใช่ท่อลมร่วมเพื่อป้องกันควันไฟจากห้องหนึ่งถูกดูดไปยังอีกห้องหนึ่ง

-บนคานฝ้าอาคารชั้นบนจะเป็นลานจอดเฮลิคอปเตอร์ได้ 1 ที่ สามารถใช้ขนย้ายผู้ป่วย
ในกรณีฉุกเฉิน

-ติดตั้งสายล่อฟ้าระบบพิเศษที่สามารถป้องกันฟ้าผ่าอาคาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดับไฟ

1. ในชั้นต้น

-FIRD HOSE SYSTEM เป็นท่อฉีดต่อน้ำจากถังดับเพลิงชั้นบนของอาคาร
มีเป็นระยะตามจุดที่สำคัญ เช่น บันได ทางหนีไฟ และจุดที่เกิดเพลิงได้ง่าย

-เพิ่ม FIRE EXTINGUISHER เป็นเครื่องดับเพลิงเคมีตามจุดต่างๆ ที่จะเกิดเพลิงไหม้
ได้ง่าย เช่น ครัว

2. ในชั้นที่ 2

-ในระบบ STAND PIPE SYSTEM เป็นท่อเปล่าอยู่ตอนล่าง มีท่อต่อตรงไฟทุกชั้น



ภาพที่ 5.22 ส่วน FIRE ALARM ซึ่งเรียงจากซ้ายไปขวาซึ่งประกอบด้วย

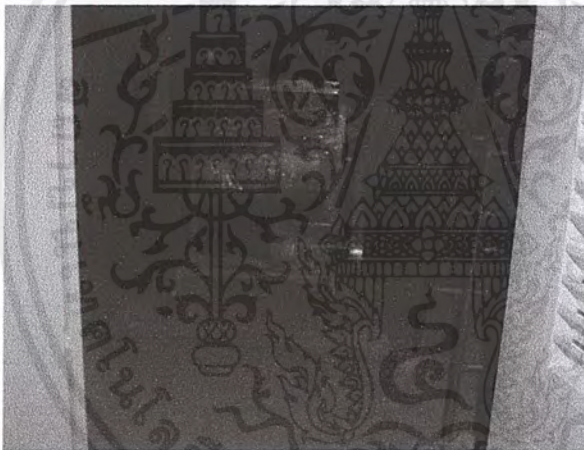
1. REMOTE ANNUNCIATOR เป็นแผงรับสัญญาณจากแผงควบคุมกลางเพื่อแสดงบริเวณที่เกิดเพลิงไหม้ ซึ่งแสดงด้วยหลอด LED และเสียง
2. กริ่งสัญญาณ (ALARM BELL)
3. อุปกรณ์แจ้งสัญญาณโดยใช้มือ (MANUAL ALARM STATION)
4. เครื่องโทรศัพท์เป็นชนิดเคลื่อนที่ได้ นำมาใช้งานโดยการเสียบเต้าเสียบที่ FIRE ALARM CONTROL PANEL

ส่วนด้านล่างเป็น FIRD HOSE SYSTEM

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 5.23 ช่องควบคุมความดันภายในห้องบันไดหนีไฟ (AIR PRESSURIZER) ที่ต่อมาจากเครื่องอัดความดันอากาศเพื่อป้องกันควันเข้ามาในส่วนบันได



ภาพที่ 5.24 เครื่องอัดความดันอากาศ (PRESSURIZED CONTROL) มักจะตั้งอยู่เหนือสุดของโถงบันไดและจะทำงานเมื่อมีสัญญาณเตือนภัยตรงฐานควรติดตั้งอุปกรณ์กันการสั่นสะเทือน



ภาพที่ 5.25 ส่วนประตุนิไฟจะเป็นประตุนิพิเศษ คือใช้การผลักซึ่งง่ายต่อการเพียงนิ แต่คั่นออกก็สามารถเปิดได้โดยทั่วไปจะเป็นแบบเปิดได้ทางเดียว

5.4.14 ระบบป้องกันฟ้าผ่า (LIGHTNING PROTECTION SYSTEM)

ใช้ระบบ DYNAPHERE เป็นการทำให้ประจุไฟฟ้ามีความแตกต่างกัน โดยจะติดตั้งหลักล่อฟ้าเพียงอันเดียวและเดินสายตัวนำลงดินแนบกับอาคารเพียงเส้นเดียวสามารถใช้ต่อกับกระแสไฟฟ้าสลับที่ไม่เกิน 10 โอม์ ซึ่งมีประสิทธิภาพที่น่าเชื่อถือกว่า ระบบพาราเดย์ อีกทั้งวิธีการติดตั้งการซ่อมบำรุงก็ง่ายกว่าและไม่ทำให้ตัวอาคารไม่น่าดูที่จะต้องเดินสายนำลงดิน และหลักล่อฟ้าจำนวนมาก รวมถึงความสูงของหลักล่อฟ้าก็น้อยกว่าด้วย ประกอบด้วยอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

1. หลักสายดิน (GROUND ROD) ใช้เป็น COPPER-CLAD STEEL GROUND ROD ซึ่งมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 5/8 นิ้ว ยาว 10 ฟุต ซึ่งจะต่อจนได้ความต้านทานขนาดได้ไม่เกิน 5 โอม์ โดยจะฝังอยู่ในดิน เพื่อช่วยต้านทานให้มีค่าต่ำกว่าทำให้กระแสไฟฟ้าสามารถกระจายออกไปได้อย่างรวดเร็วและสะดวก

2. ตัวนำลงดิน (DOWN CONDUCTOR) เป็นสายตัวนำทองแดงซึ่งมีขนาดหน้าตัด 70 ตร. ซม. เป็นชนิด COPPER TAPE ใช้เป็นตัวกระจายกระแสไฟฟ้าให้ลงสู่พื้นดินโดยผ่านสายตัวนำลงดินแล้วผ่านหลักสายดินลงไปยังอย่างรวดเร็ว

3. สายล่อฟ้า (AIR TERMINAL) ใช้หลักการแผ่รังสีที่มีสารกัมมันตภาพรังสีเป็น AMERICIUM 124 ซึ่งทำให้เกิดการแผ่รังสีรอบหลักล่อฟ้าโดยมีรัศมี 50 ม. (จากจุดติดตั้ง)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

โดยติดตั้งบนเสาโลหะกันสนิมที่มีความสูงขนาด 6.00 ม. และต้องสามารถรับแรงลมที่มีความเร็ว 90 กม./ชม. ได้

หมายเหตุ: โครงสร้างและอุปกรณ์โลหะทุกชนิดที่อยู่ในระยะ 0.50 เมตร จากระบบป้องกันฟ้าผ่าจะต้องเข้ากับระบบป้องกันฟ้าผ่า

ความแตกต่างระบบ FARADAY และระบบ DYNASPHERE

แบบ FAREDAY

1. ติดหลักล่อฟ้าไว้บนหลังคาทุกๆ 8.00 เมตร
2. รัศมีครอบคลุมของตัวนำลงดินขนาด 30.00 เมตร
3. การเชื่อมต่อลงดินจะอยู่ที่ฐานของทุกๆ ตัวนำ
4. จะมีการเชื่อมต่อลงดินกันทุกจุดที่พื้นดิน
5. มักจะติดตั้งอยู่ภายนอกอาคาร

แบบ DYNASPHERE

1. ใช้หลักล่อฟ้าสูงเพียงหลักเดียว 6.00 เมตร
2. การเชื่อมต่อของตัวนำลงดินซึ่งเชื่อมกับหลักล่อฟ้าสามารถติดตั้งซ่อนตามมุมของอาคารซึ่งมีเพียงเส้นเดียว
3. สามารถต่อกับกระแสไฟฟ้าสลับไม่เกิน 10 โวลต์
4. แต่ละตำแหน่งจะบ่งบอกถึงความสามารถในการปล่อยกระแสไฟฟ้า

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.4.15 ระบบเสาอากาศวิทยุ-โทรทัศน์รวม

คือ ระบบส่งสัญญาณวิทยุ-โทรทัศน์จากแหล่งกำเนิดชุดเดียวกัน ไปยังจุดรับสัญญาณต่างๆ ตามกำหนด โดยที่เครื่องรับวิทยุและ/หรือเครื่องรับโทรทัศน์ที่จุดใดๆ ต้องไม่ก่อให้เกิดสัญญาณรบกวนซึ่งกันและกัน ซึ่งประกอบด้วย

1.เสาอากาศรับสัญญาณ (ANTENNAS) โดยจะเป็นเสาใช้รับสัญญาณ โทรทัศน์และวิทยุ

2.ชุดขยายสัญญาณ (AMPLIFIERS) ประกอบด้วย

-CHANNEL AMPLIFIERS ใช้ขยายสัญญาณที่มีกำลังอ่อนมีความเพี้ยนหรือมีคลื่นรบกวนให้เป็นสัญญาณปกติ

-CHANNEL CONVERTER ใช้เปลี่ยนช่องสัญญาณโทรทัศน์ เพื่อให้เป็นช่องที่เหมาะสมและไม่มีสัญญาณรบกวนซึ่งกันและกัน โดยจะมีช่องสำรองไว้สำหรับสัญญาณเครื่องเล่นวีดีโออย่างน้อย 2 ช่อง และสัญญาณโทรทัศน์จากระบบ CABLE TV

โดยกระแสไฟฟ้าที่จ่ายให้กับชุดสัญญาณและอุปกรณ์ข้างต้นจะเป็นอุปกรณ์เฉพาะซึ่งแปลงระบบไฟฟ้าจาก MAIN SUPPLY 240 VOLT 50 HERTZ 1-PHASE ให้เป็นระบบไฟฟ้ากระแสตรง 24 V โดยชุดนี้จะต้องมีอุปกรณ์ป้องกันไฟเกินในตัวเองอย่างสมบูรณ์ และอุปกรณ์ขยายสัญญาณนี้จะบรรจุอยู่ในตู้โลหะมีฝาปิดและมีช่องระบายความร้อนด้วย

3.ชุดแยกกระจายสัญญาณ (TAP-OFFS AND SPLITTERS OR DISTRIBUTION BOXES) เป็นอุปกรณ์ที่ทำให้สัญญาณที่จุดรับชัดเจนขึ้น โดยจะบรรจุอยู่ในกล่องซึ่งมีการป้องกันสนิมแล้วยึดติดกับโครงสร้างอาคาร

4.เต้าเสียบจ่ายสัญญาณ (OUTLET SOCKETS) ใช้สำหรับจ่ายสัญญาณให้กับเครื่องรับวิทยุ-โทรทัศน์ โดยที่เต้าเสียบนี้ต้องมีทั้งจุดจ่ายสัญญาณวิทยุและจุดจ่ายสัญญาณโทรทัศน์บรรจุอยู่ในกล่องและมีฝาครอบปิดและติดสูงจากพื้น 30 ซม.

5.สายตัวนำสัญญาณ (COAXIAL CABLE) ซึ่งเป็นทองแดงหุ้มด้วย PVC ขาว

-สายสำหรับเชื่อมจากชุดแยกและกระจายสัญญาณไปยังจุดเต้าเสียบ

-สายสำหรับฝังใต้ดินและสายประธาน (MAIN) ที่เชื่อมต่อระหว่างชุดแยกและกระจายสัญญาณ

5.4.16 ระบบเสียง

สำหรับโครงการนี้ ระบบเสียงที่ใช้เพื่อการประกาศเรียกหรือเปิดเสียงดนตรีในบริเวณที่ต้องการ ประกอบด้วยอุปกรณ์ดังต่อไปนี้

1. เครื่องขยายเสียง เป็นระบบ 100 V LINE ซึ่งสามารถใช้กับไมโครโฟน เครื่องรับสัญญาณวิทยุ เครื่องเล่นเทปและ ELECTRONIC CHIME ในการประกาศเรียกได้มีความถี่ขณะใช้งาน 200–20,000 HERTZ

2. ไมโครโฟน เป็นชนิด DYNAMIC ตั้งโต๊ะ หัวเป็นคอห่านปรับระดับได้ทุกทิศทางมีความถี่ขณะใช้งาน 50-12,000 เป็นชนิด DIRECTIONAL CHARACTERISTIC HYPER CARDIOD

3. ลำโพง ซึ่งในโครงการนี้มีใช้ 2 ประเภท ดังนี้

3.1 ลำโพงชนิดติดเพดาน มีกำลังขาเข้า 3 W 100 V LINE MATCHING TRANSFORMER และมีกำลังขาออก 1 (RMS) มีความถี่ 50-12,000 HERTZ

3.2 ลำโพงติดผนัง ขนาด 12 W ใช้กับ 100 V LINE ชนิด CYLINDRICAL SPEAKER มีความถี่ 100-20,000 HERTZ ติดตั้งระดับ 3.00 M. จากพื้น

5.4.17 ระบบเรียกพยาบาล (NURSE CALL SYSTEM)

ใช้ไฟฟ้าจากหม้อแปลง POWER SUPPLY UNIT ซึ่งจะแปลงแรงดันไฟฟ้าจาก 240 กระแสสลับเป็นไฟขนาดกระแสสลับแล้วจ่ายให้กับระบบ ดังนี้

1. NURSE STATION ติดตั้ง MASTER INDICATOR UNIT ซึ่งประกอบด้วย BUZZER และ INDICATING LAMP เพื่อให้พยาบาลทราบว่าคนไข้จากจุดใดเรียก

2. ที่หัวเตียงคนไข้ ติดตั้ง SUBORDINATE UNIT ประกอบด้วย

- กิ่งควบคุมซึ่งมี INDICATOR LAMP ขนาดเล็กและ RESET PUSH BUTTON เพื่อให้พยาบาลกด RESET สัญญาณเมื่อพบคนไข้แล้ว

- ปุ่มเรียกพยาบาลสำหรับคนไข้ โดยมี EXTENSION CORD ยาว 1.50 M.

จากกิ่งควบคุม

3. ที่ CORRIDOR ติดตั้ง CORRIDOR INDICATOR LAMP เป็นดวงไฟสัญญาณติดที่หน้าห้องคนไข้เพื่อแสดงว่าคนไข้ในห้องนี้ได้กดปุ่มเรียกพยาบาล INDICATOR LAMP ต้องมี DIFFUSER สีแดง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.4.18 ระบบไอน้ำและระบบน้ำร้อน

ระบบไอน้ำ

การจัดระบบไอน้ำสำหรับอาคารขึ้นอยู่กับจำนวนความต้องการใช้สำหรับแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล คือ แผนกโภชนาการ,แผนกปราศจากเชื้อกลางและแผนกซักรีด โดยการออกแบบระบบไอน้ำจะต้องมีการจ่ายไอน้ำได้ตามปริมาณและความดันที่ต้องการ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการประหยัดพลังงานและวิธีที่ถูกต้องในการจัดทำระบบไอน้ำมีส่วนสำคัญ ดังนี้

1. เครื่องกำเนิดไอน้ำสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปจะต้องใช้กำลังไอน้ำประมาณ 30 ปอนด์/ชั่วโมง/เตียงที่อุณหภูมิ 212 F ดังนั้น ในโครงการนี้มีความต้องการเท่ากับ 12,000 ปอนด์/ชม. มี 2 เครื่องผลัดเปลี่ยนกันทำงานวันละ 1 เครื่องโดยเลือกใช้ระบบความดันต่ำ การควบคุมเครื่องใช้ระบบอัตโนมัติสามารถเร่งหรือเบาลงได้ตามต้องการ เมื่อเครื่องทำงานจนถึงความดันตามกำหนดเครื่องก็จะหยุดโดยสวิทช์ความดัน ในกรณีที่มีเหตุขัดข้องเนื่องจากสวิทช์นี้จะมีสวิทช์ตัดความดันอีกตัวหนึ่งคอยควบคุมอยู่ซึ่งจะตัดให้เครื่องหยุด และมีวาล์วเปิดไอน้ำออกจากตัวเครื่องเมื่อมีความดันถึงขีดอันตราย

2. วิธีการใช้ไอน้ำและการประหยัดพลังงานสามารถทำได้โดยการนำไอน้ำกลับตัวกลับมาใช้ประโยชน์อีกครั้งหนึ่งขึ้นอยู่กับแนวทางออกแบบ

3. องค์ประกอบของระบบไอน้ำ คือ ระบบการเดินท่อจ่ายไปยังส่วนต่างๆและการใช้ระบบน้ำเติม (MAKE UP WATER) ระบบไล่อากาศออกจากน้ำ (DAERATOR) ระบบการป้องกันเชื้อเพลิงซึ่งโดยมากใช้น้ำมันเตาเบอร์ 6 และจ่ายเชื้อเพลิงด้วยระบบน้ำฉีด นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงระบบปล่องควันจากหม้อไอน้ำว่าจะระบายออกได้รวดเร็ว

ระบบผลิตและจ่ายน้ำร้อน

ระบบผลิตและจ่ายน้ำร้อนของอาคารโรงพยาบาลโครงการจะเป็นระบบ CENTRAL SYSSSTEM ทำการผลิตน้ำร้อนให้ได้อุณหภูมิตามความต้องการแล้วจ่ายไปให้กับจุดใช้น้ำต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น ห้องWARD,ห้องครัว,ห้องน้ำ,ห้องซักรีด,อ่างล้างมือ,อ่างซิงค์ ทั่วทั้งโรงพยาบาล ระบบผลิตและจ่ายน้ำร้อนจะเป็นแบบผลิตน้ำร้อนด้วย THERMAL OIL HEATER โดยมีรายละเอียดของระบบดังนี้ คือ

ระบบผลิตน้ำร้อนด้วย THERMAL OIL HEATER เป็นระบบผลิตน้ำร้อน CENTRAL SYSTEM โดยมีห้องเครื่องผลิตน้ำร้อนที่ชั้น GROUND FLOOR ระบบผลิตและจ่ายน้ำร้อนจะทำการ

ผลิตน้ำร้อนเป็น 2 อุณหภูมิด้วยกันคือ อุณหภูมิ 60 C และอุณหภูมิ 82 C น้ำร้อนอุณหภูมิ 60 C จะส่งไปใช้งานที่ห้อง WARD ,อ่างซิงค์และห้องน้ำ สำหรับน้ำที่ใช้ในห้องครัวและห้องซักรีดของอาคารโรงพยาบาลจะใช้น้ำร้อนอุณหภูมิ 82 C ทั้งนี้เนื่องมาจากเหตุผลด้านการชำระล้างและละลายไขมันและสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ดี

การทำงานของระบบจะเริ่มจากนำน้ำอ่อนอุณหภูมิประมาณ 20 C จากถังเก็บน้ำอ่อนของระบบมาเพิ่มอุณหภูมิด้วย ให้มีอุณหภูมิ 60 C และส่งไปเก็บเอาไว้ในถังเก็บน้ำร้อนชั้นคาดฟ้า น้ำร้อนส่วนนี้จะถูกจ่ายไปใช้งานตามจุดใช้น้ำปกติต่างๆเช่นห้องซักรีดและห้องครัว ซึ่งน้ำอุณหภูมิ 60 C จะต้องเพิ่มอุณหภูมิอีกครั้งหนึ่งเป็น 82.2 C สำหรับเครื่องจักรพิเศษบางชนิดซึ่งต้องใช้น้ำจะมีเครื่องผลิตไอน้ำจากน้ำมันร้อนเป็นพิเศษเตรียมเอาไว้ให้อีกระบบหนึ่ง

5.4.19 ระบบลิฟต์

สิ่งประกอบในการใช้พิจารณาเลือกระบบลิฟต์

1.ระยะเวลาในการรอลิฟต์ (INTERVAL)

สำหรับอาคาร โดยทั่วไป ลิฟต์ควรจะจอดนั่งรอผู้ใช้สอยอยู่เสมอ โดยอย่างน้อยที่สุด การรอลิฟต์ไม่ควรมีระยะเวลานานเกินไป สำหรับ โครงการนี้ค่า INTERVAL ไม่เกิน 25-30 วินาที

2.ความสามารถในการระบายคน (HANDLING CAPACITY)

ส่วนใหญ่จะวัดภายในเวลา 5 นาที คือจำนวนคนที่ลิฟต์สามารถขนถ่ายในทิศทางเดียวกันภายในเวลา 5 นาที สำหรับ โครงการนี้ค่า HANDLING CAPACITY = 12-15% ของจำนวนคนทั้งหมดในอาคาร

3.ระยะเวลาในการเดินทาง 1 รอบ (ROUND TRIP TIME)

คือ เวลาเดินทางไปกลับ (ROUND TRIP TIME) หมายถึง เวลาตั้งแต่ประตูลิฟต์เปิดที่ชั้นสูงสุดท้ายจนถึงประตูเปิดอีกครั้งเมื่อลิฟต์กลับลงมาถึงชั้นล่าง ระยะเวลาในการเดินทาง 1 รอบตามมาตรฐานไม่ควรเกิน 75 วินาที

นอกเหนือไปจากเกณฑ์การพิจารณา 3 ข้อแล้วยังมีส่วนประกอบที่ต้องใช้ในการคำนวณขนาดและจำนวนลิฟต์ คือ

1.จำนวนผู้ใช้สอยอาคาร (BUILDING'S POPULSTION) คิดจากความหนาแน่นของผู้ใช้สอยใน โครงการนี้ กำหนดให้จำนวนผู้มาเยี่ยมชมต่อเตียงเท่ากับ 480 : 200

2.ขนาดความจุของลิฟต์ (CAR PASSENGER CAPECITY_) ควรมีขนาดที่ไม่เล็กหรือใหญ่มากเกินไป

3.ความเร็วของลิฟต์ (ELEVATOR SPEED) จะเป็นตัวกำหนดให้ระยะเวลารอลิฟต์ช้าหรือเร็ว โดยที่ลิฟต์ที่มีความเร็วสูงจะมีราคาแพงกว่าลิฟต์ที่มีความเร็วต่ำ

การคำนวณจำนวนลิฟต์ที่ต้องใช้ในโรงพยาบาลโครงการนี้กำหนดให้มีจำนวนผู้ใช้สอยในอาคาร 15% ในช่วงเวลา 5 นาที

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$HC = 300P/I$$

$$I = RT/N$$

$$H = 300/RT$$

$$N = HC/H$$

$$P = \text{จำนวนคนที่ลิฟต์บรรจุได้ใน 1 เครื่อง}$$

$$H = \text{HC ของลิฟต์ 1 เครื่อง}$$

$$HC = \text{จำนวนคนที่ลิฟต์จะขนได้ในเวลา 5 นาที}$$

$$N = \text{จำนวนลิฟต์}$$

$$RT = \text{เวลาที่ลิฟต์เดินทางครบ 1 รอบ}$$

การคำนวณ

$$\begin{aligned} \text{จำนวนผู้ใช้อาคาร} &= 2.4 \times \text{จำนวนเตียง} \\ &= 2.4 \times 200 \\ &= 480 \text{ คน} \end{aligned}$$

ใช้เวลาช่วง 5 นาที ต้องระบายคนได้ 15 %

$$\begin{aligned} &= \frac{480 \times 15}{100} \\ &= 72 \text{ คน} \end{aligned}$$

ตรวจสอบค่าที่ I = RT/T (RT=เวลาที่ลิฟต์เดินทางครบ 1 รอบ, N=จำนวนลิฟต์)

$$I = 120/4$$

$$= 30 \text{ วินาที}$$

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รายละเอียด

1. ลิฟต์โดยสารและบรรทุกเตียงพยาบาล

ใช้จำนวน 5 ชุด สามารถบรรทุกน้ำหนักได้ 1,000 KG (15 คน) วิ่งด้วยความเร็ว 60 เมตร/นาที ประตูป็นชนิด 2 บาน เลื่อนเปิด-ปิดไปทางเดียวกัน กว้าง 1,200 มม. ขนาดภายในกว้าง 1,400 มม. ลึก 2,400 มม. ภายในตัวลิฟต์จะเป็น STAINLESS STEEL ของผนังด้านล่างจะมีแผ่นป้องกันเท้ากระแทก ที่เพดานจะมีพัดลมระบายอากาศซึ่งสามารถทำงานได้แม้ไฟฟ้าเสียและการระบายอากาศที่เชิงผนังด้านล่างเพื่อให้อากาศจากภายนอกเข้ามาได้ ติดไฟ FLUORESCENT มีราวจับโดยรอบ 3 ด้าน ทำจาก STAINLESS STEEL จำนวน 2 แถว ผ้าเป็นยิปซัมบอร์ด 12 มม. พื้นตัวลิฟต์มีโครมเหล็กเสริมและบุเหล็กด้านใต้เพื่อทานไฟไหม้บุทับด้วยกระเบื้องยาง 2.5 มม. จำนวน 2 ชั้น เพื่อลดเสียงและมีทางออกฉุกเฉินที่หลังคาลิฟต์และภายในมีโทรศัพท์ติดต่อกภายใน (INTERPHONE) เพื่อต่อกับห้องเครื่องและหน้าประตูชั้นล่าง

การทำงานจะควบคุมด้วย CPU จำนวน 2 ชุด เพื่อเสียและจะแยกระบบการควบคุมจากระบบอื่นๆ เมื่อเกิดไฟดับจะได้รับไฟเลี้ยงจากแบตเตอรี่เพื่อไปจอยังชั้นที่ใกล้สุดและประตูจะเปิดออกเองโดยอัตโนมัติและจะจอดค้างอยู่จนกระทั่งระบบไฟฟ้าเข้าสู่สภาวะปกติ

ระบบควบคุมลิฟต์ ใช้ระบบ AC VARIABLE VOLTAGE VARIABLE FREQUENCY (VVVF) โดยที่ INVERTER UNIT จะทำหน้าที่ควบคุมการเปลี่ยนแปลง VOLTAGE และ FREQUENCY ของ POWER SUPPLY ซึ่งจะจ่ายโดยวิธี PULSE WIDTH MODULATION CONTROL (P.W.M.)

ใช้เกียร์ในการขับเคลื่อนมอเตอร์ด้วยไฟกระแสสลับร่วมกับเบรกแม่เหล็กไฟฟ้าและเกียร์ทดความเร็ว มีอุปกรณ์คลายเบรกมือจะติดบนแท่นเหล็ก I-BEAM ในห้องเครื่องเหนือช่องลิฟต์มีแผ่นยางรองรับเพื่อป้องกันเสียงที่เกิดการสั่นสะเทือนขณะลิฟต์ทำงาน

การกำหนดจุดจอดของแต่ละชั้น จะใช้ระบบ ELECTRONIC SOLID STATE โดยจุดคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 มิลลิเมตร ส่วนในกรณีที่ต้องการใช้ลิฟต์ปัจจุบันทันด่วน ปุ่มภายในลิฟต์ทุกตัวสามารถเปลี่ยนเป็นระบบฉุกเฉินได้และจะวิ่งไปจอดที่ชั้นที่ต้องการได้

นอกจากนี้ ลิฟต์ทุกตัวจะติดระบบ FE (FIREMAN EMERGENCY OPERATION) ที่ชั้น MAIN FLOOR หรือชั้นที่กำหนด จะอยู่ภายในกล่องที่มีกระจกปิดเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือไฟไหม้สามารถทุบกระจกและกดปุ่มลิฟต์ทุกตัวจะมาจอดที่ละตัว ไม่จอดรับชั้นอื่น

ระบบฉุกเฉินเมื่อไฟดับจะบังคับให้ลิฟต์ตัวอื่นๆที่ไม่ได้กำหนดให้เป็นลิฟต์ดับเพลิงลงมาจอดที่ชั้นล่างที่ละตัวจนครบ แล้วลิฟต์ดับเพลิงจะเริ่มทำงาน

เครื่องวัดความเร็ว (SPEED GOVERNOR) จะติดตั้งในห้องเครื่องทำงานด้วยแรงเหวี่ยงหนีศูนย์กลาง ถ้าลิฟต์วิ่งเร็วเกินกว่าที่กำหนด เครื่องวัดความเร็วจะดึงอุปกรณ์นิรภัยให้หนีโครงสร้างแทรกให้ติดกับรางลิฟต์ทั้ง 2 ตัว และจะตัดไฟที่จะมาจ่ายให้กับมอเตอร์ด้วย

เครื่องกันกระแทก จะติดตั้งอยู่ในบ่อลิฟต์เพื่อหยุดลิฟต์และถ่วงน้ำหนักลิฟต์ให้คงที่ใช้ไฟฟ้าขนาด 380 โวลต์ 3 เฟส 4 สาย 50 เฮิร์ต และมีส่วนตัดตอนอัตโนมัติกำลังของมอเตอร์ไม่เกิน 9.5 วัตต์ ไฟแสงสว่าง 220 AC โวลต์ 1 เฟส 50 เฮิร์ต

2. ลิฟต์ชนแพทย์ (DUMBWAITER)

จำนวน 1 ชุด บรรทุกได้ 300 กก. ด้วยความเร็ว 15 เมตร/นาที เป็นชนิดใช้ GEARED TRACTION ประกอบด้วยมอเตอร์กระแสสลับเกียร์ทดความเร็วและเบรกแม่เหล็กไฟฟ้า ประกอบเป็นชุดเดียวกัน ติดอยู่เหนือช่องพร้อมแผ่นยางรองรับการสั่นสะเทือนขณะลิฟต์ทำงาน

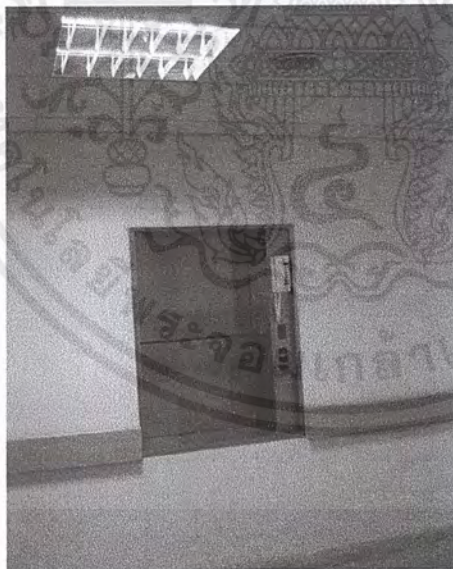
ใช้ไฟฟ้าขนาด 380 โวลต์ 3 เฟส 4 สาย 50 เฮิร์ต และมีส่วนตัดตอนอัตโนมัติกำลังของมอเตอร์ไม่เกิน 9.5 วัตต์ ไฟแสงสว่าง 220 AC โวลต์ 1 เฟส 50 เฮิร์ต สามารถจอดได้ทุกชั้นตามที่สั่ง โดยมีสัญญาณเตือนเมื่อลิฟต์มาถึงหรือเมื่อลิฟต์ยังไม่ว่าง

ตัวลิฟต์เป็น STAINLESS STEEL กว้าง 1,000 มม. ลึก 1,000 มม. สูง 1,200 มม. มีรางกันกระแทกกว้าง 100 มม. ทำด้วย STAINLESS STEEL 2 แถว เป็นประตูบานเลื่อนเปิด-ปิด จากกึ่งกลางประตูชานพักกว้าง 1,000 มม. สูง 1,200 มม. กรอบประตูทั้ง 3 ด้านกว้าง 125 มม. โทศัพท์ติดต่อระหว่างชั้นที่หน้าประตูลิฟต์ทุกชั้นมีอุปกรณ์นิรภัยในตัวลิฟต์และน้ำหนักถ่วงสำหรับลิ้อคและน้ำหนักไม่ให้กระแทกพื้นบ่อ กรณีที่เชือกสลิงแขวนลิฟต์ขาด

มีสปริงรองรับใต้ตัวลิฟต์และน้ำหนักถ่วงเพื่อลดแรงกระแทก กรณีลิฟต์วิ่งเลยชั้น สวิตช์ตัดกระแสไฟฟ้าที่เข้ามอเตอร์ลิฟต์



ภาพที่ 5.26 ลิฟต์โดยสารและบรรทุกเตียงพยาบาล สามารถบรรทุกน้ำหนักได้ 1,000 KG (15 คน) วิ่งด้วยความเร็ว 60 เมตร/นาที ประตูป็นชนิด 2 บาน เลื่อนเปิด-ปิดไปทางเดียวกัน กว้าง 1,200 มม. ขนาดภายในกว้าง 1,400 มม. ลึก 2,400 มม. ภายในตัวลิฟต์ จะเป็น STAINLESS STEEL ของผนังด้านล่างจะมีแผ่นป้องกันเท้ากระแทกสูงจากพื้น 0.90 ม.



ภาพที่ 5.27 ลิฟต์ขนเครื่องมือแพทย์ (DUMBWAITER) บรรทุกได้ 300 กก. ด้วยความเร็ว 15 เมตร/นาที ตัวลิฟต์เป็น STAINLESS STEEL กว้าง 1,000 มม. ลึก 1,000 มม. สูง 1,200 มม. มีรางกันกระแทกกว้าง 100 มม. ทำด้วย STAINLESS STEEL 2 แถว เป็นประตูปานเลื่อนเปิด-ปิด จากกึ่งกลางประตูบานพักกว้าง 1,000 มม. สูง 1,200 มม. กรอบประตูทั้ง 3 ด้านกว้าง 125 มม.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.4.20 ระบบท่อส่งเอกสาร

เป็นระบบที่ใช้ท่อลมท่อเดียวในการรับและส่งกระดาษ (CARRIER) ซึ่งสามารถเดินในท่อทั้งไปและกลับ โดยมีเครื่องรับและส่งกระดาษถึงกันและกัน ซึ่งแต่ละเครื่องจะมีอุปกรณ์สำหรับเก็บรอกกระดาษไว้จนกว่าระบบจะพร้อมรอกรับกระดาษอันถัดไปโดยอัตโนมัติ

การทำงานใช้เครื่องเป่าลม (BLOWER) เพื่อให้เกิดแรงดันและดูดในท่อลมและควบคุมการทำงานด้วยชุดควบคุมอิเล็กทรอนิกส์

การส่งจะทำการกดหมายเลขของเครื่องรับส่ง ซึ่งหมายเลขจะปรากฏในจอภาพ จากนั้นใส่กระดาษลงในช่องส่ง กระดาษจะถูกส่งโดยทันทีเมื่อสัญญาณว่าพร้อมส่ง

ในกรณีกระดาษแต่ละสถานีถูกส่งในเวลาพร้อมกัน สถานีที่ได้รับสัญญาณก่อนจะส่งก่อน ส่วนกระดาษที่ได้รับสัญญาณภายหลังก็จะถูกเก็บไว้ในช่องส่งจนกว่าสัญญาณพร้อมส่งปรากฏ กระดาษก็จะถูกส่งโดยอัตโนมัติ (ยกเว้นเครื่องรับส่วนที่ถูกบรรจุข้อมูลไว้ว่าให้ทำการส่งก่อนเสมอ)

กระดาษเมื่อถูกใส่ลงไปในช่วงส่งแล้ว จะไม่สามารถเข้าไปในระบบจนกว่าจะได้รับสัญญาณว่าพร้อมส่งและสลักล็อกเลื่อนออกเพื่อให้กระดาษเข้าสู่ระบบ และส่งไปทันที ในขณะที่เดียวกันก็จะแจ้งผลของการส่งไปที่หน่วยควบคุมส่วนกลางเมื่อการส่งกระดาษเรียบร้อยก็พร้อมที่จะส่งครั้งต่อไปทันที

กรณีที่มีการกดหมายเลขผิดจะปรากฏตัวอักษร "EER" ขณะทำงานอยู่บนเครื่องรับส่ง การชนส่งอาจร้ายแรงดูดและแรงดันของลมใช้ความเร็วของกระดาษ 5-8 M/S กับประสิทธิภาพของเครื่องเป่าลม น้ำหนักที่บรรจุลงในกระดาษเมื่อกระดาษเดินทางมาถึงความเร็วจะลดลงโดยใช้ลมเป็นตัวช่วย และจะหล่นบนตระแกรงรองรับด้านล่าง ขั้นตอนในการรับจะเจียบทันทีที่กระดาษถึงที่หมาย การส่งครั้งต่อไปพร้อมทำงานทันที

ระบบนี้สามารถต่อขยายได้ถึง 1,000 สัญญาณ เมื่อมีกระดาษมาถึงที่เครื่องรับส่ง จะสามารถต่อขยายสัญญาณแจ้งไปยังจุดใดก็ได้ซึ่งใช้เครื่องรับส่งรวมเพื่อแจ้งว่ากระดาษที่มาถึงเป็นของตำแหน่งใด ซึ่งมีลักษณะการต่อขยายหมายเลขเช่นเดียวกับระบบโทรศัพท์

สรุป

ระบบท่อส่งเอกสารประกอบด้วยแนวท่อโดยใช้ไดเวอร์เตอร์ (DIVERTER) เป็นอุปกรณ์เปลี่ยนทิศทางการรับ-ส่ง ของกระดาษ โดยมีเครื่องเป่าลมสร้างแรงดันและดูดให้กับระบบท่อลม นอกจากนี้ ยังใช้ไมโครโปรเซสเซอร์ทำหน้าที่ควบคุมการรับ-ส่ง เก็บรักษาข้อมูลและควบคุมการทำงานของเครื่องเป่าลมรวมทั้งรายงานความผิดปกติภายในระบบสามารถบรรจุข้อมูลหมายเลขได้ถึง 4 หลักและสามารถป้องกันการสูญหายได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทที่ 6

สรุปผลงานออกแบบสถาปัตยกรรม

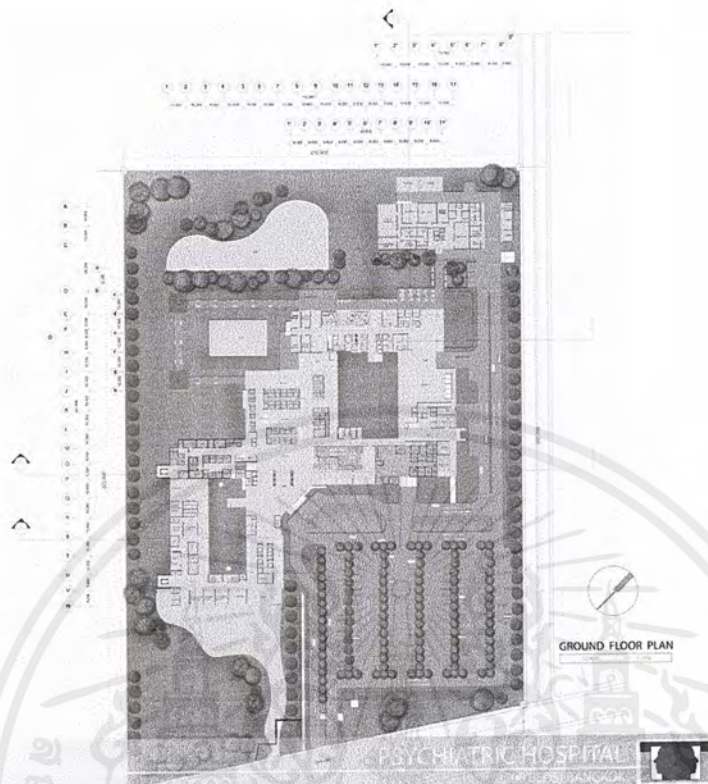
6.1 แนวความคิดในการออกแบบสถาปัตยกรรม

โรงพยาบาลจิตเวชเป็น โรงพยาบาลเฉพาะทาง และเนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป การออกแบบจึงเน้นที่ระบบความปลอดภัยรวมทั้งการให้ความรู้สึกผ่อนคลายเป็นหลัก เพื่อประโยชน์ทางการรักษาให้ผู้ปวยรู้สึกสบายใจกับบรรยากาศของโรงพยาบาล และเปลี่ยนแปลงสภาพพจน์ที่คนทั่วไปมักจะมองโรงพยาบาลจิตเวชไปในทางเป็นสถานที่หดหู่

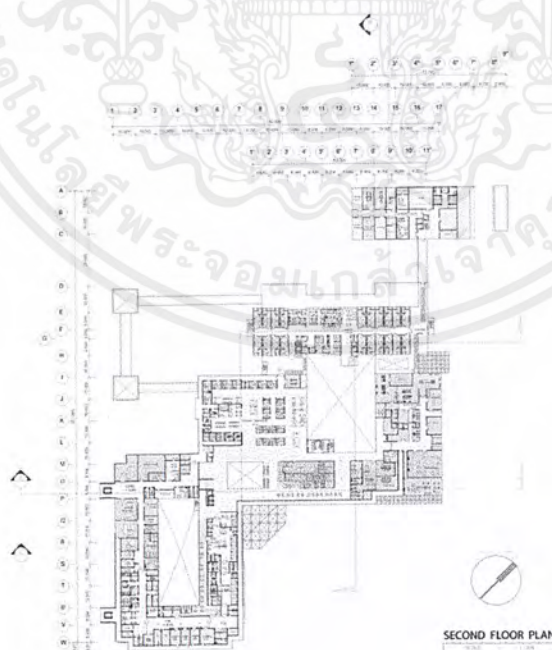
การออกแบบอาคาร เน้นแสงสว่างจากธรรมชาติและการเปิดคอร์ท โล่งอย่างกว้างขวาง ไม่แออัด ใช้ประโยชน์จากที่โล่งในการทำกิจกรรมและพักผ่อน แต่ก็ต้องคำนึงถึงการวางอาคารในลักษณะโอบล้อมที่ไม่ซับซ้อน ใช้ต้นไม้ช่วยเป็นแนวโอบล้อม เพื่อความปลอดภัยและป้องกันผู้ป่วยหลบหนี แต่ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง และให้มีพื้นที่คอร์ทตรงกลางกระจายอยู่แต่ละกลุ่มอาคารอย่างทั่วถึง เป็นการแบ่งโซนไปในตัว

มีการขุดสระน้ำช่วยสร้างบรรยากาศที่ชุ่มชื้นในเรื่องของภูมิสถาปัตยกรรม และช่วยกำหนดขอบเขต แต่ต้องเป็นสระตื้นๆ การวางอาคารเน้นการวางในแนวราบ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีความผ่อนคลายมากกว่าแนวตั้ง ยกเว้นในส่วนของ WARD ที่จำเป็นต้องวางอาคารไปในทิศทางแนวตั้ง เนื่องจากพื้นที่ที่จำกัดแต่ก็ไม่สูงมากนัก มีการออกแบบคำนึงถึงความปลอดภัยในการเจาะช่องเปิดและการออกแบบราวกัน โดยเฉพาะ การวางแนวอาคารตามโซนต่างๆคำนึงถึงทิศทางลมและแสงสว่าง อาคารสีขาวเพราะเป็นสีที่เรียบง่ายมีความสว่าง และเป็นกลาง

6.2 ผลงานการออกแบบสถาปัตยกรรมและหุ่นจำลอง



ภาพที่ 6.2.1 แบบแสดงผังพื้นที่ 1



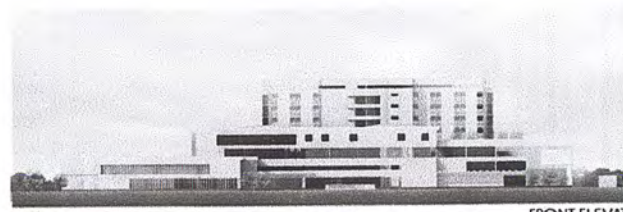
ภาพที่ 6.2.2 แบบแสดงผังพื้นที่ 2

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดลอกเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



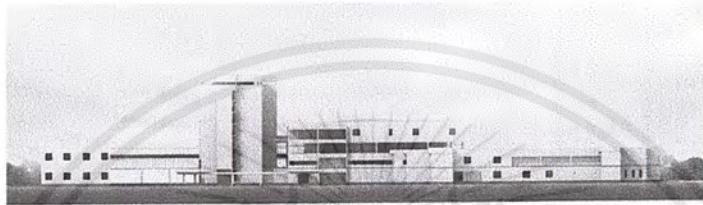
ภาพที่ 6.2.4 แบบแสดงผังพื้นที่ชั้นที่ 4-6 และชั้นหลังคา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



FRONT ELEVATION

SCALE 1:200



LEFT ELEVATION

SCALE 1:200



RIGHT ELEVATION

SCALE 1:200



BACK ELEVATION

SCALE 1:200

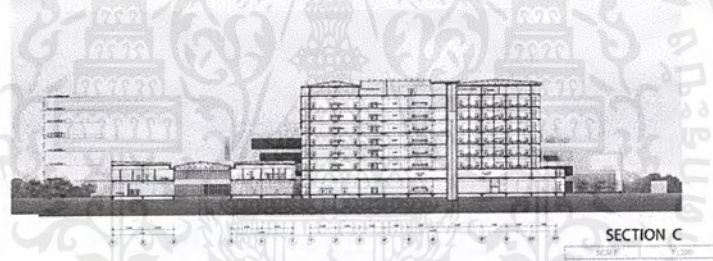
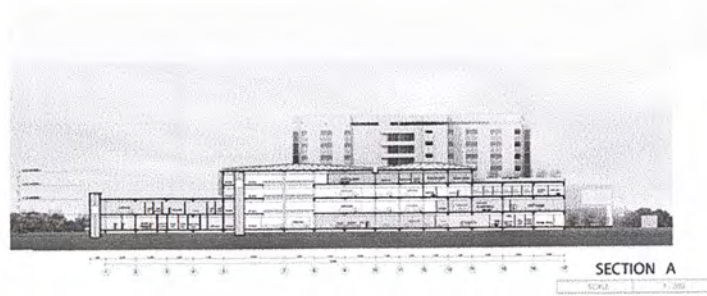


PSYCHIATRIC HOSPITAL

(200 BEDS) BANGKOK

ภาพที่ 6.2.5 แบบแสดงรูปด้านอาคารทั้ง 4 ด้าน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

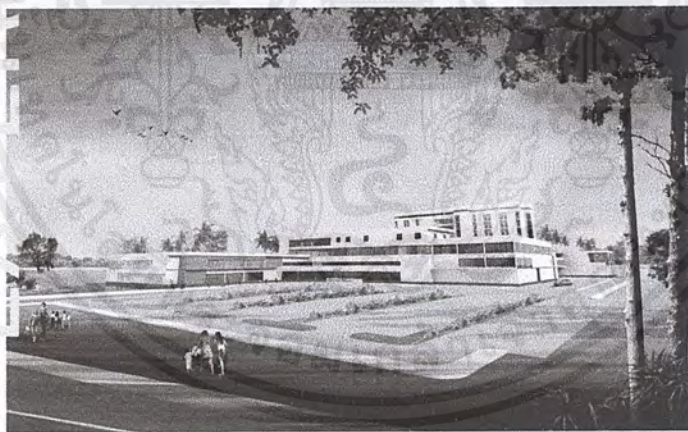
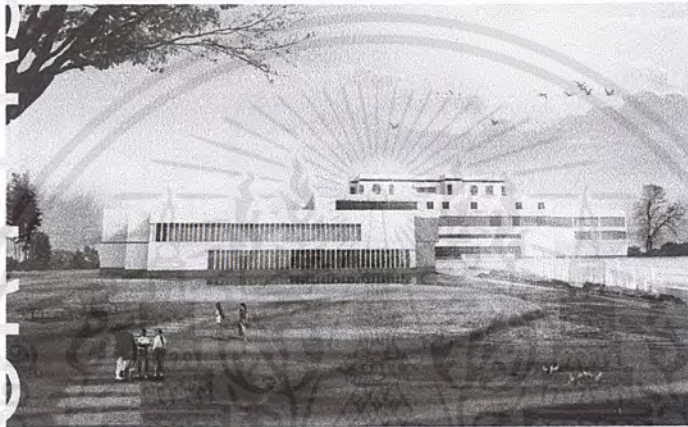


PSYCHIATRIC HOSPITAL
(200 BEDS) BANGKOK



ภาพที่ 6.2.6 แบบแสดงรูปตัดอาคาร A-C

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



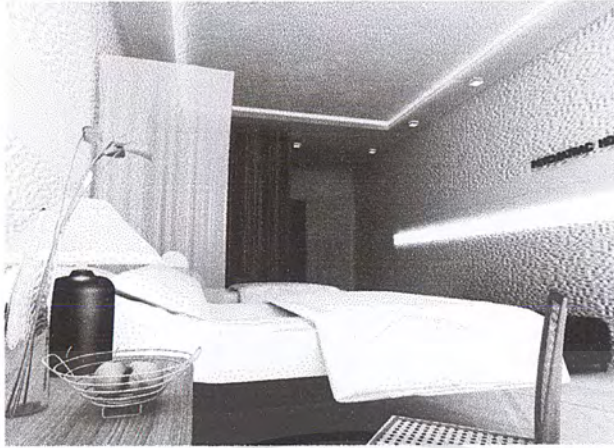
PSYCHIATRIC HOSPITAL
(200 BEDS) BANGKOK



ภาพที่ 6.2.7 แบบแสดงทัศนียภาพภายนอกอาคาร

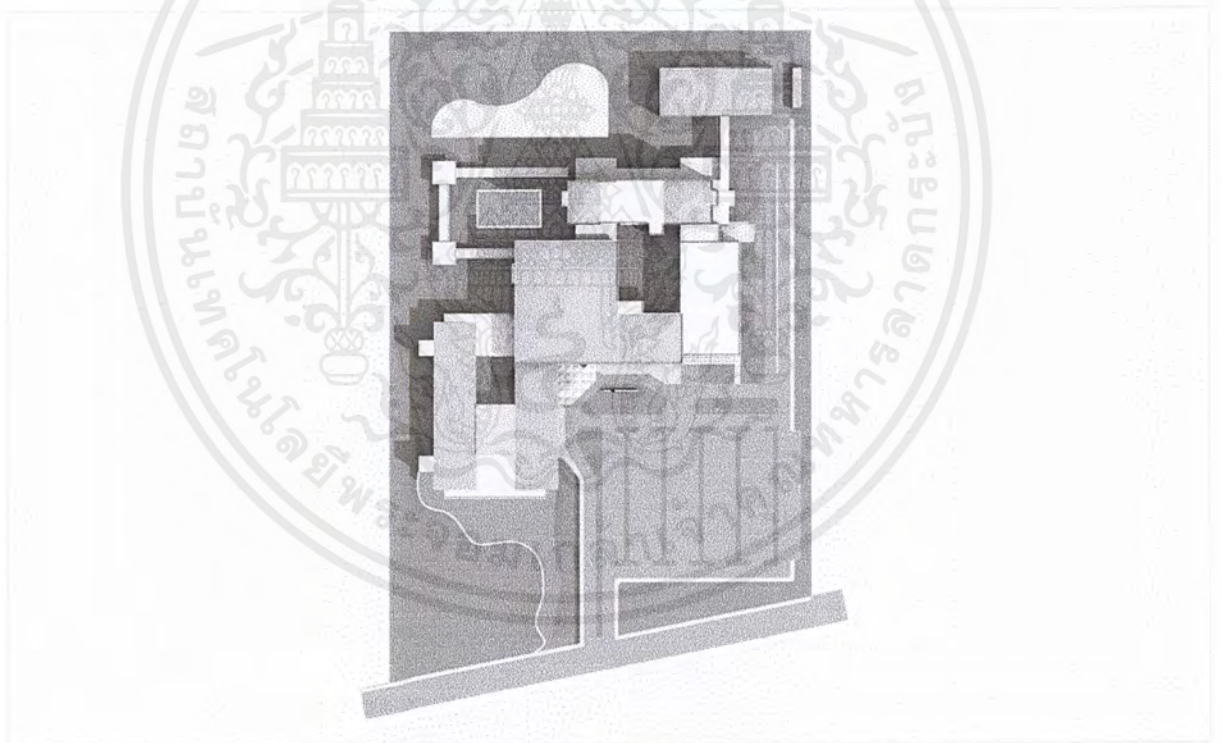
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

PSYCHIATRIC HOSPITAL BANGKOK (200 unit)
โรงพยาบาลจิตเวช กรุงเทพมหานคร 200 เตียง



WARD INTERIOR PERSPECTIVE

ภาพที่ 6.2.8 แบบแสดงทัศนียภาพภายในห้องพักผู้ป่วยใน

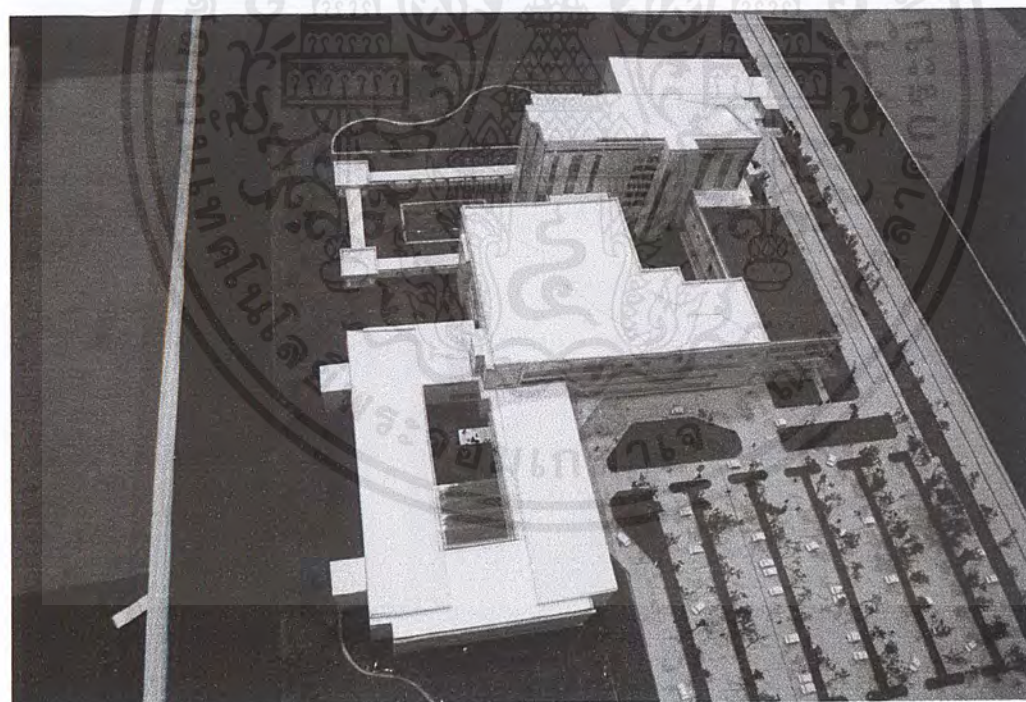


ภาพที่ 6.2.9 แบบแสดงผังบริเวณของที่ตั้งโครงการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

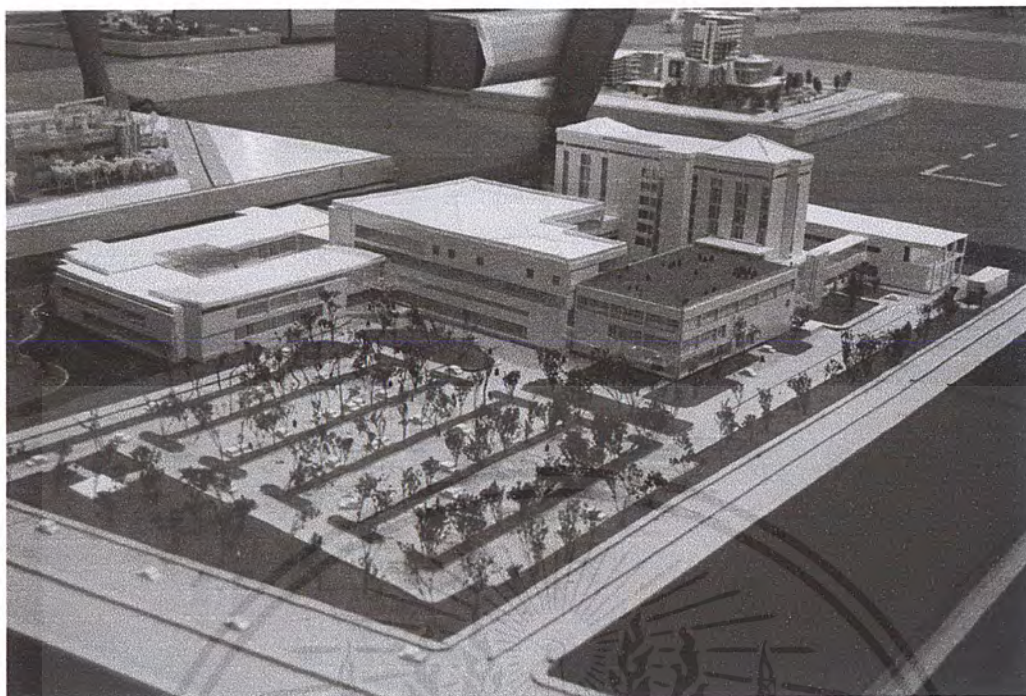


ภาพที่ 6.2.10

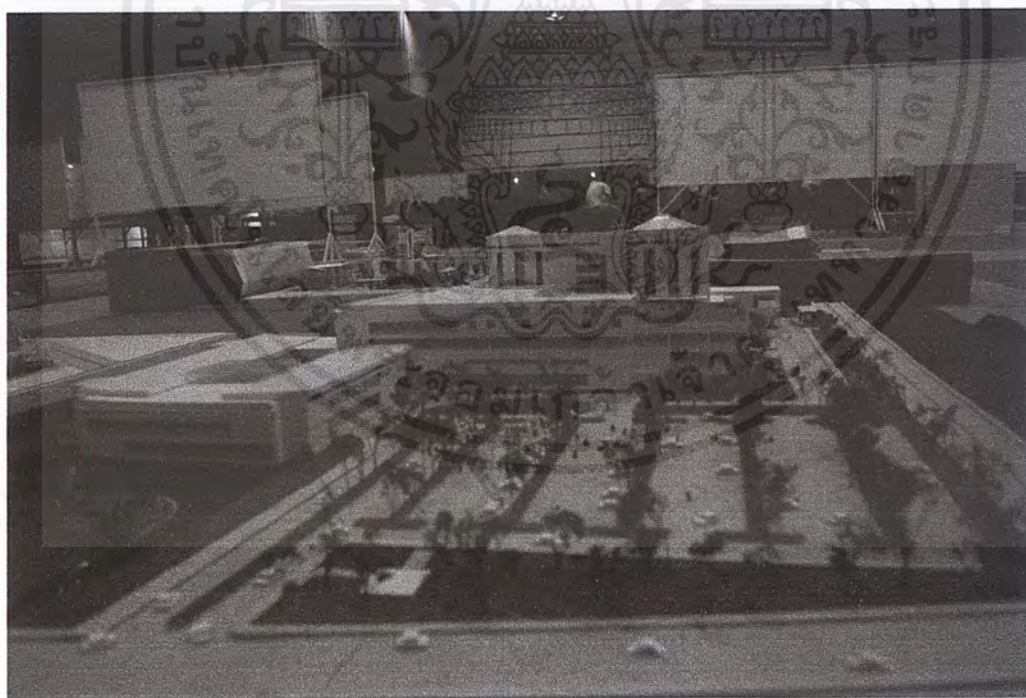


ภาพที่ 6.2.11

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 6.2.12

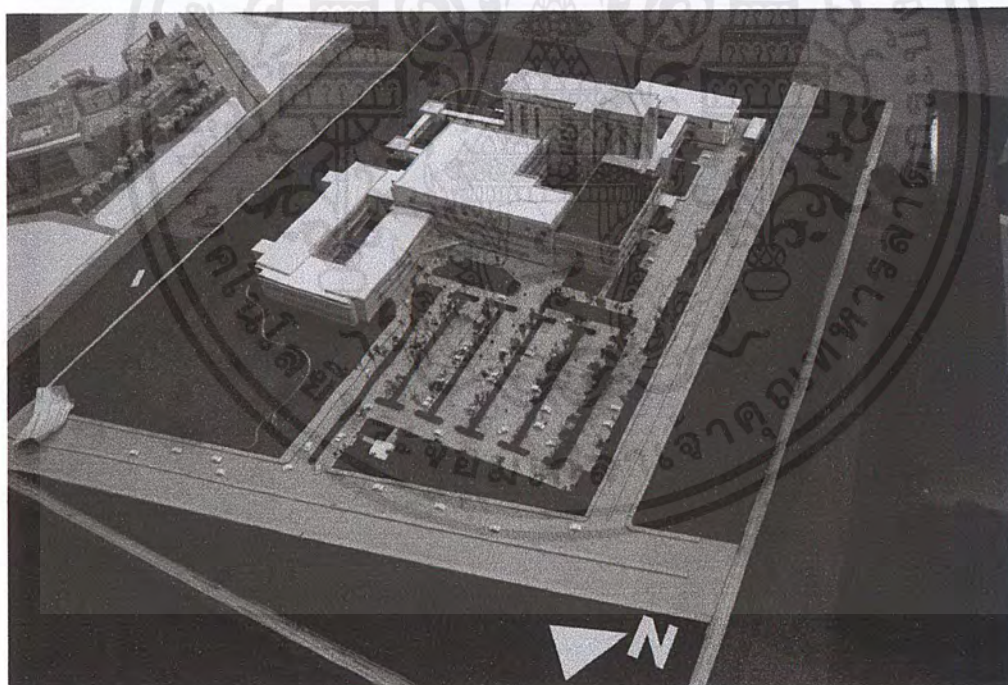


ภาพที่ 6.2.13

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

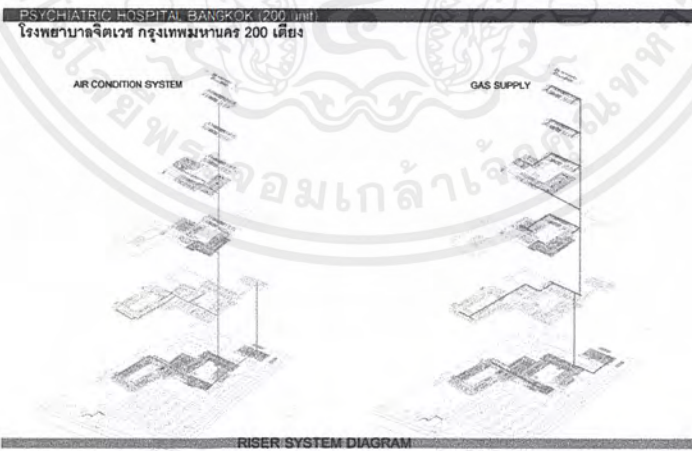
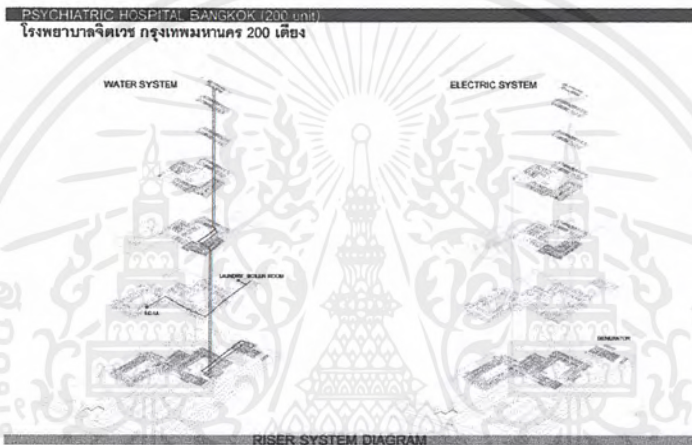


ภาพที่ 6.2.14



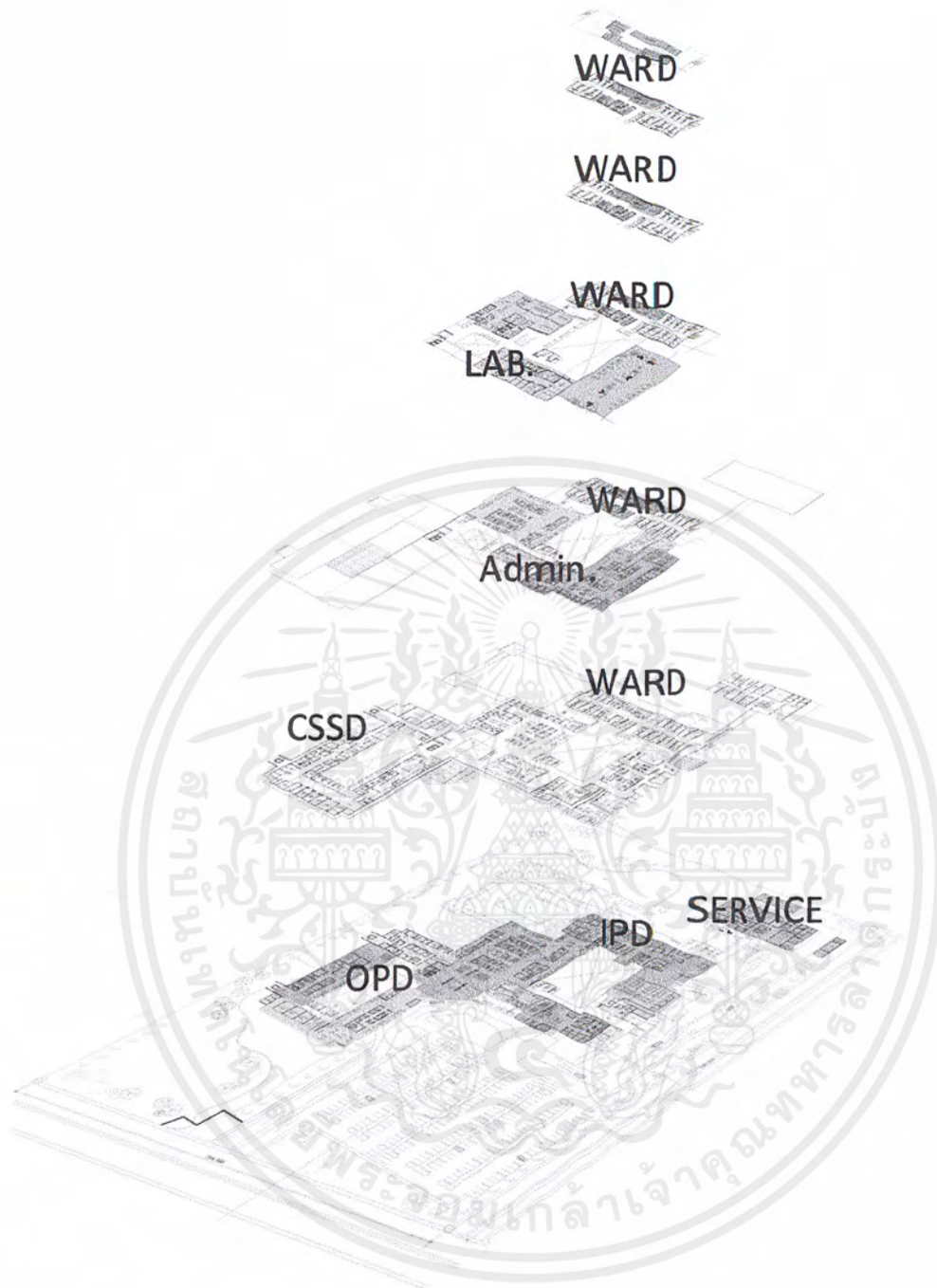
ภาพที่ 6.2.10-6.2.15 แบบแสดงหุ่นจำลองของโครงการมาตราส่วน 1:200

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 6.2.17 แบบแสดงกระบวนกรคิดวิเคราะห์และโคะแกรมงานระบบ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 6.2.18 แบบแสดงการแบ่งโซนของอาคารในแต่ละชั้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บรรณานุกรม

แหล่งข้อมูล

- สถิติกองแผนงานสุขภาพจิต
www.jukk.go.th/goal/goal1.html
- สวัทธา อารีพรรค ความผิดปกติทางจิต กรุงเทพฯ โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข
- ร.พ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์
<http://www.dmh.moph.go.th/jvnk>
- ร.พ.ยุวประสารทไวทโยปถัมภ์
<http://www.yuwaprasart.org>
- ร.พ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์
<http://www.dmh.moph.go.th/jvsongkhla/index.htm>
- ร.พ.ศรีธัญญา
<http://www.srihanya.go.th>
- ร.พ.สวนสราญรมย์
<http://www.surat.th.com/saranrom>
- ร.พ.นครราชสีมาราชนครินทร์
<http://203.157.56.1/jvkorat>
- ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
<http://www.jvkk.go.th>
- ร.พ.จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
<http://www.jvsakeo.com>
- ร.พ.พระศรีมหาโพธิ์
<http://www.prasri.go.th>
- ร.พ.จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
<http://www.nph.go.th>
- ร.พ.จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
<http://www.nph.go.th>
- วิทยานิพนธ์ จิตเวชสถาน นายธีร์ อังคะสุวพลา (150 เตียง)
- วิทยานิพนธ์ โครงการ โรงพยาบาลจิตเวช (300 เตียง) นายทรงชัย ชวะ โนทัย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ภาคผนวก

ประวัติกิจกรรมบำบัดจิตเวชในประเทศไทย

กิจกรรมบำบัดจิตเวชความจริงมีมานานแล้วในสังคมไทยโบราณซึ่งจะอยู่ในรูปแบบของ พิธีกรรมต่างๆ โดยคนไทยสมัยก่อนมีความเชื่อกันว่าสาเหตุของอาการทางจิต คือ การถูกทำหรือ เกิดจากการถูกเสกของเข้าไปในร่างกาย หรือเกิดจากวิญญาณเข้าสิง ดังนั้น วิธีการรักษาในสมัยก่อน จึงออกมาในรูปแบบของพิธีกรรมรำยมนต์คาถาต่างๆ โดยอาศัยพลังจิตเป็นสิ่งสำคัญ อุปกรณ์ต่างๆ เป็นเพียงสื่อที่จะถ่ายทอดพลังจิตถึงกัน นอกจากนั้น ยังได้ครอบคลุมไปถึงวิธีการป้องกันและแก้ไข เรื่องร้ายต่างๆ ให้กลับกลายเป็นเรื่องดีได้ ซึ่งผู้ที่มีอุปสรรคและเรื่องร้ายในชีวิต มีความเครียด หรือความกังวล หากไม่ระวังปล่อยให้เป็นเรื้อรังอาจนำไปสู่การเป็นโรคจิตประสาทได้ ดังนั้น คนไทยสมัยก่อนจึงมีวิธีช่วยเหลือกันอย่างหนึ่ง คือ การให้ผู้ที่มิมีปัญหาประกอบพิธีแก้ไข

พิธีกรรมมีหลายรูปแบบ เช่น การทำบุญกับพระสงฆ์หรือการประกอบพิธีสะเดาะเคราะห์ การทำบังสุกุล โดยผู้ทำพิธีกรรมอาจทำหน้าที่ต่อรองกับเจ้ากรรมนายเวรของผู้ป่วย ขอให้ให้อโหสิกรรม เป็นต้น เนื่องจากคนสมัยก่อนมีความเชื่อกันว่า ปัญหามาจากคนเราเคย ก่อกรรมทำชั่วเอาไว้ เจ้ากรรมนายเวรจะมาบั่นทอนสุขภาพ ตลอดจนความสำเร็จอันพึงมีได้

สำหรับงานกิจกรรมบำบัดจิตเวชในสถานพยาบาลได้เกิดขึ้นในประเทศไทยพร้อมๆกัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ซึ่งเป็นผู้บัญญัติศัพท์ คำว่า อาชีวบำบัด ขึ้นมาตามลักษณะงานที่นำมาให้ผู้ป่วยทำในขณะนั้น เช่น งานจักรสาน ทอเสื่อ ฯลฯ โดยผู้ที่ทำงานทางอาชีวบำบัดตอนนั้นเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านช่าง งานฝีมือ และทางพละเป็นส่วนใหญ่ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2521 จึงได้เริ่มการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ อาชีวบำบัดจิตเวชขึ้นเป็นครั้งแรกที่กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยคุณสุชาดา เสถียรสาคร ผู้ซึ่งไปฝึกอบรมทางด้านนี้จากประเทศสหรัฐอเมริกาโดยเฉพะ และในปี พ.ศ. 2523 โรงเรียนกิจกรรมบำบัดก็ได้เกิดขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย ที่คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดย รศ.นายแพทย์เทิดชัย ชิวเกตุ ซึ่งมีการเปลี่ยนจากชื่อ อาชีวบำบัด มาเป็นกิจกรรมบำบัด เพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้ในการรักษา เช่น กิจกรรมประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมในยามว่าง ไม่ใช่งานอาชีพ เพียงอย่างเดียว และได้เริ่มรับนักศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นเป็นรุ่นแรกนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา

พฤติกรรมผิดปกติที่มีผลต่อสุขภาพจิต

จากการศึกษาเรื่องความผิดปกติของอวัยวะและความผิดปกติของจิตใจพบว่า พฤติกรรมผิดปกติอันเกิดจากอวัยวะหรือจิตใจ มีผลต่อการที่จะเสริมสร้างสุขภาพจิตให้เจริญงอกงาม เมื่อใดที่สุขภาพจิตของบุคคลใดเปลี่ยนแปลงไปจากบรรทัดฐานที่สังคมยอมรับ บุคคลนั้นจะประสบปัญหาการดำเนินชีวิต ดังนั้น ต้องรู้สาเหตุปรุงแต่งสุขภาพจิตของบุคคล

พฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคลนั้นอาจจะเกิดขึ้นจากความผิดปกติทางกายหรือทางจิตใจของบุคคลนั้น โดยตรง หรืออาจจะเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคลนั้น และอิทธิพลอื่นๆ เป็นอุปสรรคขัดขวางความเจริญงอกงามของสุขภาพจิต

พฤติกรรมที่นับได้ว่ามีปัญหาต่อสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่

- โรคประสาท (Psycho-Neurosis)
- โรคจิต (Psychosis)

โรคประสาท (Psycho-Neurosis)

โรคประสาทเป็น โรคจิตชนิดอ่อนประเภทหนึ่ง (Minor Psychosis) กล่าวได้ว่าโรคประสาทเป็นโรคทางจิตใจ ผู้ที่เป็นโรคประเภทนี้ยังสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ พฤติกรรมยังอยู่ในโรคของความจริง (Reality) สภาพจิตใจยังไม่อยู่ในขั้นเสียดสีทีเดียว แต่หากกำเริบมากขึ้นสามารถส่งผลให้บุคคลนั้นเป็นโรคจิต (Psychosis) ได้ อย่างไรก็ตาม จุดสำคัญของการศึกษาเรื่องสุขภาพจิตจะมุ่งที่ความผิดปกติทางพฤติกรรมของการเป็นโรคประสาทมากที่สุด เน้นบุคคลที่เป็นโรคประสาทซึ่งนับว่าน่าสงสารและเป็นบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก

อาการของโรคประสาทที่พบเห็นทั่วไปจะแสดงออกด้วยความหวาดกลัว ตกใจง่าย เวลามีความกังวลจะมือเท้าสั่นเหงื่อออก นอกจากนั้น ยังแสดงพฤติกรรมอาการซึมเศร้าหมดอาลัย ส่วนร่างกายจะมีอาการหมดเรี่ยวแรง อ่อนเพลียทางด้านประสาท ต้องการพักผ่อนแต่เมื่อได้พักผ่อนแทนที่อาการอ่อนเพลียจะหายกลับยิ่งเพลียมากขึ้น นอกจากพฤติกรรมทางกายจะแสดงออกด้วยความอ่อนเพลียแล้ว ความรู้สึกที่ว่าตัวเองไม่สบายอยู่ตลอดเวลาที่ปรากฏอยู่เป็นประจำ เช่น รู้สึกเจ็บหรือปวดแต่ละส่วนของร่างกาย แต่เมื่อแพทย์ได้ตรวจอย่างรอบคอบแล้วก็ไม่พบอาการผิดปกติเป็นต้น

โรคประสาทแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

1. ฮิสทีเรีย (Hysteria)
2. ย้ำคิดย้ำทำ (Psychasthenia)
3. กายและจิตเหนื่อยอ่อน (Neurasthenia)
4. การวิตกกังวล (Anxiety State)

ฮิสทีเรีย (Hysteria)

โรคประสาทชนิดฮิสทีเรียหรือบางที่เรียกว่าโรคอุปทาน เป็นโรคที่ไม่ได้เกี่ยวกับเรื่องรักหรือเรื่องเพศแต่อย่างใด ความจริงเกิดจากการที่บุคคลที่มีอาการอารมณ์ไม่สงบอย่างรุนแรงและหลังจากนั้นก็เกิดความคิดสับสน เวลาควบคุมอารมณ์ไม่ได้ก็หวีดร้องออกมา ดีใจ ร้องไห้หรือโกรธ ถ้าทำอะไรคนนั้นไม่ได้ก็จะกระตือรือร้น เป็นต้น

โรคนี้มีคนเข้าใจผิดไปมากคิดว่าเป็นโรคของฝ่ายหญิงเท่านั้นที่ว่า หากผู้หญิงคนใดมีอาการฮิสทีเรียแล้ว ถ้าได้แต่งงานก็จะหายจากโรค ซึ่งความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ชายก็มีโอกาสเป็นได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ก็เพราะสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะทำให้เกิดฮิสทีเรีย คือ การเก็บกดความต้องการไว้นานๆ หรือการเกิดความขัดแย้งในตนเองหรือกับคนอื่น ๆ

คนที่ เป็นโรคฮิสทีเรียนั้น ไม่ได้เป็นตลอดเวลาแต่เป็นบางครั้งบางคราว เช่น เวลาเป็นจะเกิดอาการตัวสั่น อาเจียน น้ำลายฟูมปาก หายใจแรงผิดปกติ แต่เมื่อมีคนมาช่วยนวดตามร่างกายหรือปล่อยให้สงบสติอารมณ์สักระยะหนึ่งก็จะหาย

จะเห็นได้ว่าบุคคลที่เป็นฮิสทีเรียมีผลต่อสุขภาพจิต และเมื่อสุขภาพจิตบกพร่องก็ย่อมส่งผลให้บุคลิกภาพเสียไปด้วย การรู้สาเหตุและรู้วิธีการรักษาของฮิสทีเรียที่ถูกต้อง ย่อมช่วยให้สุขภาพจิตไม่บกพร่อง

อาการย้ำคิดย้ำทำ (Psychasthenia)

อาการสำคัญของโรคนี้ที่เห็นได้เด่นชัด คือ การชอบทำอะไรซ้ำๆ ซากๆ เช่น ชอบล้างมือวันละ 30-40 ครั้ง ปิดประตูเข้านอนแล้วต้องลุกขึ้นมาดูว่าปิดแล้วหรือยัง บางคนชอบพูดย้ำจนน่าเบื่อหน่ายรำคาญ เช่น พูดว่า “เข้าใจไหม” หรือ “รู้หรือยัง” บางคนชอบเดินไปเดินมาหรือชอบใช้เท้ากระแทบหรือเคาะพื้นตลอดเวลา เป็นอาการอยู่ไม่สุข (Agitation) ต้องเดินบ้างทำอะไรบ้าง มีอาการผลุนผลัน (Impulse) หากบุคคลมีพฤติกรรมเช่นนี้ย่อมมีผลต่อสุขภาพจิตอย่างแน่นอน

อาการกายและจิตเหนื่อยอ่อน (Neurasthenia)

โรคนี้อาจมีอาการเหนื่อยอ่อนทางกายและจิตใจ ร่างกายแข็งแรงแต่กลับมีจิตใจอ่อนแอ เช่น ยังไม่ได้ลุกจากที่นอนก็มีอาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลียแล้ว ทั้งนี้เพราะจิตเป็นตัวละครทำนองนั้น นอกจากนี้ ยังขาดสมาธิ เช่น เขียนหรืออ่านหนังสือนานๆ ไม่ได้ สภาพผิดปกติของจิตเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคนี้อาจตัวเองเจ็บป่วยอยู่เสมอ อารมณ์เย็นไม่ได้ จะทำให้รู้สึกไปเองว่าไม่สบาย ทำให้จะต้องอาบน้ำร้อนอยู่เสมอ

วิธีแก้โรคนี้อาจเป็นการทำตัวให้เป็นบุคคลประเภทง่าย ๆ (Easy Going) เสียบ้าง หรือหากคนที่ เป็นโรคนี้นี้ได้ทำงานที่ถูกต้อง ก็อาจจะช่วยให้อาการผิดปกติอันเกิดจากโรคนี้นหายไปได้

การวิตกกังวล (Anxiety State)

การวิตกกังวลเกิดมาจากความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับเรื่องตำแหน่งหน้าที่การงานและกามารมณ์ เช่น วิตกกังวลว่าหากออกจากงานที่เคยทำแล้วจะหางานทำไม่ได้ หรือเมื่อครบอายุเกษียณแล้ว ร่างกายยังคงแข็งแรงอยู่จะมีคนรับเข้าทำงานอีกหรือไม่ หรือเมื่อแก่ชราความต้องการทางเพศ คงจะหมดไป จึงต้องพยายามบำรุงร่างกายเพื่อที่จะช่วยตอบสนองอารมณ์ทางเพศ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว อาการของโรคประสาทอาจจะเกิดขึ้นกับใครก็ได้ ไม่ว่าหญิงหรือชาย เมื่อเกิดโรคประสาทขึ้นกับบุคคลใด ผลที่ตามมาคือ การดำเนินชีวิตจะขาดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทั้งนี้ เพราะอาการของโรคนี้อาจทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ออกมา เมื่อสังคมไม่ยอมรับพฤติกรรมเช่นนั้น ผู้ที่เป็น โรคประสาทย่อมเสียสมดุลทางด้านจิต และบุคลิกภาพด้วย

ดังนั้นในการรักษาอาการของโรคประสาทควรพิจารณาประเด็นใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

- ต้องสามารถปรับใจตนเองได้ว่า ผู้ป่วยสามารถอดทนต่อสภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจได้ โดยนึกเสมอว่าอาการเหล่านี้ไม่มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดมากไปเอง ถ้าไม่คิดถึงปัญหาผู้ป่วยก็สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้
- ต้องยอมรับว่าอาการ โรคประสาทที่เกิดขึ้นนั้น ไม่มีร่างกายส่วนใดผิดปกติ เป็นเรื่องของจิตใจและอารมณ์ หากสามารถควบคุมให้สงบได้ อาการประสาทก็จะหายไปเอง
- ต้องให้ผู้ป่วยทำตัวเหมือนว่าไม่สนใจอาการของโรค ผู้ป่วยสามารถเอาชนะได้ด้วย การหากิจกรรมอื่นทำทดแทน เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินจนลืมอาการของโรค

โรคจิต (Psychosis)

โรคจิตเป็น โรคอันเกิดจากความผิดปกติทางจิตขั้นรุนแรง ความผิดปกติอาจจะมีสาเหตุมาจากทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ

ความผิดปกติทางร่างกาย เช่น กรณีที่ศีรษะถูกกระทบกระเทือนจากของแข็งอย่างแรง จะทำให้อวัยวะส่วนต่างๆของสมองทำหน้าที่ผิดปกติไปจากเดิม ย่อมหมายความว่า อาจเกิดความฝันเพี้ยนและความสับสนทางความคิด ความผิดปกติของจิตที่เกิดขึ้นแบบนี้มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย หรืออีกประการหนึ่งหากสมองพิการ ความผิดปกติของจิตก็จะรุนแรงขึ้น จนทำให้กลายเป็นโรคจิตได้ เช่น กรณีซีสเทอริสซึมสมอง เป็นต้น

ความผิดปกติทางจิต อาจเกิดจากสภาพของจิตใจได้รับความกดดันอย่างรุนแรง ภาวะความกดดันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผลก็คือจะทำให้จิตใจหรืออารมณ์ได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง หากบุคคลนั้นหาทางออกไม่ได้ บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมที่ซึมเศร้า อันเป็นพฤติกรรมของจิตที่มีสาเหตุมาจากทางใจ

บุคคลที่เป็น โรคจิตจะเป็นบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้อยู่ในกรอบที่สังคมยอมรับได้ ทั้งนี้ เนื่องจากการที่จิตผิดปกติอย่างรุนแรงจะไปทำให้บุคลิกภาพของบุคคลนั้นเปลี่ยนไปจากสภาพเดิมอย่างสิ้นเชิง สภาพจิตที่ผิดปกตินี้เองที่ทำให้คนเป็นโรคจิตขาดความรับผิดชอบ ไม่รู้ถูกผิด พฤติกรรมบางอย่างจะแสดงออกไม่เหมือนคนปกติ เช่น สามารถเดินเปลือยกายได้ ขาดสติสัมปชัญญะ หากเป็นคน โรคจิตกระทำลงไป ก็จะไม่มีผลทางกฎหมาย

โรคจิตแบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. โรคจิตวิกลจริต (Paranoid)
3. โรคจิตอันเกิดจากความผิดปกติทางอารมณ์ (Affective Psychosis)

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

- 1.1 โรคจิตแบบสามัญ (Simple Form)
- 1.2 โรคจิตเภทชนิดเสื่อมคล้ายเด็ก (Hebeephrenia)
- 1.3 โรคจิตเภทชนิดร่ากงอก (Catatonia)
- 1.4 โรคจิตเภทชนิดวิกลจริต (Paranoid Form)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1.1 โรคจิตแบบสามัญ (Simple Form)

เป็นโรคจิตชนิดอ่อนยังมีอาการของโรคน้อย ผู้ที่เป็นโรคจิตขั้นนี้จะไม่สนใจในความเป็นไปของชีวิต ไม่ยินดีในร่ำกับผู้อื่น อาการเช่นนี้คนปกติก็มีมาก และจะพบบ่อยๆ คือ มักจะนั่งเฉยๆเหมือนคนเกียจคร้าน ไม่ระวังจรดทำทาง เป็นต้น ผู้ที่ป่วยในระยะนี้จะแสดงอาการให้เห็นชัดคือ การที่ประสาทหลอนและการมีภาพลวงตา อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตชนิดนี้เป็นพวกเก็บตัว ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ไม่รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่นทั้งสิ้น

1.2 โรคจิตเภทชนิดเสื่อมคล้ายเด็ก (Hebephrenia)

บุคคลที่เป็นโรคจิตชนิดนี้ จะมีอาการเพื่อฝันตามที่ตนเองต้องการ มีการยิ้มอยู่เสมอ การหัวเราะก็แสดงออกมาโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น มีท่าทางแปลก (Peculiar Attitude) เกิดอาการภาพลวงตาและภาพหลอน ตลอดจนเกิดอาการเพื่อฝัน

อาการที่สำคัญของผู้ป่วยประเภทนี้ คือ ชอบสร้างภาษาของตนเอง พูดกับต้นไม้ หรือนก โดยเข้าใจว่าตนเองสามารถเข้าใจภาษานั้นได้

ข้อที่น่าสังเกตสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ คือ การหัวเราะดังๆนั้น มิใช่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หากแต่เกิดขึ้นจากสภาพจิตใจที่ตนเองนึกคิดว่าจะน่าหัวเราะ น่าขำ หรือน่าเวทนา

1.3 โรคจิตเภทรากงอก (Catatonia)

บุคคลที่มีอาการของโรคชนิดนี้ จะไม่ยอมรับประทานอาหารหรือไม่ยอมเปลี่ยนทัศนคติ คือ รื้อน บ่อยครั้งที่สามารถทำอาหารใดอาการหนึ่งค้างไว้ได้เป็นเวลานานๆ เช่น ยกมือตัวเองเอาไว้เหนือศีรษะได้เป็นเวลานานๆเหมือน โยคีในอินเดีย เป็นต้น มีความอดทนอดกลั้นสูง มักจะแสดงอาการออกมา เช่น ไม่ยอมกินข้าว ไม่ยอมพูด ไม่ค่อยขยับเขยื้อนน้ำลายหรือจะอมเอาไว้เฉยๆ ไม่ถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ เป็นต้น

1.4 โรคจิตเภทชนิดวิกลจริต (Paranoid Form)

อาการของโรคชนิดนี้ ผู้ป่วยมักมีลักษณะเป็นคนขี้สงสัย ขี้ระแวง เห็นภาพหลอนหรือภาพลวงตา เช่น นึกว่ามีตำรวจมาจับตัว หรือเห็นผู้ร้ายจะเข้ามาทำร้ายตน เป็นต้น ผู้ป่วยมักคิดว่าตัวเองเป็นคนสำคัญ ถ้าเห็นบุคคลอื่นไม่เคารพนับถือ ก็คิดว่ามีเจตนาไม่ดีต่อตัวเอง ผู้ป่วยประเภทนี้ ถ้าเป็นโรคจิตจริงก็มีลักษณะคล้ายคนปกติทั่วไป ถ้าได้รับการเอาอกเอาใจ ก็จะยอมปฏิบัติตามคำขอหรือ

2. โรควิตกกังวล (Paranoid)

โรควิตกกังวล เป็นโรควิตกกังวลที่มีความคิดรุนแรง คิดเสมอว่าบุคคลอื่นจะมุ่งทำร้ายตน คุณสติไม่อยู่ ระลึกย้อนหลังไม่ได้ บางครั้งคิดเป็นศัตรูกับตนเองอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายคิดจะฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะคิดว่าบุคคลอื่นนั้นมีความสามารถน้อยกว่าตนเอง และตัวเองนั้นมีความยิ่งใหญ่กว่าบุคคลอื่น จึงมักจะมีเหตุการณ์ เช่น บังคับให้บุคคลอื่นทำความเคารพตัวเอง หรือหุบตีบุคคลอื่น เป็นต้น

บุคคลที่เป็นโรควิตกกังวลนับได้ว่าเป็นบุคคลที่เป็นอันตรายต่อสังคมเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรควิตกกังวลนี้อาจจะทำร้ายบุคคลอื่นได้โดยที่ไม่รู้สึกผิด

3. โรควิตกกังวลจากความผิดปกติทางอารมณ์ (Affective Psychosis)

ความผิดปกติทางอารมณ์ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

3.1 โรควิตกกังวลที่มีอารมณ์เศร้าแล้วหาย (Manic Depressive Psychosis)

3.2 โรควิตกกังวลที่มีอารมณ์เศร้าเปลี่ยนตามอายุ (Involutional Melancholia)

3.1 โรควิตกกังวลที่มีอารมณ์เศร้าแล้วหาย (Manic Depressive Psychosis)

Manic - มีอาการชอบเอะอะ บ้า อาละวาด ชอบอวดเก่ง

Depressive - มีอาการซึมเศร้า นั่งเฉิบ ปล่อยชีวิตไปตามอารมณ์

โรควิตกกังวลนี้ ผู้ป่วยอาจจะเริ่มต้นด้วยการเศร้าใจ แล้วหันมาเอะอะ อาละวาด หรืออาจจะเริ่มต้นจากอาการอาละวาดมาเป็นเศร้าใจก็ได้ อาการเช่นนี้เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ จึงเรียกโรควิตกกังวลนี้ว่า Manic Depressive

การที่จะจัดว่าขั้นใดเป็น Manic และขั้นใดเป็น Depressive นั้นอาศัย I.M.E Diagram

I = Idea

M = Motor Activity

E = Emotion

คนที่ เป็นโรควิตกกังวลแล้วดีใจนั้น ในขั้น Manic นั้น IME จะอยู่ฝ่ายบน มักจะมีอาการ ตื่นเต้น ฟุ้งซ่านหรือเอะอะ ทำอะไรเกินตัว มีการส่งเสียงตะโกน

สำหรับขั้น Depressive นั้น IME จะอยู่ฝ่ายต่ำ อวัยวะที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เป็นอัมพาตไป หรือมีละเมอ ก็จะทำหน้าที่เข้าไปหมด เช่น เคลื่อนไหวช้า ความคิดอ่านช้า เป็นต้น

อาการดังกล่าว มักพบในผู้ที่มีอารมณ์ผิดปกติ และบางครั้งก็พบในบุคคลธรรมดา

3.2 โรคที่มีอารมณ์เศร้าเปลี่ยนตามอายุ (Involutional Melancholia)

อารมณ์ของผู้ป่วยที่เป็นโรคระยะนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ จะเห็นได้จากการที่มีร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปอารมณ์ก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในเรื่องของจิตก็แสดงออกด้วยอาการเก็บกด การไม่กล้าตัดสินใจ ความรู้สึกกลัววิตกกังวลต่อร่างกาย ต่อมต่างๆในร่างกายจะเสื่อมลง อายุก็เป็นเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อม คาดคะเนว่า ผู้หญิงจะเริ่มมีอาการของโรคนี้เมื่ออายุ 45 ปี คือ ในระยะหมดระดู ส่วนผู้ชายจะเริ่มมีอาการประมาณเมื่ออายุระหว่าง 45-65 ปี โรคชนิดนี้บางทีก็เรียกว่า โรคทุกขเวทนาเคลื่อนที่ (Agitated Depression) อาการของโรคนี้คือ มีอาการกลัว มือสั่น เดินไปเดินมาตลอดวัน นอกจากนี้ยังมีอาการหงุดหงิด หนักใจ กลัวคนอื่นจะมาทำร้าย กลัวโชคร้าย กลัวว่าจะเจ็บป่วย มักอยู่ไม่เป็นสุข บางทีมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย (Suicide Tendency)

การแบ่งอาการของความผิดปกติทางจิต

การแบ่งอาการของผู้ป่วยทางจิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ประเภทใหญ่ คือ

1. โรคจิต (Psychosis)
2. โรคประสาท (Neurosis)
3. Psychosomatic
4. Mental Deficiency
5. Transient Situation Reaction
6. Neaurology

มีรายละเอียดดังนี้คือ

1. โรคจิต (Psychosis) แบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ

1.1 Organic Reaction Type คือ โรคจิตที่เกิดจากสมองพิการหรือพิการทางสมอง เช่น ชิฟิลิสขึ้นสมอง อาการจำพวกนี้พบมากและยากแก่การรักษา มีอาการคือ ความจำเสื่อม ไม่รู้จักกาลเทศะ การตัดสินใจผิดพลาดและมีอาการพิการทางประสาทด้วย

1.2 Toxic Reaction Type สาเหตุของอาการจำพวกนี้เกิดมาจากพิษต่างๆ ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการเช่นนี้มีสมองปกติแต่เชื้อสมองเสีย อาการที่ปรากฏคือ มีความกลัวอย่างมาก มีลักษณะของจิตหลอน เช่น เห็นเชือกเป็นงู เป็นต้น

1.3 Affective Reaction Type อาการนี้เกิดจากพวกผิดปกติทางอารมณ์ พบกับคนที่ชอบความสนุกสนาน ดีใจง่าย เสียใจง่าย หุนหันพลันแล่น มีอาการผิดปกติที่แสดงให้เห็นได้ เช่น เอะอะ

ออกท่าทาง มีอาการฟุ้งซ่าน คลั่ง พุดมาก แก่ผ้าผ่อน แต่ไม่หมดความรู้สึกเหมือนพวก Organic
อาการชนิดนี้มีทางรักษาให้หายได้โดยใช้ยาระงับอารมณ์

1.4 Schizophrenic Reaction Type หรือจิตเภท ผู้ป่วยที่มีอาการประเภทนี้จะมี
ความรู้สึกทางจิตแยกออกจากกัน ผู้ป่วยจะแยกตัวจากสังคมมาสร้างโลกใหม่ มีอุปทาน
เห็นนรกสวรรค์ เกิดจากการอบรมที่ผิดพลาดมาตั้งแต่วัยเด็กอาจจะได้รับการเลี้ยงดูจากมารดา
ที่กระด้าง เช่นชา เจ้าอารมณ์ คุร้ายทารุณ หรือในทางตรงกันข้ามมีมารดาพุ่มพุกบุตรจนเกินควร
สิ่งเหล่านี้ทำให้เป็นคนเก็บตัวไม่สนใจสภาพแวดล้อมหนีจากความจริงไปสร้างโลกส่วนตัว
บางรายแยกตัวเองออกจากความจริงอย่างเด็ดขาด ผู้ป่วยที่พบมักจะอยู่ในวัยหนุ่มสาว
ในช่วงอายุ 17-18 ปี

อาการของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นจะมีลักษณะระบบการทำงานต่างๆเสีย คือ

REALITY เสีย คือ หมดการรับรู้จากสภาพความเป็นจริง

INSIGHT เสีย คือ หมดความยั้งคิด

PERSONALTY เสีย คือ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป

2. โรคประสาท (Neurosis)

ผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ไม่มีลักษณะพิการทางสมอง มีแต่ลักษณะของความหวาดกลัว
วิตกกังวล ตกใจง่าย ไม่กล้าต่อสู้กับความเป็นไปของโลก โรคนี้มักมีอาการทางกายประกอบ
เช่น ปวดศีรษะ ชาติตามตัวและขา ถ้ามีอาการมากอาจเป็นโรคจิตได้

3. Psychosomatic

คืออาการทางกายภาพที่มีผลทางจิตใจ เช่น เมื่อคนไข้มีความวิตกกังวล ก็จะเกิดเป็นแผลใน
กระเพาะอาหาร เป็นต้น

4. Mental Deficiency

คือ ผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ หรือ ปัญญาอ่อน แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

ชนิดแต่กำเนิด มักเป็น โดยถาวร

ชนิดเป็นภายหลัง มักมีอาการชั่วคราว

5. Transient Situation Reaction

คืออาการทางจิตที่เกิดขึ้นชั่วคราว ภายหลังได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจ
อย่างรุนแรง เช่นการสูญเสียคนรัก เป็นต้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการซ้อด ไม่รู้สึกตัว

6. Neaurology

คืออาการทางกายภาพ เช่น การเป็นอัมพาตที่เกิดขึ้นจากการผิดปกติของระบบประสาท
รักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด และการทำกายภาพบำบัด

การตรวจและรักษาผู้ป่วยทางจิต

ผู้ที่ได้รับการบริการของสถานพยาบาลจิตเวช จะมีทั้งผู้ที่เข้ามาขอรับการปรึกษา ทดสอบระดับเซาว์ปัญญา วิเคราะห์จิต และผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างรุนแรงสมควรที่จะได้รับการรักษาภายในสถานพยาบาล

ผู้ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิตจะทำงานกันเป็นทีมเสมอ แต่ละทีมประกอบด้วย

1. จิตแพทย์ (Psychiatrist)
2. นักจิตวิทยา (Psychologist)
3. นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker)
4. พยาบาลจิตเวช (Psychiatric Nurse)

บุคคลทั้งหมดนี้จะช่วยกันทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สัมภาษณ์ และให้คำแนะนำแก่ ผู้ที่มีปัญหาทางจิต และถ้าเห็นว่าผู้ป่วยมีระดับอาการที่เหมาะสมแก่การรักษาภายใน ก็จะทำ การตรวจตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจประวัติการเจ็บป่วยอย่างละเอียด เพื่อให้รู้ถึงการเริ่มต้นของการเกิดโรค และการเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลในครอบครัวทั้งหมด

2. ตรวจสภาพจิต เพื่อให้รู้ถึงสภาพจิต อารมณ์ และความคิดเห็นในปัจจุบัน

3. ตรวจสภาพร่างกาย เพื่อให้รู้ว่า มีโรคอะไรบ้าง

4. ตรวจทางห้องทดลอง เช่น การตรวจโลหิต ตรวจไขสันหลัง

5. ตรวจคลื่นสมอง เพื่อให้รู้ว่ามีความผิดปกติอยู่ในเนื้อสมองบ้างหรือไม่

6. ทำการทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อจะได้ทราบระดับเซาว์ปัญญา สภาพอารมณ์และจิตใจ ของผู้ป่วย

ภายหลังการตรวจอาการของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว คณะผู้บำบัดก็จะทำการบำบัดตาม ลักษณะของอาการป่วย และความรุนแรงของอาการเท่านั้น

การรักษาผู้ป่วยทางจิต

การรักษาผู้ป่วยทางจิตสามารถ ปัจจุบันสามารถจำแนกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 8 ประเภท ดังนี้

- 1.การทำจิตบำบัด
- 2.การทำช็อกไฟฟ้า
- 3.การรักษาด้วยยากล่อมประสาท
- 4.รักษาตามอาการ
- 5.อาชีพบำบัด
- 6.สันตนาการบำบัด
- 7.ดนตรีบำบัด
- 8.การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

1.การทำจิตบำบัด คือการทำให้ผู้ป่วยสบายใจด้วยการพูดถึงปัญหาของผู้ป่วยโดยการสร้างความสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา

2.การทำช็อกไฟฟ้า จุดประสงค์หลักของการทำบำบัดแบบนี้เพื่อแก้ไขความสับสนของความคิดที่เกิดขึ้นในสมองของผู้ป่วยโดยกระแสไฟฟ้าจะทำหน้าที่ตัดวงจรของความคิดอันววนให้ขาดจากกัน และสมองสามารถปรับตัวเองได้ทันในที่สุด การบำบัดแบบนี้ปลอดภัยกว่าการรักษาด้วยยา

3.รักษาด้วยยากล่อมประสาทและยาบำรุงรักษาประสาทต่างๆ ซึ่งในขณะนี้มียาอยู่หลายชนิดที่ได้ผลดี

4.รักษาตามอาการ คือบำรุงรักษาร่างกายให้สมบูรณ์ เพราะร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ได้ โรคจิตที่เกิดจากการที่ขาดวิตามินก็มี เช่น พวกคิดเหวี่ยง ต้องให้วิตามินและบำรุงร่างกาย

5.อาชีพบำบัด คือการรักษาแบบให้ผู้ป่วยทำงานแล้วแต่ความพอใจของคนไข้ โดยเริ่มจากการหาความถนัดของคนไข้แล้วจัดงานให้ ถ้าให้งานที่คนไข้ไม่พอใจก็เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์ต่างๆ แทนที่จะได้ผลดีก็จะกลายเป็นผลเสีย

6.สันตนาการบำบัดและการฟื้นฟูบุคลิกภาพ คือการหย่อนใจ การกีฬา ศิลปะ และการรื่นเริงต่างๆ ซึ่งนอกจากจะให้ประโยชน์ในทางระบายอารมณ์และช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพของผู้ป่วยแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมักเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วย อันเป็นการกรุยทางให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม และชุมชน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

7.ดนตรีบำบัด คือการใช้ดนตรีมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านการรักษา การค้นคว้าในด้านนี้ ได้เริ่มมาเป็นเวลานานตั้งแต่สมัยกรีกและโรมัน ผลของดนตรีซึ่งนำมาใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หรือเพิ่มความหมกมุ่น หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวุ่นวายมากยิ่งขึ้นอีก สิ่งที่จะต้องทำคือบำบัดอาการที่ไม่เป็นที่พึงประสงค์ต่างๆ ออกจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การกระตุ้นให้เกิดหรือช่วยลดความรุนแรงของอาการลง การบำบัดต้องคำนึงถึงวิธีการตลอดจนลักษณะเฉพาะ (Character) ของประเภทดนตรีที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละโรค แต่ละอาการ

8.การรักษาด้วยการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยพวกประสาทพิการ หรือการพิการทางสมอง การรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกัน ซึ่งได้แก่ การให้การศึกษาสุขภาพจิตแก่ประชาชนนั่นเอง เพื่อให้ประชาชนเข้าใจความสำคัญของสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเขา



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์

การรักษาตามแนวคิดของซิกมันด์ ฟรอยด์ จะเริ่มต้นค้นหาสิ่งที่บุคคลเก็บกดไว้เป็นเวลานานของความทรงจำ ค้นหาความขัดแย้งที่มีอยู่ใต้จิตสำนึก ความต้องการซึ่งฟรอยด์เชื่อว่าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะมีพื้นฐานมาจากความผิดปกติของความต้องการทางเพศ (Psychosexual) และผลก็คือทำให้บุคคลต้องเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น การที่ฟรอยด์จะรู้สาเหตุต่างๆ ได้ ฟรอยด์ต้องหาวิธีการทำให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องในอดีตให้ฟัง คนไข้ที่จะใช้จิตวิเคราะห์บำบัดจะเป็นพวกโรคประสาทหรือพวกที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ พวกที่มีความผิดปกติทางร่างกายเนื่องมาจากจิตใจ

หลักการของจิตวิเคราะห์บำบัด มีอยู่ 4 วิธี

1. วิธีอิสระสัมพันธ์ (Free Association)
2. วิธีการแปลความหมายของความฝัน (Dream Interpretation)
3. วิธีการกั้นตนจากความเป็นจริง (Analysis of Resistance)
4. วิธีสับเปลี่ยนภาวะ (Analysis of Transference)

1. จิตบำบัดด้วยวิธีอิสระสัมพันธ์

กรรมวิธีของการบำบัดด้วยวิธีอิสระสัมพันธ์นี้ ผู้บำบัดจะปล่อยให้คนไข้นั่งบนหรืออนบนเก้าอี้อย่างสบาย โดยให้คนไข้มีความรู้สึกอิสระเมื่อคนไข้มีความสบายใจรู้สึกอิสระแล้ว ผู้บำบัดจะให้คนไข้พูดทุกสิ่งที่คุณไข้ต้องการพูด ไม่ว่าเรื่องที่คุณไข้พูดจะเป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องความไม่สบายใจ ผู้บำบัดจะไม่ขัดจังหวะหรือซักถามคนไข้ แต่จะทำหน้าที่อยู่เบื้องหลังคนไข้ การให้คนไข้เล่าเรื่องต่างๆ ควรจะทำครั้งละประมาณ 40-50 นาที อาจจะมากหรือน้อยแล้วแต่คนไข้จะสามารถเล่าด้วยความสบายใจ อาทิตย์หนึ่งกระทำเพียง 3-4 ครั้ง จะใช้เวลาเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับอาการของคนไข้ ดังนั้น งานที่สำคัญของผู้บำบัดพยายามหาส่วนที่อยู่ภายใต้จิตไร้สำนึก จากนั้นชี้ให้คนไข้เข้าใจและมองเห็นความต้องการหรือข้อขัดแย้งที่มีอยู่

2. จิตบำบัดด้วยวิธีการแปลความหมายของความฝัน

ฟรอยด์มีความเชื่อว่าการที่จะเข้าใจถึงจิตไร้สำนึกก็ด้วยการสามารถแปลความหมายของความฝันของคนในขณะที่กำลังหลับ สิ่งใดก็ตามที่บุคคลปรารถนาแต่มีอุปสรรคขัดขวางสิ่งนั้นก็จะถูกเก็บกดไว้แล้วจะปรากฏในรูปของความฝัน ดังนั้น ผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงลักษณะสัญลักษณ์ที่คนไข้แสดงออกมาในรูปความฝัน มิฉะนั้นแล้วผู้บำบัดไม่อาจแปลความหมายของความฝันได้ สารระของความฝันนั้นมี 2 อย่าง คือ ฝันถึงสิ่งที่ต้องการหรือปรารถนาอย่างแท้จริง และฝันถึงสิ่งที่ต้องการแต่ไม่สามารถแสดงออกได้โดยตรง

3. จิตบำบัดด้วยวิธีการกันตนจากความเป็นจริง

กรรมวิธีนี้ผู้บำบัดจะให้คนไข้เล่าถึงสิ่งที่เข้าประสบและจำได้ หรือเล่าเรื่องที่ฝันขณะที่คนไข้กำลังเล่าอยู่นั้นเขาอาจเกิดอารมณ์ไม่พอใจ เขาอาจหยุดพูดทันทีแล้วเปลี่ยนเรื่องเล่าใหม่ หรืออาจจะพูดในทางตรงกันข้ามกับสิ่งที่ได้เล่าไปแล้วก็ได้ ผู้บำบัดจะต้องเข้าใจว่าการหยุดพูดแล้วเปลี่ยนเรื่อง อาจจะมีคามจำเป็นสำหรับคนไข้ที่จะใช้ในการป้องกันตนเองออกจากความเป็นจริงที่กำลังเผชิญอยู่ก็ได้

4. จิตบำบัดด้วยวิธีสับเปลี่ยนภาวะ

กรรมวิธีนี้ผู้บำบัดและคนไข้จะมีปฏิกริยาตอบโต้กันทางด้านอารมณ์ คนไข้อาจจะแสดงถึงการเกลียดผู้บำบัดเพราะผู้บำบัดมีลักษณะรูปร่างหน้าตาและนิสัยใจคอเหมือนกัน หรือคล้ายกับบิดาของคนไข้ คนไข้อาจจะไม่ยอมรับหรือยอมรับผู้บำบัดเพราะคนไข้รักและเคารพบิดาซึ่งมีหน้าตาคล้ายผู้บำบัด จะเห็นได้ว่าความรู้สึกทางอารมณ์ของคนไข้จะมีความสัมพันธ์ต่อผู้บำบัดหรือต่อชีวิตเมื่อครั้งเป็นเด็ก การที่คนไข้มีความรู้สึกรักหรือเกลียดผู้บำบัด โดยนำเอาความรู้สึกของบุคคลที่คนไข้รักหรือเกลียดมาสัมพันธ์นี้ คือ อาการสับเปลี่ยนภาวะ เรื่องดังกล่าวจะต้องเข้าใจถึงความต้องการและความขัดแย้งของคนไข้ หากผู้บำบัดมาเข้าใจตนเองแล้วการใช้วิธีนี้ก็ไม่บังเกิดผลเท่าที่ควร

แบบจำลองการรักษาทางกิจกรรมบำบัด

(Model of Occupational Therapy)

แบบจำลอง (Model) คือ ทฤษฎี หรือ ตัวแทนของทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์จริงอย่างง่าย ๆ

แบบจำลองของการรักษาทางกิจกรรมบำบัดก็คือ ทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการรักษาทางกิจกรรมบำบัด

กิจกรรมบำบัดในระยะแรกเริ่ม ยังไม่มีทฤษฎีปฏิบัติหรือรูปแบบที่แน่นอนเป็นของตนเอง ยังคงอาศัยทฤษฎีหรือรูปแบบในวิชาการอื่นๆ เช่น รูปแบบทางการแพทย์ (Medical model) รูปแบบทางด้านสุขภาพ (Health model) จากนั้นได้มีการพัฒนารูปแบบเป็นของตนเองเรื่อยมา จนกระทั่งปี พ.ศ. 2513 จึงได้เริ่มพัฒนารูปแบบที่แน่นอนขึ้นโดย Ann Morsey ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของคนเราว่า “จะต้องประกอบด้วยส่วนผสมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม”

ดังนั้น ในการรักษาในแนวทฤษฎีของ Morsey จึงมุ่งเน้นความสำคัญขององค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมไปพร้อมๆกัน



BIO-PSYCHO-SOCIAL MODEL BY ANN MORSEY

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตนั้น คือ การพยายามที่จะให้ผู้ป่วย กลับคืนสู่สภาพความเป็นอยู่เดิมกับสภาพครอบครัว เพื่อน และสภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ประเภทของกิจกรรมบำบัดต่างๆที่จะจัดให้มันั้นจำเป็นที่จะต้องมีความหลากหลาย ไม่ควรมี การจำกัดในการเกิดกิจกรรมนั้นมาก เนื่องจากความสามารถและระดับความรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จะเป็นข้อจำกัดมากกว่าการใช้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ร่วมกิจกรรม สิ่งที่ควรจัดให้ มี คือ

- ห้องสำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม สำหรับ 10-12 คน
- ห้องสำหรับจิตแพทย์ และเจ้าหน้าที่ สามารถทำงานได้และพูดคุยปรึกษากับทีมจิตเวชและผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ป่วย สำหรับ 3-4 คน
- พื้นที่ขนาดใหญ่สำหรับกำจัดกลุ่มสังสรรค์

กิจกรรมที่จัดให้มีในโครงการ

6.00 น.	ตื่นนอน อาบน้ำ ทำกิจวัตรส่วนตัว
7.00 น.	ทานอาหารเช้า ทานยา
8.30 น.	กายบริหาร ตรวจสอบสุขภาพ
9.00 น.	พักผ่อนส่วนตัว
9.30 น.	อาชีวบำบัด
11.00 น.	ทานอาหาร ทานยา
12.30 น.	พักผ่อน ญาติเยี่ยม
13.30 น.	อาชีวบำบัด
14.30 น.	กิจกรรมบำบัด
17.00 น.	พักผ่อน ทานอาหาร ทานยา อาบน้ำ เข้านอน

หมายเหตุ ทุกๆ 3 เดือน จะมีการทัศนศึกษานอกสถานที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ และประสบการณ์ชีวิตเพิ่มมากขึ้นสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมทั้งไป ได้เร็วขึ้นและได้รับความสนุกสนาน เพลิดเพลินในเวลาว่าง

การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยกิจกรรมบำบัด

คงได้กล่าวมาตั้งแต่ต้นว่าจุดมุ่งหมายที่สำคัญของกิจกรรมบำบัดจิตเวช คือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเพลิดเพลินรู้สึกผ่อนคลาย มีความภูมิใจและนับถือตนเองให้สามารถมีทักษะพื้นฐานในการทำงานรวมถึงความสามารถที่จะมีชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข โดยตั้งอยู่ในหลัก 4 ประการดังนี้ คือ

1. สนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Meeting Basic Need)

เป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นประการแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับความต้องการขั้นพื้นฐานก่อน เช่น การได้ระบายแรงรับแรงขับเคลื่อนทางเพศออกมาในรูปแบบของการเล่นเกมต่างๆ หรือการได้เข้ากลุ่มเพื่อสร้างความคุ้นเคย ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เป็นต้น

2. ป้องกันการเสื่อมถอย (Prevention)

เป็นการรักษามุ่งกระตุ้นส่วนที่ขาดหายไป และส่งเสริมส่วนที่เหลืออยู่เอาไว้ เช่น ผู้ป่วยบางคนทำงานในสำนักงานในตำแหน่งพิมพ์ดีด แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทำให้ขาดสมาธิไม่สามารถทำงานได้ การกระตุ้นส่วนที่ขาดหายไปคือ ฝึกให้มีสมาธิและความตั้งใจในการทำงานมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ป้องกันไม่ให้ทักษะการพิมพ์ดีดที่มีอยู่เดิมลดลงไป ควรจะให้ผู้ป่วยได้พิมพ์ดีดในสถานพยาบาลต่อไปด้วย เป็นต้น

3. พัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น (Development)

เป็นการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งในแง่ของสมรรถภาพทางด้านจิตใจ สมรรถภาพทางสังคม สมรรถภาพในการดำรงชีพ

ข้อแตกต่างระหว่างการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานกับการพัฒนาให้ดีขึ้น คือ การพัฒนาให้ดีขึ้นจะมุ่งให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเพื่อการใช้ชีวิตในชุมชนจริงๆ ในขณะที่สนองความต้องการขั้นพื้นฐานมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์เฉพาะหน้าเท่านั้น

4. การคงสภาพที่เหลือไว้ (Maintenance)

บ่อยครั้งในการรักษามุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาพทรุดลงไปกว่าเดิม หรือมีชีวิตไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นมากเกินไปเท่านั้น เช่น การฝึกผู้ป่วยจิตเวชชนิดเรื้อรังให้รู้จักรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว และขับถ่ายได้เอง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความสามารถอยู่ระดับหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถเรียนรู้พัฒนาการเปลี่ยนแปลงได้มากนัก

เครื่องมือของการรักษาทางกิจกรรมบำบัด

จากความหมายของกิจกรรมบำบัดว่า เป็นศาสตร์แห่งศิลป์ในการประยุกต์และดัดแปลงกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันให้เป็นสื่อในการรักษา

กิจกรรมต่างๆในที่นี้ได้แก่ การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การเล่น ตลอดจนสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคนเราในสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวเรานั้นเอง

เพื่อความเด่นชัดในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด คือ

1. การใช้ผู้รักษาเป็นเครื่องมือในการรักษา (Therapeutic use of self)
2. การใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือในการรักษา (Activity group)
3. การใช้กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Purposeful activity)
4. การใช้สิ่งแวดล้อมที่ไม่ใช่มนุษย์เป็นเครื่องมือในการรักษา (Nonhuman environment)

สามารถอธิบายให้รายละเอียดตามต่อไปนี้

1. การใช้ผู้รักษาเป็นเครื่องมือในการรักษา (Therapeutic use of self)

ผู้บำบัดนับว่าเป็นเครื่องมือที่มีผลต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมในแง่การกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุน และสะท้อนกลับพฤติกรรมต่างๆให้รู้จักตนเอง ตลอดจน เป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้ป่วยได้ลอกเลียนแบบด้วย

ดังนั้น ผู้บำบัดที่ดีจำเป็นต้องพัฒนาตนเอง และยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น เปิดใจยอมรับและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ทุกสถานการณ์ เช่น บางครั้งผู้บำบัดอาจมีบทบาทเป็นเหมือนพ่อ แม่ ครู หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานและบทบาทผู้รักษา

2. การใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือในการรักษา (Activity group)

กลุ่มเป็นสื่อที่สำคัญอีกชนิดหนึ่งในงานกิจกรรมบำบัด ที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาประสบการณ์ ตลอดจนความสามารถที่คล้ายคลึงกันมาทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อ

- ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้แตกต่างไปจากผู้อื่น
- ทำให้เกิดความหวัง ความภาคภูมิใจ
- ทำให้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองมากขึ้น
- ทำให้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น
- ได้เรียนรู้การปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นอันเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิตในสังคมต่อไป

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กลุ่มที่ใช้ในงานทางกิจกรรมบำบัดแบ่งเป็น 5 ชนิด ดังนี้

1. กลุ่มประเมินความสามารถ (Evaluation group)

เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยในด้านทักษะการทำงาน การเข้าสังคม และสภาพจิตใจ

2. กลุ่มสำรวจตนเอง (Task-oriented group)

เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยได้รู้และแสดงความต้องการของตนเองต่อกลุ่ม ตลอดจนการยอมรับความคิดเห็นของกลุ่มได้โดยผ่านกิจกรรมที่สร้างสรรค์

3. กลุ่มพัฒนาสัมพันธภาพ (Development group)

กลุ่มประเภทนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นสำคัญ โดยแบ่งระดับการพัฒนาสัมพันธภาพของผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับแรก สามารถอยู่ในกลุ่มได้โดยไม่รบกวนกลุ่ม แต่ยังมีอาการสับสน เจ็บแสบ ไม่สนใจการเข้าร่วมกลุ่ม กลุ่มที่ใช้ในผู้ป่วยประเภทนี้เรียกว่า PARALLELED GROUP

ระดับที่สอง สามารถทำกิจกรรมของตนเองภายในกลุ่มได้แต่ยังมีความอึดอัด ขัดใจในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น กลุ่มที่ใช้กับผู้ป่วยระดับนี้เรียกว่า กลุ่มผลงาน (PROJECT GROUP)

ระดับที่สาม สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้บ้างแต่ยังไม่สามารถรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและ/หรือตั้งเป้าหมายในการทำกิจกรรมได้ กลุ่มที่ใช้เรียกว่า กลุ่มช่วยกันคิด ช่วยกันทำ (Egocentric cooperative group)

ระดับที่สี่ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้แต่ยังไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทั้งทางบวกและทางลบให้ผู้อื่นได้รับรู้ได้ กลุ่มที่ใช้เรียกว่า กลุ่มรวมใจ

ระดับที่ห้า สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้แต่ยังมีปัญหาในการวางตัวในสังคม กลุ่มที่ใช้ในผู้ป่วยระดับสุดท้ายนี้คือ กลุ่มวุฒิภาวะ (Mature group)

4. กลุ่มสอนทักษะและความรู้ใหม่

เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้สิ่งที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน โดยเน้นในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น กลุ่มทำอาหารสำหรับแม่บ้านหรือผู้ที่สนใจ กลุ่มทักษะในงานอาชีพสำหรับผู้ป่วยที่ต้องกลับไปทำงานเดิมหรือทำงานใหม่ หรือกลุ่มสอนทักษะในการแต่งกาย เป็นต้น

5. กลุ่มอภิปราย (Topical group)

อาจจะคล้ายคลึงกับกลุ่มสอนทักษะความรู้ใหม่ แต่กลุ่มอภิปรายเป็นสถานการณ์จริงๆ ไม่ใช่สถานการณ์จำลองแบบกลุ่มทักษะและสอนความรู้ใหม่

3. กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Purposeful activity)

กิจกรรมเป็นสื่อหลักที่นักกิจกรรมบำบัดใช้เป็นเครื่องมือในการรักษาทางกิจกรรมบำบัด โดยเน้นคุณค่าในตัวเอง ดังนี้

- 3.1 ช่วยในการวินิจฉัยโรค
- 3.2 ช่วยลดแรงขับทางเพศ
- 3.3 ช่วยดึงผู้ป่วยให้รับรู้สิ่งแวดล้อมและสภาพที่เป็นจริง (Reality orientation)
- 3.4 เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งในแบบใช้คำพูดและแบบไม่ใช้คำพูด
- 3.5 เป็นสื่อในการเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน การดำรงชีพเพื่อเตรียมตัว

กลับสู่ชุมชน

ชนิดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กิจกรรมประจำวัน ได้แก่

- สุขอนามัยส่วนตัว
- การติดต่อสื่อสาร

2. งานยามว่าง ได้แก่

- งานบ้าน
- งานอาชีพ

3. นันทนาการ ได้แก่

- การเล่นเกม
- กีฬา
- ทักษะศึกษา

ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

1. มีลักษณะเรียบง่ายไม่ซับซ้อน
2. เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจและคุ้นเคยมาก่อน
3. ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีในบ้าน มีอยู่โดยธรรมชาติ
4. อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถที่จะทำได้สำเร็จ
5. สามารถดัดแปลง ชีตหุ่นได้ตามสภาพของผู้ป่วย
6. เป็นกิจกรรมที่วิเคราะห์แล้วว่า เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

4. การใช้สิ่งแวดล้อมที่ไม่ใช่มนุษย์เป็นเครื่องมือในการรักษา (Nonhuman environment)

สิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ กาลเทศะ จังหวะ และบรรยากาศ อันเหมาะสมต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และความเชื่อของคนแต่ละท้องถิ่น เช่น

การจัดตั้งสถานที่ควรเป็นสถานที่ที่สงบไม่มีเสียงรบกวน ห้องไม่กว้างหรือแคบจนเกินไป มีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงหน้าหนาวอาจจัดในที่ที่แสงเข้าถึงหรือบางครั้งอาจติดผ้าม่าน เพื่อความสบายตา

ในส่วนของอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น บางกิจกรรมอาจจะต้องใช้โต๊ะ เก้าอี้ และกระดานดำ เช่น การเขียนรูป การเขียนหนังสือ บางกิจกรรมอาจจะต้องใช้สื่อ เช่น การทำงานฝีมือ และการปรุงอาหารของสตรี บางกิจกรรมอาจจะไม่ต้องใช้อะไรเลย เช่น การวิ่งออกกำลังกาย

ในแง่ของวัสดุต่างๆ ก็มีผลต่อผู้ป่วยแต่ละประเภทเช่นกัน เช่น ผู้ป่วยบางประเภทที่ต้องเลือกสีสดใส บางประเภทอาจใช้สีในโทนเรียบๆ เย็นๆ หรือผู้ป่วยบางประเภทชอบนั่งเพื่อฝัน จึงควรใช้วัสดุที่มีรูปร่างที่แน่นอนและสัมผัสได้ เป็นต้น

นอกจากนั้น การรู้จักกิจกรรมต่างๆ ให้ตรงกับเทศกาล ก็ทำให้เกิดผลสำเร็จเป็นอย่างดี เช่น การทำ ส.ค.ส ในช่วงปีใหม่ การทำกระทงในเทศกาลวันลอยกระทง เป็นต้น

กิจกรรมบำบัด

คือ กิจกรรมที่เป็น พื้นฐานการดำรงชีวิตที่เกิดขึ้นเพื่อการปรับสภาพและ การฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยทางจิต

กิจกรรมที่จัดให้มีในโครงการ

- **ศิลปะบำบัด (Art therapy)**

ดนตรีและศิลปะที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับสภาพและฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยหรืออาการ ที่เขาประสบอยู่ พยายามกระตุ้นให้เห็นความสบายรอบๆตัว และกระตุ้นให้รู้ดีว่าชีวิตมีคุณค่า พอที่จะดำรงต่อไป

ลักษณะกลุ่ม จัดให้มีการสร้างสรรค์ศิลปะตามถนัด ได้แก่ การวาดรูป การปั้นตาม ความถนัดของผู้ป่วยแต่ละคน ให้มีผู้ช่วยครั้งละ 24 คน มีเจ้าหน้าที่ควบคุมและดูแล

จุดประสงค์ เป็นการให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความนึกคิด และการแสดงออก เพื่อเป็นการผ่อนคลายและทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง โดยมีการกระตุ้นและการใช้สิ่งเร้าเป็นสื่อ

- **ดนตรีบำบัด (Music therapy)**

ดนตรีสมัยใหม่ในแต่ละรูปแบบสามารถช่วยในการผ่อนคลายเป็นการพักผ่อน เพราะว่าดนตรีมาจากพื้นฐานของจังหวะการเคลื่อนไหวของร่างกายตามธรรมชาติ

ลักษณะกลุ่ม จัดให้มีการเล่นดนตรีประกอบเป็นวง มีนักร้องและประกอบกิจกรรม เข้าจังหวะ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยควบคุมและฝึกสอน

จุดประสงค์ เป็นการพักผ่อนให้เกิดการผ่อนคลาย รู้จักกล้าแสดงออก มีการรวมกลุ่ม กิจกรรม การประสานงานเป็นหมู่คณะ

- **เกมและกีฬา(Sport and game)**

เกม กีฬาเป็นการใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายออกกำลังกายเพื่อพักผ่อน ความสนุกสนาน โดยอาศัยพื้นที่กลางแจ้ง เช่น สนามบาส และพื้นที่ที่เป็นสนาม เช่น สนามฟุตบอล

จุดประสงค์ เพื่อการพักผ่อนออกกำลังกาย เป็นการระบายอารมณ์และความกดดันต่างๆ ออกมาทางการใช้กำลังและการเคลื่อนไหวของร่างกาย

- **จิตบำบัดกลุ่ม (Group therapy)**

เป็นการรักษาที่ประกอบด้วยผู้ป่วยหลากหลายคนและผู้รักษาซึ่งมาร่วมนพบปะ พูดคุยและถกเถียงกันถึงปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยในกลุ่มนั้น สมาชิกในกลุ่มควรมี ประมาณ 5-9 คน และพบปะกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง

จุดประสงค์ เพื่อลดอาการป่วย โดยให้ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อการแนะแนววิธีการเรียนรู้ สถานการณ์ การสร้างกำลังใจ การสมาคมกับผู้อื่น การระบายออก การเข้าใจการขัดแย้งภายในจิตใจ และการรู้จักบุคลิกภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับตัวเข้าในสิ่งแวดล้อมใหม่

ส่วนประกอบของกลุ่ม

1. ผู้ป่วยควรจำกัดอยู่ระหว่าง 4-9 คน
2. ชนิดของผู้ป่วยมีต่าง ๆ กัน ที่เหมาะสมที่สุดในการทำกลุ่มคือ พวกที่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม
3. อาจจะเป็นเพศเดียวกัน หรือรวมกันทั้ง 2 เพศก็ได้
4. อายุ ผู้ใหญ่อยู่ในช่วง 21-45 ปี วัยรุ่นอยู่ในช่วง 12-14 ปี และ 16-18 ปี
5. โรคต่างกัน ไม่จำเป็นต้องแยกกลุ่ม กลุ่มควรมีโรคต่าง ๆ กัน หรือมีโรคคล้าย ๆ กัน ร่วมกัน

เวลาและสถานที่ในการทำบำบัดกลุ่ม

เวลาที่เหมาะสมที่สุดในการทำบำบัด คือ ในช่วงเช้า สำหรับกลุ่มใหญ่ คือ ในช่วงบ่าย อย่างไรก็ตามควรนัดวันเวลากับผู้ป่วยให้แน่นอนสำหรับแต่ละกลุ่ม เพื่อป้องกันการสับสนของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ทำจิตบำบัดนั้นแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

สถานที่ควรเป็นสถานที่ที่เงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน

● ละครจิตบำบัด

ในยุคจิตบำบัดละครกลุ่มได้มีการค้นคว้าการรักษาโรคทางจิตโดยวิธีจิตบำบัดนี้ในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น Analytic therapy, Activity group therapy เป็นต้น ในปี ค.ศ. 1912 Dr. J.L. Moreno ได้นำเอาละครจิตบำบัดมาใช้ เพราะเชื่อว่าละครเป็นเครื่องช่วยระบายอารมณ์ให้แก่ผู้แสดง และช่วยให้ทั้งผู้แสดงและผู้ชมเกิดความเข้าใจในตนเอง และเข้าใจพฤติกรรมของผู้อื่น

หลักของละครจิตบำบัด

1. ให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง (Insight)
2. ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์
3. ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง

ผู้ที่ร่วมแสดงละครจิตบำบัดเป็นประจำ คือ ผู้รักษา ผู้ร่วมรักษา ตัวเอก และกลุ่มร่วมแสดง ผู้ชม และผู้กำกับการแสดง โดยผู้กำกับการแสดงจะพิจารณาผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและผลต่อชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วย จากนั้นผู้กำกับการแสดงจะสร้างบทละครให้ผู้ป่วยแสดงร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น หลังจากการแสดงจบมีการแสดงความรู้สึกของผู้แสดง ไม่มีการวิเคราะห์วิจารณ์หรือแนะนำ ผู้ป่วยจะนำความรู้สึกที่ได้รับ ไปใช้ในชีวิตจริง

งานอาชีพบำบัด

การประกอบอาชีพการทำงานเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งในการรักษาบำบัดและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยเพื่อกลับคืนสภาพปกติจำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมต่างๆประกอบกัน การฝึกอาชีพในโครงการ มีลักษณะดังนี้

1. งานฝีมือ-งานประดิษฐ์

ประกอบด้วยการประดิษฐ์เครื่องจักสานที่ทำจากกระดาษเป็นเครื่องใช้ ภาชนะและกลุ่มประดิษฐ์เย็บปักถักร้อย อุปกรณ์เครื่องใช้

ลักษณะกลุ่ม เป็นกลุ่มงานฝีมือทั้ง 2 ประเภท จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มๆละ 12 คน แยกห้องทำกิจกรรม แต่ละห้องจะมีเจ้าหน้าที่ทำการดูแลและการฝึกและควบคุม

วัตถุประสงค์ เป็นการฝึกอาชีพ ฝึกสมาธิ ความสนใจ การจัดลำดับความคิด ในแต่ละขั้นตอนการทำงาน

2. งานทอเสื่อ

เป็นงานทอเสื่อซึ่งมีการใช้อุปกรณ์ประกอบ ต้องอาศัยเครื่องทอเสื่อเข้าช่วย

ลักษณะกลุ่ม เป็นกลุ่มที่ทำงานกลุ่มละ 3 คนต่อการทอ 1 ผืน จำนวน 8 กลุ่ม 24 คน แบ่งเป็น 2 ห้องๆละ 12 คน แต่ละห้องจะมีเจ้าหน้าที่ทำการดูแลการฝึกสอนและควบคุม

จุดประสงค์ เป็นการฝึกการทำงานร่วมกันในกลุ่มทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งมีการทำงานร่วมกัน แบ่งหน้าที่และความสำคัญในแต่ละขั้นตอนการทำงานเพื่อความสำเร็จของงานที่ออกมา

3. งานเย็บผ้า

เป็นงานเย็บผ้า และเครื่องใช้ในโครงการ

ลักษณะกลุ่ม เป็นการทำงานเดี่ยวจัดเป็น 2 ห้องๆละ 12 คน แต่ละห้องจะมีเจ้าหน้าที่ทำการดูแลและควบคุมการฝึกสอน จัดให้มีเฉพาะผู้ป่วยหญิง

จุดประสงค์ เป็นการฝึกอาชีพและฝึกสมาธิในการทำงานแต่ละขั้นตอนซึ่งจะต้องมีความตั้งใจและเอาใจใส่ รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกับงานที่ทำแล้วนำมาใช้เป็นการปรับการรับรู้ด้วยตนเอง

4. งานช่างไม้

เป็นการทำอุปกรณ์เครื่องเรือนที่ทำจากไม้ เป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการและจำหน่ายเพื่อเป็นรายได้

ลักษณะกลุ่ม มีทั้งการทำงานเดี่ยวและกลุ่ม แล้วแต่ชนิดของงาน จัดเฉพาะให้มีแต่ผู้ป่วยชาย จำนวน 24 คน มีเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลและฝึกสอน

จุดประสงค์ เป็นการฝึกอาชีพฝึกสมาธิการทำงาน การประสานร่วมกันเป็นทีม และทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกับงานที่ทำแล้วนำมาใช้เป็นการปรับการรับรู้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5. งานเกษตร

เป็นการฝึกอาชีพปลูกผักสวนครัว จัดสวน ปลูกดอกไม้ ไม้พุ่ม ไม้ยืนต้น

ลักษณะกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มประเภทพืชผักสวนครัวและปลูกดอกไม้ประดับ ไม้พุ่ม ไม้ยืนต้น กลุ่มละ 12 คน จะ ได้มีการสัมผัสกับธรรมชาติ ใช้สภาพแวดล้อมภายนอกเป็นส่วนบำบัด



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ข้อมูลประกอบการออกแบบ

การระบายอากาศและแสงสีภายในอาคาร

การระบายอากาศ

นโยบายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและอารมณ์อย่างหนึ่ง คือ พยายามสร้างบรรยากาศของโรงพยาบาลให้คล้ายคลึงบ้านมากที่สุด ดังนั้น โดยทั่วไปของอาคารจะไม่ติดเครื่องปรับอากาศยกเว้นบางส่วน เช่น ห้องพักคนไข้พิเศษ, ห้องสมุด การระบายอากาศของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปต้องการการระบายอากาศตามธรรมชาติ (NATURAL VENTILATION) การออกแบบจึงต้องให้

1. เป็นอาคารเปิด โล่ง กว้างขวาง มีหลังคาคลุมกันแดด

2. ลมผ่านได้ตลอด (THROUGH VENTILATION) คือ มีทางเข้าและทางออกของลมโดยตรง

3. ลมผ่านได้ทั่วทั้งบริเวณใช้งาน นอกจากจะให้ม้ทางเข้าทางออกของลมแล้วจะต้องพิจารณาระดับสูงต่ำของช่องลมเข้าออก เพื่อให้ลมกระจายทั่วห้องด้วย เช่น ลมที่พัดผ่านระดับต่ำ (พอดีตัว) ย่อมให้ความสบายมากกว่าลมที่พัดผ่านในระดับสูง

4. ห้องต่างๆ ควรใช้ระบบทางเดินเดี่ยว (SINGLE CORRIDER) ให้ลมสามารถระบายออกได้โดยสะดวกและต้องป้องกันความร้อน โดยยื่นชายคาให้ยาวพอ

แสงสว่าง

ในเวลากลางวัน แสงธรรมชาติเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการรักษาเพื่อให้คนไข้ได้ตื่นตัวตลอดเวลา และสัมผัสกับแสงธรรมชาติที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลเท่ากับการบอกให้รู้ถึงเวลาที่ผ่านไป ดังนั้น การนำแสงธรรมชาติเข้ามาใช้ในอาคารจึงเป็นสิ่งจำเป็น แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึง VARIETY และ CONTRAST ของแสงให้มีขนาดแน่นอนด้วย

สีในโรงพยาบาลจิตเวช

และท่านยังได้กล่าวไว้อีกด้วยว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการชอบสีกับบุคลิกภาพของคนเป็นสิ่งที่น่าศึกษาอย่างยิ่ง การตอบสนองต่อรูปร่าง (form) ของสิ่งใดมักจะเป็นในด้านสมองและขณะเดียวกัน การตอบสนองของสีของสิ่งนั้นมักจะเป็นไปในด้านอารมณ์ เช่น เด็กเล็กๆมีความรู้สึกต่อ “สี” ได้ดี และรวดเร็วกว่า “รูปร่าง”

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ในบรรดาสีสิ่งแวดล้อมรอบตัวเราจะเป็นวัตถุหรือการกระทำก็ตามล้วนแต่เป็น “สิ่งเร้า” (Stimulation) ซึ่งเร้า (Stimulate) ร่างกายของเราให้แสดงการตอบสนองออกไป ขบวนการของสิ่งเร้านี้จึงมีอิทธิพลต่อระบบประสาทของมนุษย์มากและสามารถเปลี่ยนอารมณ์ (Mood) นิสัยใจคอ (Temperament) และพฤติกรรม (Behavior) ได้

สีจัดเป็นสิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus) อย่างหนึ่งที่มนุษย์สามารถรับได้ทางจักษุสัมผัส และก่อให้เกิดความรู้สึกต่างๆ เช่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย สดชื่น เศร้าหมอง เฉื่อยชา เป็นต้น เราทุกคนคงประสบมาแล้วว่าหลังจากที่ได้กรำแดดจ้าและเดินเข้าไปในห้องที่ทาสีฟ้าอ่อนหรือสีเขียวอ่อนจะรู้สึกหายใจสบายและสดชื่นขึ้น หรือเมื่ออากาศเย็นจัดในฤดูหนาว เราเข้าไปนั่งในห้องที่ทาสีปูนแห้งจะรู้สึกอบอุ่นและไม่ค่อยหนาวสั่น ที่เรามีความรู้สึกเช่นนี้ก็เพราะว่า สีเป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อระบบประสาท ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น หากว่าสีที่ฝาผนังนั้นมีผลต่อการเพิ่มหรือลดอุณหภูมิในห้องไม่

ในแง่ของจิตวิทยาที่กล่าวถึงการรับรู้ของจักษุประสาทที่มีต่อสีหรือ Visual perception of color ได้กำหนดสีปฐมภูมิขึ้น 4 สี คือ

-แดง (RED)

-น้ำเงิน (BLUE)

-เขียว (GREEN)

-เหลือง (YELLOW)

และสีทุติยภูมิอีก 4 สี คือ

-ม่วง (PURPLE)

-เขียวทางนกงู (BLUE-GREEN)

-เขียวตองอ่อน (YELLOW-GREEN)

-ส้ม (ORANGE)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สีอบอุ่น (Warm Color) เป็นสีที่มีช่วงคลื่นยาว (Long-Wave Length Colors) คือ สีแดงและสีเหลือง และสีเชิงประกอบที่มีสีแดงหรือสีเหลืองอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองมีส่วนผสมอยู่มากกว่า สีอบอุ่นเมื่อจ้องมองจะรู้สึกเหมือนว่าเคลื่อนใกล้เข้ามาหา

สีเย็น (Cool Colors) เป็นสีที่มีช่วงคลื่นสั้น (Short-length Colors) คือ สีเขียวหรือสีน้ำเงินและสีเชิงประกอบที่มีสีเขียวหรือสีน้ำเงินอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองมีส่วนผสมอยู่มากกว่า สีเย็นเมื่อจ้องดูจะรู้สึกเหมือนว่าเคลื่อนถอยห่างออกไป

การพิจารณาให้สีแก่โรงพยาบาลจิตเวช

จะต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

1. VALUE (Brilliance) คือ Brightness เป็นคุณสมบัติของสีที่เกี่ยวข้องกับความสว่างและความมืด มุนเชล ได้ทำ Value Scale ของสีไว้ดังนี้

	แทนด้วยสัญลักษณ์
ขาว (White)	9
สว่างมาก (High-light)	8
สว่างน้อย (Low-Light)	6
ปานกลาง (Middle)	5
มืดน้อย (Low Dark)	4
มืด (Dark)	3
มืดมาก (High Dark)	2
ดำ (Black)	1

สีขาวเป็นสีที่มี Value สูงสุด สีดำเป็นสีที่มี Value ต่ำที่สุด สีอุ่นที่อยู่ใน Scale อ่อน คือ Straw, Peach มีคุณลักษณะเด่น คือ ก่อนข้างรุนแรง สดใส เมื่อนำมาใช้กับห้องจะทำให้ห้องนั้นสว่างมาก โอโลง น่าอยู่ และร่าให้เกิดความตื่นตัวได้บ้าง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สี Natural คือ สี Medium Grey มีคุณลักษณะเด่น คือ นุ่มนวลมาก เมื่อนำมาใช้กับห้องจะทำให้ห้องสงบเงียบ

สีเย็นที่อยู่ใน Scale อ่อน คือ Neptune, Light Blue และ Day Light Green มีคุณลักษณะเด่น คือ นุ่มนวล สดใส เมื่อนำมาใช้กับห้องจะทำให้ห้องสว่าง โอ่โถง และน่าอยู่

สีที่ไม่ควรใช้ในสถานพยาบาลจิตเวช

-สีอ่อนที่สว่าง แจ่มใส คือ สี Alert Orange, High Visibility Yellow มีคุณลักษณะเด่น คือ รุนแรงมาก สว่างจ้า ไม่เหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำมาใช้กับอาคารต่างๆในสถานพยาบาลจิตเวชเพราะจะก่อให้เกิดผลเสียแก่การบำบัดรักษาคนไข้

-สีอบอุ่นใน Scale กล้า คือ Venetian Rose, Chocolate มีคุณลักษณะเด่น คือ รุนแรงขมุกขมัว ไม่เหมาะสมอย่างยิ่งที่จะใช้ในสถานพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Venetian Rose จะมีผลกระทบทำให้เกิดความผิดพลาดทางการบำบัดรักษา

2. ค่าร้อยละของการสะท้อนแสงของสี

Magnesium Oxide White	98	%
Mill White	89	%
Ivory	82	%
Canary	77	%
Cream	77	%
Orchid	67	%
Cream Grey	66	%
Light Tan	66	%
Light Blue	65	%
Buff	63	%

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

Pale Green	59	%o
Light Pink	55	%o
Silver Grey	46	%o
Dark Green	22	%o
Dark Brown	16	%o
Black	1	%o

3. จากตารางแสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะของชนิดสีที่เหมาะสมกับประเภทต่างๆ ของคน ไข้ โดยการค้นคว้าของคุณไพศาล จันเดยูร นักศึกษาคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปีพ.ศ. 2514 ได้ความว่า

คน ไข้พวก General Paresis	เหมาะสมสำหรับสี	Straw
“ Senile Psychosis	“	Straw
“ Alcoholic Medium	“	Grey
“ Psy.ass.c.Other Brain Tox Int.	“	Neptune
“ Schizophrenia	“	Neptune
“ Epilopted Psychosis	“	Neptune
“ Paranoid Condition	“	Neptune
“ Affective Disorder	“	Medium Grey
“ Anxiety Disorder	“	Medium Grey
“ Hysteria	“	Straw

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

“ Phobia Reaction	“	Medium Grey
“ Hypochond and Fatigue	“	Straw
“ Compulsive Disorder	“	Neptune
“ Social Dictation	“	Neptune
“ Alcoholism	“	Neptune
“ Drug Addiction	“	Neptune
“ Intelligent Retardation	“	Medium Grey

ดังนั้น สีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิต คือ สีที่มีความนุ่มนวล เขือกเย็น ดังเช่น สี Straw, Medium Grey, Neptune เป็นต้น

รายละเอียดด้านการตกแต่งภายใน

ผู้ป่วยเกือบทุกคนไม่ชอบอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีสุขภาพทางกายแข็งแรง ไม่มีโรคทางร่างกายร่วมด้วย มีความรู้สึกอึดอัดที่ต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ขาดอิสระ ดังนั้น ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมือนบ้าน มีการเป็นอยู่ประจำวันเสมือนกับว่าอยู่ที่บ้าน เช่น มีที่เก็บของเครื่องใช้ส่วนตัว ในห้องนอนของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถจัดห้องของตนเองตามความพอใจ การตกแต่งจึงพยายามสร้างบรรยากาศให้เหมือนบ้าน แต่ก็ต้องมีความเหมาะสมกับลักษณะความเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย คือ วัสดุตกแต่งและเฟอร์นิเจอร์ควรมีความทนทานเพื่อเตรียมรับมือกับผู้ป่วยบางรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบทำลายข้าวของหรือคลุ้มคลั่งทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเองครุภัณฑ์บางชิ้น เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ในส่วนที่มีการใช้งานอย่างใดอย่างหนึ่งแน่นอนควรมีลักษณะที่ยากต่อการโยกย้าย หรือ อาจจะยึดติดกับที่นั้นๆ เลยใช้เครื่องใช้ชิ้นเล็กๆ ที่สามารถหยิบขว้างปาได้ เช่น แจกัน ที่เขียนหรือควรเก็บ ไว้ให้ห่างจากผู้ป่วย ถ้าจำเป็นต้องใช้จริงๆ ควรยึดติดไว้กับ โต๊ะอย่างมั่นคง

ตัวอาคารต้องไม่ทึบ มีการเปิดหน้าต่างและช่องแสงตามความเหมาะสม ช่องกระจกควรอยู่ในระดับที่ขึ้นไปไม่ถึง และในบางจุดต้องใช้กระจกนิรภัย หรือติดลูกกรงเพื่อป้องกันผู้ป่วยทุบกระจกแต่ต้องระวังไม่ให้ดูเป็นกรงขัง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

วัสดุปูพื้น ต้องไม่เป็นวัสดุที่ลื่นเพราะผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่อยู่นิ่งเดินไปเดินมาตลอดเวลา บางรายก็เคลื่อนไหวผิดปกติ อันสืบเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้ การใช้วัสดุปูพื้นในโรงพยาบาลจิตเวชว่า ในส่วนที่เป็นบริเวณซึ่งมีการเคลื่อนที่มาก เช่น ตามทางเดินควรปูด้วยกระเบื้องสำหรับปูพื้นโดยเฉพาะ และส่วนที่เป็นบริเวณสำหรับหยุดทำกิจกรรมต่างๆควรใช้พรมปูพื้น คือ นอกจากจะช่วยเป็นฉนวนกันเสียงอีกทีแล้ว ความรู้สึกถึงความหรูหรา น่าสบาย (sense of luxury) ยังเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้วย

เพดานห้อง โดยเฉพาะในห้องนอนผู้ป่วย ควรเป็นเพดานเรียบ ไม่มีช็อกาน หรือโครงเคร่า T-bar ซึ่งล่อแหลมต่อการผูกคอตายของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า

วัสดุอีกอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการบำบัดทางอ้อม คือ กระจกเงา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะไม่สนใจตนเอง และปล่อยปละละเลยในสุขภาพของตนเองจนสภาพร่างกายทรุดโทรมลงตามลำดับ กระจกเงาเป็นเครื่องสะท้อนให้ผู้ป่วยได้เห็นสภาพที่เป็นอยู่ของร่างกายของตน ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันมาเอาใจใส่ตัวเองมากขึ้น และเกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ทั้งนี้ ต้องใช้ในปริมาณที่พอเหมาะและจัดวางในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสังเกตเห็นได้ง่าย เจ้าหน้าที่ที่สังเกตการณ์ได้สะดวกแต่ยากต่อการเข้าถึงตัวบานกระจก บริเวณ day space ของผู้ป่วยใน เป็นต้น

Osmond และ Izumi ได้กล่าวถึงการออกแบบโรงพยาบาลจิตเวชว่า พื้นที่ส่วนต่างๆควรออกแบบให้สามารถบ่งชี้แยกแยะได้ง่าย (easily identified) โดยการใช้สี แสงสว่าง ผิวสัมผัส และเครื่องบ่งชี้ทางประสาทรับรู้ (sensory cues) อื่นๆรวมทั้งการประดับตกแต่งที่แตกต่างกันในแต่ละส่วนจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสน หรือหลงสถานที่ นอกจากนี้ งานออกแบบยังต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอาณาเขตครอบครองของตนได้ เช่น ที่ประตูห้องนอนของผู้ป่วยควรมีช่องสำหรับให้ผู้ป่วยเขียนชื่อของเขาเอาไว้ได้ ถ้าเขาต้องการ ผู้ป่วยควรจะได้รู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนที่เขาอยู่กับส่วนอื่นๆของโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับโลกภายนอก รวมทั้ง วัน เวลา จะต้องถูกแสดงไว้อย่างชัดเจน อาจใช้เครื่องมือช่วย เช่น นาฬิกา ปฏิทิน หรืออาศัยเครื่องบอกเวลาที่มีอยู่ในธรรมชาติ เช่น ท้องฟ้า ดวงอาทิตย์ เป็นต้น ทั้งนี้ ต้องพิจารณาตามความสนใจและความเหมาะสมในแต่ละกรณี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รายละเอียดด้านภูมิสถาปัตยกรรม

เนื่องจากลักษณะโครงการเป็นกลุ่มอาคารเดี่ยว กระจายตัวอยู่ในที่ดินขนาดใหญ่การจัดภูมิทัศน์จึงมีความสำคัญในการที่จะช่วยสร้างบรรยากาศที่เหมาะสมกับโครงการ ดังจะเห็นได้จากโรงพยาบาลจิตเวชที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีการปลูกไม้ยืนต้นภายในบริเวณโรงพยาบาลอย่างร่มรื่น เพื่อสร้างบรรยากาศโดยรอบให้เป็นสภาพธรรมชาติ

สำหรับเรื่องการสอดส่องดูแลรักษาความปลอดภัยในบริเวณโครงการ ควรจัดสภาพภูมิทัศน์ให้เจ้าหน้าที่สามารถสอดส่องดูแลผู้ป่วยได้ โดยไม่ทำให้เกิดความรู้สึกของการถูกกักขัง การสร้างรั้วตาข่ายสูงรอบบริเวณควบคุมไม่ใช่คำตอบของการออกแบบ การสร้างเป็นสวนที่กั้นด้วยไม้พุ่มแน่น (dense hedges) หรือสวนภายในล้อมรอบด้วยอาคาร (courtyard) จะเหมาะสมกว่า

อีกสิ่งหนึ่งที่น่าพิจารณา คือ น้ำ การขุดสระน้ำจะช่วยสร้างบรรยากาศที่ชุ่มชื้นร่มเย็น อีกทั้งยังเป็นบริเวณรองรับน้ำที่ระบายจากผิวดิน และช่วยกำหนดขอบเขตต่างๆ ได้ แต่มีข้อที่ต้องระมัดระวังในการออกแบบ คือ อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ดังนั้น สระน้ำในบริเวณโครงการต้องเป็นสระตื้นๆและอยู่ในจุดที่มีการสอดส่องดูแลจากเจ้าหน้าที่ได้อย่างทั่วถึง

การรักษาคนไข้โรคจิตตามวิทยาการแผนใหม่ ส่วนใหญ่แล้วอิทธิพลของธรรมชาติจะถูกนำเข้ามาประกอบด้วยเสมอ เพราะธรรมชาติย่อมจะก่อให้เกิดลักษณะพิเศษเฉพาะขึ้นในด้านความสวยงาม การปรับตัว จึงทำให้คนไข้ได้รับอิทธิพลเหล่านี้ได้ทีละเล็กละน้อยความสงบทางด้านจิตใจ และจินตนาการในการสร้างสรรค์ การปรับตัวย่อมจะมีขึ้นตามมา การรักษาสภาพเดิมของบริเวณจึงเป็นหลักการใหญ่ที่ควรจะนำมาใช้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ภาคผนวก

กฎกระทรวง

ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 และมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกข้อ 15 ของกฎกระทรวง (พ.ศ. 2540) ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2540

ข้อ 2 ให้กำหนดค่าธรรมเนียม ดังต่อไปนี้

2.1	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล		
	ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	ฉบับละ	1,000 บาท
2.2	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล		
	ประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน		
	(ก) ไม่เกิน 10 เตียง	ฉบับละ	2,000 บาท
	(ข) เกิน 10 เตียงแต่ไม่เกิน 25 เตียง	ฉบับละ	5,000 บาท
	(ค) เกิน 25 เตียงแต่ไม่เกิน 50 เตียง	ฉบับละ	10,000 บาท
	(ง) เกิน 50 เตียงแต่ไม่เกิน 100 เตียง	ฉบับละ	20,000 บาท
	(จ) เกิน 100 เตียง	ฉบับละ	20,000 บาท
	และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับที่เกิน 100 เตียง		เตียงละ 100 บาท
2.3	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล		
	ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	ฉบับละ	250 บาท
2.4	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล		
	ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน		
	(ก) ไม่เกิน 10 เตียง	ฉบับละ	500 บาท
	(ข) เกิน 10 เตียงแต่ไม่เกิน 25 เตียง	ฉบับละ	1,250 บาท
	(ค) เกิน 25 เตียงแต่ไม่เกิน 50 เตียง	ฉบับละ	2,500 บาท
	(ง) เกิน 50 เตียงแต่ไม่เกิน 100 เตียง	ฉบับละ	5,000 บาท
	(จ) เกิน 100 เตียง	ฉบับละ	5,000 บาท
	และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับที่เกิน 100 เตียง		เตียงละ 25 บาท

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.4.1 การต่อใบอนุญาตครั้งละเท่ากับค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประเภทนั้นๆแต่ละฉบับ

2.5 ใบแทนใบอนุญาต ฉบับละ 200 บาท

2.6 การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต ครั้งละ 100 บาท

2.7 ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

2.8.1 ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ฉบับละ 500 บาท

2.8.2 ประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(ก) ไม่เกิน 10 เตียง ฉบับละ 500 บาท

(ข) เกิน 10 เตียงแต่ไม่เกิน 25 เตียง ฉบับละ 1,250 บาท

(ค) เกิน 25 เตียงแต่ไม่เกิน 50 เตียง ฉบับละ 2,500 บาท

(ง) เกิน 50 เตียงแต่ไม่เกิน 100 เตียง ฉบับละ 5,000 บาท

(จ) เกิน 100 เตียง ฉบับละ 5,000 บาท

และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับที่เกิน 100 เตียง เต็มละ 10 บาท

ข้อ 3 ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี โดยยื่นคำขอตามแบบ ส.พ. 12 และพร้อมเอกสารดังต่อไปนี้ด้วย

3.1 สมุดทะเบียนประวัติสถานพยาบาล

3.2 รายงานประจำปีของสถานพยาบาล ตามแบบ ส.พ. 11

3.3 ผลการตรวจสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย

ข้อ 4 กรณีที่ไม่ชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด จะต้องชำระค่าปรับร้อยละห้าต่อเดือน การคำนวณเงินค่าปรับให้คำนวณตามจำนวนเดือนที่ยังไม่ได้ชำระเศษของเดือนให้คิดเป็นหนึ่งเดือน

ข้อ 5 การยื่นชำระค่าธรรมเนียม ส่วนกลางให้ยื่นที่กองการประกอบโรคศิลปะ ส่วนภูมิภาค ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตรับผิดชอบ

ข้อ 6 ผู้รับอนุญาตจะต้องนำหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมรายปีไปติดแสดงไว้ในสถานพยาบาล โดยเปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

ให้ไว้ ณ วันที่

พ.ศ. 2541

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กฎกระทรวง

ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2541)

ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกกฎกระทรวง (พ.ศ. 2504) ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

ข้อ 2 สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนให้แบ่งได้ดังนี้

1. สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป
2. สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง หรือสถานพยาบาลฝังเข็ม
3. สถานพยาบาลทันตกรรม ชั้นหนึ่ง
4. สถานพยาบาลทันตกรรม ชั้นสอง
5. สถานพยาบาลการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
6. สถานพยาบาลการผดุงครรภ์ ชั้นสอง
7. สถานพยาบาลกายภาพบำบัด
8. สถานพยาบาลเทคนิคการแพทย์
9. สถานพยาบาลเวชกรรม แผนโบราณ
10. สถานพยาบาลผดุงครรภ์ แผนโบราณ
11. สถานพยาบาลแผน แบบประยุกต์
12. สถานพยาบาลหลายสาขา
13. สถานพยาบาลตามกฎหมายแรงงาน

ข้อ 3 สถานพยาบาลตามข้อ 2 มีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้

(1) สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไปเป็นสถานที่ให้บริการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่ทั้งนี้ต้องไม่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขาที่ต้องได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติเฉพาะทาง

(2) สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทางหรือสถานพยาบาลฝังเข็มผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จะต้องได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติเฉพาะ หรือได้รับการอบรมวิชาฝังเข็มมาแล้ว และสถานที่นั้นจะต้องมีมาตรฐานตามการประกอบวิชาชีพสาขานั้นๆ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- (3) สถานพยาบาลทันตกรรม ชั้นหนึ่ง เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้นหนึ่ง
- (4) สถานพยาบาลทันตกรรม ชั้นสอง เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้นสอง
- (5) สถานพยาบาลผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
- (6) สถานพยาบาลผดุงครรภ์ ชั้นสอง เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง
- (7) สถานพยาบาลกายภาพบำบัด เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด
- (8) สถานพยาบาลเทคนิคการแพทย์ เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์
- (9) สถานพยาบาลเวชกรรม แผนโบราณ เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม
- (10) สถานพยาบาลการผดุงครรภ์ แผนโบราณ เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขากการผดุงครรภ์
- (11) สถานพยาบาลแผนโบราณแบบประยุกต์ เป็นสถานที่ให้บริการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณแบบประยุกต์

ข้อ 4 สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

- (1) สถานที่ต้องตั้งอยู่ในทำเลและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
- (2) พื้นที่ประกอบกิจการต้องเป็นสัดส่วนและเป็นเอกเทศ ขนาดพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร (4 x 5 เมตร) ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 2.50 เมตร
- (3) กรณีพื้นที่ประกอบกิจการใช้อาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น ต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และกิจการอื่นที่อยู่ในอาคารเดียวกันต้องไม่ขัดต่อการประกอบโรคศิลปะและการประกอบวิชาชีพ เช่น สถานเริงรมย์
- (4) กรณีที่มีการให้บริการหลายสาขารวมอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจนและแต่ละส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการบริการนั้นๆ
- (5) มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกต้องลักษณะอย่างน้อย 1 ห้อง หากสถานพยาบาลนั้นอยู่ในอาคารเดียวกันกับการประกอบกิจการอื่น ต้องสามารถแสดงว่าผู้ป่วยมีที่ใช้ได้สะดวก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- (6) อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดและเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย
- (7) มีแสงสว่างและการระบายอากาศพอเพียง หากใช้เครื่องปรับอากาศจะต้องมีเครื่องกรองอากาศหรือดูดอากาศที่เพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ
- (8) การสัญจรเข้า-ออกไม่มีสิ่งกีดขวาง สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้
- (9) บริเวณทั้งภายในและภายนอกในสถานที่ต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม มีสิ่งอำนวยความสะดวกผู้ป่วย ได้แก่ น้ำดื่ม ที่นั่งพักคอยอย่างเพียงพอ
- (10) มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษามิดชิด ไม่ประเจิดประเจ้อ มีเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและอ่างล้างที่ถูกลักษณะ
- (11) เครื่องมือเครื่องใช้จะต้องได้รับการฆ่าเชื้อที่ถูกต้อง
- (12) หากมีบริการเอกซเรย์ด้วย ห้องเอกซเรย์และเครื่องมือจะต้องได้มาตรฐาน และผ่านการตรวจรับรองจากวิทยาศาสตร์และการแพทย์
- (13) วิธีการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลให้ถูกลักษณะ

ให้ไว้ ณ วันที่..... พ.ศ. 2541

กฎกระทรวง

ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2541)

ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนแบ่งได้ดังนี้

1. สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับต้น
2. สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับกลาง
3. สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับสูง
4. สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไปเฉพาะสาขา/ทาง
5. สถานพยาบาลทันตกรรม
6. สถานพยาบาลแผนโบราณทั่วไป
7. สถานพยาบาลแผนโบราณแบบประยุกต์
8. สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ

ข้อ 2 สถานพยาบาลตามข้อ 1 มีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้

(1) สถานพยาบาลเวชทั่วไประดับต้น เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อการบริการผู้ป่วยทั่วไป การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์

(2) สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับกลาง เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้การบริการรักษาผู้ป่วยทั่วไป ตั้งแต่ระดับต้น จนถึงการให้บริการที่มีขั้นตอนการรักษาที่ยากและต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สำหรับให้บริการผู้ป่วยที่มาขอรับบริการอย่างน้อยสี่สาขาหลักขึ้นไป (สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม) สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย และสามารถส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับสูงกว่าได้ รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

(3) สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับสูง เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อการบริการผู้ป่วยทั่วไป ตั้งแต่ระดับต้นจนถึงระดับสูง ซึ่งมีขั้นตอนในการรักษายุ่งยากมาก ต้องใช้วิทยาการที่ยุ่ยากซับซ้อน มีผู้เชี่ยวชาญหรือชำนาญการเฉพาะทาง/สาขา สำหรับให้บริการผู้ป่วยอย่างน้อยสิบเอ็ดสาขาขึ้นไป มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีระดับสูง สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยและสามารถรับและให้การรักษาผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นๆได้ รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(4) สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง/สาขา เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทาง/สาขาหนึ่งสาขาใด ซึ่งอาจให้บริการตั้งแต่ระดับต้นจนถึงระดับสูง มีขั้นตอนในการรักษาที่ยากมาก ต้องใช้วิทยาการที่ยุ่งยากซับซ้อน มีอุปกรณ์และเทคโนโลยีระดับสูง เน้นให้บริการเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่งไม่เกินสองสาขาในสถานที่เดียวกัน โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง/สาขา ในสาขานั้นๆ ตามที่ได้รับอนุญาต

(5) สถานพยาบาลทันตกรรม เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะด้านทันตกรรม ให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

(6) สถานพยาบาลแผนโบราณทั่วไป

(6.1) สถานพยาบาลเวชกรรมแผนโบราณ เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม

(6.2) สถานพยาบาลผดุงครรภ์ แผนโบราณ เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อให้การดำเนินการผดุงครรภ์ เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขาผดุงครรภ์

(7) สถานพยาบาลแผนโบราณแบบประยุกต์ เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อให้การบริการรักษาผู้ป่วยทางเวชกรรม เกษัชกรรม และสูติกรรมเฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณแบบประยุกต์

(8) สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อให้การบริการด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการของโรคการลุกลามของโรค การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค โดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล

ข้อ 3 สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนต้องมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

(1) สถานที่ตั้งและโครงสร้างอาคารสิ่งก่อสร้างให้เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร โดยต้องมีหนังสืออนุญาตให้ใช้อาคารเป็นสถานพยาบาลด้วย

(2) สถานพยาบาลตามข้อ (1) และ ข้อ (4) – ข้อ (8) ที่มีเตียงยี่สิบเตียงขึ้นไป สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับกลางและสถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับสูง ต้องเป็นอาคารเอกเทศผนังของอาคารโดยรอบต้องไม่ติดกับอาคารอื่นอย่างน้อย 4.00 เมตร และไม่มีสิ่งกีดขวาง

(3) ทำเลที่ตั้ง

3.1 ระบบจราจร

(3.1.1) ทางเข้าออกสถานพยาบาลเหมาะสม สะดวก ปลอดภัย และต้องมีความกว้างเพียงพอ สามารถให้รถดับเพลิงทำการดับเพลิงโดยรอบอาคารอย่างสะดวก

(3.1.2) การเข้าออกสถานพยาบาลต้องมีเครื่องหมายหรือสัญญาณการจราจรที่ชัดเจน

(3.1.3) การขนส่งภายในบริเวณสถานพยาบาลกับภายนอกบริเวณสถานพยาบาลต้องสอดคล้องซึ่งกันและกัน

(3.1.4) ทั้ง 3.1.1 , 3.1.2 และ 3.1.3 ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

3.2 สิ่งแวดล้อม

(3.2.1) ไม่ก่อสร้างติดกับสถานที่หรือในสถานที่ซึ่งสภาพแวดล้อมมีมลภาวะด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้ใช้สอยสถานที่นั้น

(3.2.2) ไม่ก่อสร้างใกล้ทำเลที่อาจมีอันตรายจากธรรมชาติหรือการประกอบการอื่น

(3.2.3) ไม่ก่อสร้างในพื้นที่จำกัดมากหรือกระทบต่อภูมิทัศน์สิ่งแวดล้อม

(3.2.4) ต้องมีหนังสือรับรองการจัดทำรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ

(3.2.5) มีระบบระบายลม และแสงแดดเข้าถึงภายนอกอาคาร

(4) อาคารสถานพยาบาล

(4.1) อาคารบริการควรมีความสูงไม่เกิน 20 ชั้น

(4.2) การสัญจรทางเข้า

(4.2.1) ทางเข้าออกอาคารควรจะมีอย่างน้อยสามเส้นทางแยกจากกันอย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนบริการและผู้มาเยี่ยมญาติ เจ้าหน้าที่

(4.2.2) ทางเข้าออกอาคารต้องสอดคล้องกับการจราจรภายนอกอาคาร มีความกว้างเพียงพอและมีลักษณะเดินทางเดียว

(4.2.3) สถานพยาบาลที่มีหลายอาคารในพื้นที่เดียวกัน จะต้องมีทางเดินเชื่อมระหว่างอาคาร และต้องมีความสะดวกและปลอดภัย

(4.2.4) กรณีมีทางลาดสำหรับผู้พิการหรือรถเข็น ต้องมีความชันไม่เกิน 15 องศา โดยมีความกว้างอย่างน้อย 1.20 เมตร

(4.2.5) อาคารที่มีความสูงตั้งแต่ 2 ชั้นขึ้นไป จะต้องมิลิฟต์บรรทุกเตียงผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ตัว หากอาคารสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป จะต้องมิลิฟต์บรรทุกเตียงอย่างน้อย 1 ตัว ต่อเตียง 50 เตียง และถ้าเกิน 100 เตียง ให้เพิ่มลิฟต์อย่างน้อย 2 ตัว ต่อ 100 เตียง ไม่ใช่บันไดเลื่อน

(4.3) ภายในอาคาร

(4.3.1) ห้องทำงานได้คุณลักษณะเฉพาะของแต่ละห้อง

(4.3.2) การสัญจรภายในแยกเป็นสัดส่วนระหว่างผู้ป่วย ญาติ ผู้ปฏิบัติงาน และการขนส่งของและสิ่งสกปรก

(4.3.3) ทางสัญจรร่วม มีขนาดความกว้างอย่างน้อย 2.5 เมตร มีแสงสว่างเพียงพอและมีป้ายบอกเส้นทางออกฉุกเฉิน

(4.3.4) มีทางลาดเอียง 15 องศา ในระดับพื้นไม่เท่ากัน

(4.3.5) มีอุปกรณ์ดับเพลิงและทางหนีไฟตามมาตรฐาน

(4.3.6) พื้นอาคารไม่ใช่วัสดุไวไฟ ไม่ลื่น สามารถทำความสะอาดและฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน

(4.3.7) ผนังที่อยู่ในบริเวณทางสัญจรควรทำด้วยวัสดุที่มีผิวเรียบ และต้องไม่มีสิ่งที่ต้องยื่นล้ำออกมากีดขวางการสัญจร ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ที่สัญจรในบริเวณนั้นได้

(4.3.8) อุปกรณ์และวัสดุก่อสร้างบางอย่าง เช่น ท่อต่างๆ สายไฟ เป็นต้น จะต้องติดตั้งให้เรียบร้อย ไม่เกะกะกีดขวางการจราจร

(4.3.9) สัดส่วนบริการเหมาะสมสอดคล้องกัน

(1) ถ้ามีร้านอาหาร ร้านสินค้าเบ็ดเตล็ดและบริการอื่นๆ ต้องแยกจากส่วนบริการทางการแพทย์

(2) ส่วนบริการทางการแพทย์ต้องแยกส่วนบริการสนับสนุน

(3) แผนกผู้ป่วยนอก แยกจากแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน

(4) ส่วนสนับสนุน บริการผู้ป่วยนอก ระหว่างแผนกห้องเอกซเรย์ ห้องชันสูตร ห้องเวชระเบียน ห้องเอกซเรย์ อยู่บริเวณเดียวกัน และสามารถติดต่อกันได้สะดวก

(5) แผนกผู้ป่วยใน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกบำบัดต่างๆ แยกจากกันเป็นสัดส่วน

(6) ส่วนต่างๆ ของสถานพยาบาลอันได้แก่ ส่วนผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยใน ส่วนวิจัย-บำบัดรักษา ตลอดจนส่วนบริการสนับสนุนจะต้องมีที่ตั้ง

ที่เหมาะสม และจะต้องมีระบบการสัญจรทั้งภายในส่วนต่างๆและระหว่างส่วนต่างๆที่สะดวกและไม่ซับซ้อน

(7) หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นจะต้องมีสถานที่เป็นส่วนที่ชัดเจน ไม่สลับซับซ้อนกับหน่วยบริการอื่นๆ โดยแยกทางเข้าออกให้มีอิสระเพื่อความเหมาะสม สะดวกแก่การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ทันที

(4.3.10) การใช้วัสดุกัน โปร่งแสง จะต้องมีความหนาแข็งแรง มีเครื่องหมายแสดงให้ทราบและต้องไม่กั้นในบริเวณทะเลไปแล้วเป็นอันตราย

(4.3.11) อาคารความสูงชั้นที่ 2 ขึ้นไปต้องมีอุปกรณ์ป้องกันและปลัดตก จากที่สูง

(4.3.12) สถานที่หน่วยบริการ จัดให้มีสัดส่วนด้านวิชาการ (ห้องประชุม ห้องสมุด) เหมาะสมและเพียงพอ

(4.3.13) มีสถานที่สำหรับพักผ่อนของพนักงานสถานพยาบาล

(4.3.14) มีห้องสุขาสำหรับผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนับรวมกันแล้วไม่น้อยกว่า 10:1 (ผู้ป่วยนอก = จำนวนเตียงโรงพยาบาล) แล้วแยกเพศชาย/หญิง

(4.4) สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ

(4.4.1) สถานที่จอดรถเป็นของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคารก่อสร้าง พ.ศ. 2541

(4.4.2) มีร้านอาหารสำหรับญาติ เจ้าหน้าที่

(4.4.3) มีสถานที่พักผ่อนสำหรับญาติ ผู้มาเยี่ยม

(4.4.4) มีโทรศัพท์สาธารณะ 1 เครื่องต่อผู้ป่วย 10 เตียง

(4.4.5) การบริการข่าวสารสาธารณะ สุขและข้อมูลเชิงวิชาการ ทางด้านสาธารณสุข

(4.4.6) มีระบบโทรศัพท์ภายใน

(4.4.7) มีบริการส่งต่อผู้ป่วย

(4.4.8) มีสถานที่เก็บรักษาศพชั่วคราว

(4.4.9) ต้องมีรถพยาบาลพร้อมเครื่องอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตอย่างน้อย 1 คัน

ข้อ 5 ลักษณะเฉพาะของห้องบริการการรักษาพยาบาลที่สำคัญ

5.1 ห้องตรวจโรคผู้ป่วยทั่วไป

(5.1.1) มีขนาดไม่น้อยกว่า 2.5 X 3.0 เมตร ต่อ 1 ห้อง ความสูงของห้องไม่น้อยกว่า 2.50 เมตร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- (5.1.2) มีระบบหมุนเวียนอากาศที่เหมาะสม
- (5.1.3) ห้องหรือส่วนที่ตรวจต้องมิดชิดไม่ประเจิดประเจ้อ
- (5.1.4) ประตูสามารถให้รถเข็นนอน เข้าออกได้สะดวก
- (5.1.5) มีการบันทึกการตรวจโรค การวินิจฉัย และการรักษา

ลงไปในบัตรตรวจโรคโดยแพทย์

5.2 โถงรอตรวจผู้ป่วยทั่วไป

- (5.2.1) มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 9 ตารางเมตรต่อห้องตรวจ 1 ห้อง
- (5.2.2) มีที่นั่งพักคอย ซึ่งไม่กีดขวางการสัญจร
- (5.2.3) เพดานมีความสูงไม่ต่ำกว่า 2.50 เมตร
- (5.2.4) มีระบบระบายอากาศ และแสงสว่างที่ดี
- (5.2.5) ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก
- (5.2.6) มีพนักงานผู้ช่วยหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้การช่วยเหลือ

แนะนำ

5.3 ห้องเวชระเบียนผู้ป่วยทั่วไป

- (5.3.1) มีสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วนและควรอยู่ส่วนหน้าของสถานพยาบาลที่สามารถเห็นได้ง่าย
- (5.3.2) มีสถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นสัดส่วน สะอาด เหมาะสม และปลอดภัยจากสัตว์รบกวน
- (5.3.3) มีพื้นที่เพียงพอที่จะเก็บเวชระเบียนได้อย่างน้อย 5 ปี
- (5.3.4) มีสถานที่หรือโต๊ะให้ประชาชนมาติดต่อได้สะดวก
- (5.3.5) เก็บบัตรตรวจโรคเรียงลำดับเรียบร้อย และสามารถค้นหาบัตรได้ง่าย เพื่อบริการผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- (5.3.6) มีการวางแผนและจัดระบบนิเวศระเบียนที่เหมาะสม และสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4 ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน

- (5.4.1) มีขนาดพื้นที่บริการไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร สำหรับเตียงแรก และเพิ่มทุกๆ 10 ตารางเมตรต่อ 1 เตียง มีความสูงของห้องไม่ต่ำกว่า 2.50 เมตร
- (5.4.2) มีเตียงห้องฉุกเฉินบริการไม่น้อยกว่า อัตราส่วน 1 : 50 เตียงของเตียงปรกติของโรงพยาบาล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- (5.4.3) ให้มีทางเข้าออกอย่างน้อยสองทาง ติดต่อกับภายนอกอาคาร กับภายในอาคาร โดยประตูมีความกว้างอย่างน้อย 1.50 เมตร สามารถเปิดเข้าออกได้สะดวก
- (5.4.4) กรณีไม่มีห้องผ่าตัดเล็ก ต้องสามารถให้การผ่าตัดทำคลอด และขูดมดลูกฉุกเฉินได้
- (5.4.5) ไม่มีอุปกรณ์เครื่องตกแต่งที่ไม่ได้ใช้งานไว้ในห้อง พื้นผนังเรียบโล่ง
- (5.4.6) มีสถานที่เก็บอุปกรณ์เป็นสัดส่วน หรือเป็นห้องแยกเฉพาะ
- (5.4.7) มีแสงสว่างและการระบายอากาศที่เพียงพอ
- (5.4.8) มีอ่างล้างมือชนิดไม่ใช้มือปิดเปิด พร้อมอุปกรณ์
- (5.4.9) มีที่เทียบรถส่งผู้ป่วย
- (5.4.10) มีบริเวณจอดรถนั่งและเปลนอนผู้ป่วยเป็นสัดส่วน
- (5.4.11) มีพื้นที่สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ
- (5.4.12) มีส่วนพื้นที่ล้างตัวผู้ป่วย
- (5.4.13) มีพื้นที่สำหรับห้องปฏิบัติการพยาบาล
- 5.5 ห้องพักผู้ป่วยนอกเพื่อสังเกตอาการ
 - (5.5.1) ให้มีจำนวนอย่างน้อย 1 เตียงต่อเตียงปกติ 26 เตียง
 - (5.5.2) มีขนาดพื้นที่อย่างน้อย 6 ตารางเมตรต่อเตียง
 - (5.5.3) เป็นสัดส่วนไม่มีการรบกวนจากภายนอก ไม่อับทึบ
 - (5.5.4) มีทางเดินเข้าออกสะดวก เตียงเข็นนอนเข้าได้
- 5.6 ห้องบำบัดผู้ป่วยนอก
 - (5.6.1) เป็นห้องรวมหรือห้องแยก ตามลักษณะการแบ่งแผนกเฉพาะสาขา

ของโรงพยาบาล

- (5.6.2) โรงพยาบาลขนาด 50 เตียงขึ้นไป ให้แยกจากห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน
- (5.6.3) มีจำนวนเตียงบำบัดอย่างน้อย 1 : 50 เตียงปกติ
- (5.6.4) มีขนาดพื้นที่อย่างน้อย 12 ตารางเมตร ความสูง 2.50 เมตร

การถ่ายเทอากาศและแสงสว่างเพียงพอ

- (5.6.5) มีสถานที่เก็บอุปกรณ์เป็นสัดส่วน
- (5.6.6) ขณะให้การบำบัดรักษามีที่กั้นมิดชิด
- (5.6.7) ประตูห้องมีความกว้างอย่างน้อย 1.20 เมตร ให้รถเข็นนอน

เข้าถึงเตียงผู้ป่วยได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- (5.6.8) มีอ่างล้างมือชนิดไม่ใช้มือปิดเปิด พร้อมอุปกรณ์
- 5.7 ห้องตรวจภายใน (Pelvic Exam)
- (5.7.1) มีขนาดพื้นที่อย่างน้อย 12 ตารางเมตร
- (5.7.2) มีห้องสุขาสำหรับเปลี่ยนเครื่องแต่งกายและเปิดเข้าห้องตรวจภายในได้
- (5.7.3) มีเครื่องกั้น (ม่านหรือผนัง) แยกส่วนตรวจภายในจากห้องตรวจโรคให้คูมิติดชิด
- (5.7.4) มีระบบระบายอากาศนอกอาคาร
- 5.8 ห้องเภสัชกรรม
- (5.8.1) มีพื้นที่เพียงพอตามระดับของการให้บริการอย่างน้อย 12 ตารางเมตร ต่อ 50 เตียง
- (5.8.2) มีการแยกสัดส่วนบริการ
- (5.8.3) มีการควบคุมอุณหภูมิห้องเก็บยา ห้องจ่ายยาอย่างเหมาะสมต่อการเก็บเวชภัณฑ์
- (5.8.4) มีระบบแยก การเก็บเงิน รับใบสั่งยา และให้ผู้ป่วยรับยา
- (5.8.5) มีช่องให้ผู้ป่วยรับยา สามารถฟังคำแนะนำอธิบายการใช้ยา พร้อมข้อห้าม และอันตรายจากยาโดยเภสัชกร ได้อย่างเหมาะสม
- 5.9 ห้องชันสูตร
- (5.9.1) มีพื้นที่ปฏิบัติการอย่างน้อย 12 ตารางเมตร
- (5.9.2) มีพื้นที่สำหรับผู้ปฏิบัติงานชันสูตรเป็นสัดส่วน
- (5.9.3) ห้องชันสูตรต้องมีทางเข้าออกสำหรับผู้ป่วย แยกจากช่องทางเข้าออกของสิ่งสกปรกหรือสิ่งติดเชื้อ
- (5.9.4) ห้องชันสูตรต้องมีแสงสว่างและระบบไฟฟ้าเพียงพอ
- (5.9.5) มีระบบระบายอากาศออกนอกอาคารโดยตรง
- (5.9.6) มีห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยหรือมีในบริเวณใกล้เคียง เพื่อความสะดวกสำหรับเก็บตัวอย่างส่งตรวจจากผู้ป่วย
- (5.9.7) มีเครื่องมือและอุปกรณ์ตรวจวิเคราะห์ครบตามมาตรฐานจำนวนเพียงพอ
- (5.9.8) มีพื้นที่ส่วนรับตัวอย่าง ส่งตรวจจากผู้ป่วยโดยเฉพาะและมีระบบการตรวจสอบอย่างดี
- (5.9.9) มีระบบตรวจสอบป้องกันการสลับชื่อผู้ป่วยและตัวอย่างส่งตรวจ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(5.9.10) มีระบบควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ ที่สามารถตรวจสอบ ทบทวนได้

(5.9.11) มีระบบกำจัดน้ำเสีย ระบบกำจัดทำลายสิ่งติดเชื้อ และระบบกำจัดขยะ เช่น สารพิษ และสารไอโซโทป เป็นต้น

(5.9.12) มีระบบสื่อสารติดต่อกับประสานงานและแจ้งผลการตรวจวิเคราะห์ ต่อหน่วยงานภายนอก

5.10 ห้องทันตกรรม

(5.10.1) มีขนาดพื้นที่เพียงพอตามการให้บริการ แต่ต้องมีพื้นที่ อย่างน้อย 9 ตารางเมตรต่อ 1 หน่วย ถ้ามีหลายหน่วยให้กันแยกจากกันเป็นสัดส่วน

(5.10.2) มีที่พักรอก่อนให้บริการและหลังการให้บริการ

(5.10.3) มีระบบระบายอากาศตรงออกนอกภายนอกอาคาร

(5.10.4) มีการเดินระบบไฟฟ้า ท่อน้ำเสีย ท่อลม สูญญากาศ เพื่อใช้ หน่วยบริการอย่างปลอดภัย

(5.10.5) แยกแบบอัดอากาศและสูญญากาศให้อยู่ภายนอก และไม่ฟุ้งกระจายต่อผู้อื่น

(5.10.6) มีอ่างล้างมือแยกจากอ่างล้างเครื่องมือและก๊อกรูปแบบ ไม่ใช่มีเปิดเปิด

(5.10.7) มีระบบการเตรียมเครื่องมือให้สะอาดปราศจากเชื้อโรค ได้มาตรฐาน

5.11 ห้องเอกซเรย์

(5.11.1) ลักษณะห้องและอุปกรณ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน การป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

(5.11.2) การจักระบบไฟฟ้าและอุปกรณ์เป็นระเบียบ มิดชิด ปลอดภัย

(5.11.3) สถานที่ตั้ง เป็นศูนย์กลางติดต่อไปห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยใน และตึกบำบัดได้โดยสะดวก

(5.11.4) มีระบบสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้สะดวก

(5.11.5) มีผู้ช่วยเหลือในขณะที่ให้บริการผู้ป่วย

(5.11.6) มีห้องเฉพาะเปลี่ยนเสื้อผ้ามิดชิด แยกชายและหญิง

(5.11.7) มีส่วนพักรอกตรวจที่เหมาะสม และมีผู้คอยดูแล

(5.11.8) มีสัญญาณไฟแดงติดหน้าห้อง x-ray เตือนขณะเครื่องทำงาน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(5.11.9) มีป้ายเตือนหญิงมีครรภ์ก่อนเข้าห้อง x-ray

5.12 ห้องคลอด

(5.12.1) บริเวณให้บริการการพยาบาลภายในหน่วยงาน แยกเป็นสัดส่วนระหว่างห้องคลอดและห้องรอกคลอด

(5.12.2) ห้องคลอดอยู่ในบริเวณเขตสะอาดหรือเขตปราศจากเชื้อ มีทางเชื่อมระหว่างห้องคลอดและห้องรอกคลอด

(5.12.3) ให้มีเขตกั้นปลอดเชื้อระหว่างห้องคลอดกับทางเดินภายในอาคาร

(5.12.4) แบ่งสัดส่วนห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าและห้องน้ำของเจ้าหน้าที่ ต่อเชื่อมโดยตรงกับเขตกั้นปลอดเชื้อของห้องคลอด

(5.12.5) พื้นที่ห้องคลอดขนาดไม่น้อยกว่า 12 ตารางเมตร ต่อ 1 เตียง ความสูงไม่ต่ำกว่า 2.5 เมตร ถ้ามมากกว่า 1 เตียง ควรจัดให้มีวัสดุกันแยกระหว่างเตียงอย่างชัดเจน

(5.12.6) มีจุดให้ญาติติดต่อสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ได้สะดวก มีที่นั่งพักคอยญาติ

(5.12.7) มีบริเวณสำหรับผู้ที่มิโรคแทรกซ้อนที่ต้องดูแลใกล้ชิดที่สามารถให้การช่วยเหลือได้สะดวกเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

(5.12.8) มีตู้เก็บวัสดุอุปกรณ์การคลอดเป็นสัดส่วนมีระเบียบ

(5.12.9) ห้องรอกคลอด มีห้องน้ำเฉพาะเป็นแบบโถนั่งยื่น โดยมีประตูเปิดออกนอกแบบปลดคลาบล้อคจากภายนอก และมีราวจับติดฝาผนังช่วยพยุงลุกขึ้นยืนได้

(5.12.10) มีห้องล้างหม้อนอนแยกต่างหาก

(5.12.11) มีบันทึกติดตามอาการผู้ป่วย บันทึกการใช้เวชภัณฑ์ภาวะวิกฤติ

(5.12.12) มีระบบหมุนเวียนอากาศแบบปราศจากเชื้อ

(5.12.13) มีแสงสว่างเพียงพอ และมีระบบแสงสว่างฉุกเฉินที่ให้แสงสว่างแทนภายใน 2 วินาที

5.13 ห้องผ่าตัด

(5.13.1) มีการแยกพื้นที่หน้าห้องผ่าตัดเป็นสัดส่วน แบ่งเป็น 4 เขต

(5.13.1.1) เขตสะอาด ได้แก่ ส่วนเปลี่ยนเตียงผู้ป่วย เจ้าหน้าที่เวร ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่

(5.13.1.2) เขตกั้นปลอดเชื้อ ได้แก่ โถงทางเดินภายใน กลุ่มห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องเตรียมอุปกรณ์ดมยา ห้องเก็บวัสดุปราศจากเชื้อ ที่ปฏิบัติการพยาบาล

(5.13.1.3) เขตปลอดเชื้อ ได้แก่ ห้องผ่าตัด

(5.13.1.4) เขตสกปรก ได้แก่ โถงทางเดินที่พาสกปรก
ด้านหลังห้องผ่าตัด (ขยะ ผ้าเปื้อน วัสดุติดเชื้อ วัสดุใช้แล้ว)

(5.13.2) ลักษณะพื้น ผนังเรียบ ไม่มีซอกมุมที่จะสะสมสิ่งสกปรก
สามารถทำความสะอาดและฆ่าเชื้อได้ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ

(5.13.3) โถงทางเดินและส่วนเปลี่ยนเตียงผู้ป่วย เปลี่ยนเตียงได้สะดวก
มีขนาดกว้างไม่น้อยกว่า 2.50 เมตร มุมหักเลี้ยวทางเดินเลี้ยวรถเข็นนอนผู้ป่วยได้สะดวก

(5.13.4) มีรถเข็นนอนผู้ป่วยโดยเฉพาะสำหรับใช้ภายในห้องผ่าตัด
และมีจำนวนไม่น้อยกว่าจำนวนห้องผ่าตัด

(5.13.5) ทางเข้าออกห้องผ่าตัดมี 3 ทางแยกจากกัน คือ

(5.13.5.1) ทางเข้าออกผู้ป่วย

(5.13.5.2) ทางเข้าออกเจ้าหน้าที่

(5.13.5.3) ทางออกสิ่งสกปรก

(5.13.6) ส่วนพักพื้นมีจำนวนเพียงพอเท่ากับจำนวนห้องผ่าตัด และมีอุปกรณ์
ช่วยพื้นคื่นชีพและสังเกตอาการที่สำคัญครบ

(5.13.7) ห้องผ่าตัดมีขนาดไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร ต่อ 1 ห้อง
และความกว้างของห้องแต่ละด้านต้องไม่ต่ำกว่า 4 เมตร และมีความสูงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร
มีระบบหมุนเวียนของอากาศปราศจากเชื้อ

(5.13.8) ประตูทางเข้ามีความกว้างอย่างน้อย 1.5 เมตร เปิดเข้าออก
ได้ 2 ด้านมีกลไกให้ปิดสนิท มีช่องกระจกให้มองจากภายนอก

(5.13.9) พื้น ห้องผ่าตัด และเตียงผ่าตัด มีการเดินสายดินป้องกัน
การไหลรั่วของไฟฟ้าจากเครื่องไฟฟ้า

(5.13.10) มีชั้นวางเก็บเครื่องมือผ่าตัดเป็นชั้นโลหะ ทำความสะอาด
ฆ่าเชื้อง่าย แยกชั้นเก็บเครื่องมือตามชนิดประเภทให้หยิบง่ายในกรณีฉุกเฉิน

5.14 หอผู้ป่วยหนัก

(5.14.1) สถานที่ตั้งหน่วยงาน และลักษณะเฉพาะ

(5.14.1.1) อยู่ในศูนย์กลางหอผู้ป่วยทั่วไป และใกล้หน่วยงาน
ฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด คลังเลือด เอกซเรย์ และหอผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ง่ายและมาก

(5.14.1.2) มีทางเชื่อมติดต่อกันระหว่างหน่วยและหอผู้ป่วย
สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย และใช้เวลาในการเดินทางถึงหอผู้ป่วยหนักไม่เกิน 8 นาที

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(5.14.1.3) จัดเป็นหน่วยงานลักษณะปิด มีการติดตั้งระบบปรับอากาศ มีระบบระบายอากาศออกนอกอาคาร มีการระบายอากาศที่ดี เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

(5.14.1.4) โถงทางเดินในห้องกว้างอย่างน้อย 2 เมตร

(5.14.1.5) มีหน่วยปฏิบัติการพยาบาลในห้อง อยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นสภาพผู้ป่วยได้ทุกเตียง

(5.14.1.6) เตียงผู้ป่วยเป็นชนิดปรับระดับ เอนนั่ง นอนได้ (พื้นควรเป็นพื้นแข็ง)

(5.14.1.7) ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร และคิดผนังไม่เกิน 1 ด้าน

(5.14.1.8) มีสถานที่ให้ญาติพักรอเยี่ยม/สอบถามอาการ และบริเวณเปลี่ยนรองเท้าสำหรับญาติซึ่งแยกชั้นวางรองเท้าภายนอกออกจากรองเท้าภายใน

(5.14.1.9) มีบริเวณเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องพักรอเข้าเวร ห้องรับประทานอาหาร เปลี่ยนรองเท้า ซึ่งแยกรองเท้าภายนอกออกจากรองเท้าภายใน สำหรับเจ้าหน้าที่

(5.14.1.10) มีห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์สะอาดแยกเป็นสัดส่วน

(5.14.2) มีบริเวณเก็บล้างเครื่องใช้ เครื่องผ้าขยะ และสิ่งปฏิกูลเป็นสัดส่วน

(5.14.2.1) มีห้องเก็บพักผ้าเปื้อนสิ่งสกปรกเป็นสัดส่วน อยู่ใกล้ทางออกสำหรับสิ่งสกปรก อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องถึงผนัง พื้นสะอาด ไม่มีน้ำขัง

(5.14.2.2) มีโลทิ้งของเสีย ชั้นวาง คว่ำภาชนะ สำหรับจับถ่าย มีสภาพแข็งแรงไม่เป็นสนิม

(5.14.3) มีจำนวนเตียงไม่เกิน 8 เตียงต่อ 1 ห้อง

(5.14.3.1) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักเคยผ่านงานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐอย่างน้อย 1 ปี

(5.14.3.2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน มาตรการ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ

5.15 หอผู้ป่วยใน

(5.15.1) หอผู้ป่วยรวม

(5.15.1.1) มีขนาดพื้นที่ไม่เกิน 15 เตียงต่อ 1 ห้อง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- (5.15.1.2) มีห้องน้ำปละห้องสุขา ไม่น้อยกว่า 1 ห้องต่อ 5 เตียง
 - (5.15.1.3) มีแสงสว่างจากภายนอกเข้าถึง
 - (5.15.1.4) มีการระบายอากาศที่ดี
 - (5.15.1.5) ระยะห่างระหว่างเตียง ไม่น้อยกว่า 1 เมตร และ
- ชิดผนังไม่เกิน 1 คืบ
- (5.15.1.6) ทางเดินปลายเตียงมีความกว้างอย่างน้อย 1.50 เมตร
 - (5.15.1.7) ประตูทางเข้ามีความกว้างอย่างน้อย 1.20 เมตร

ช่องประตูไม่ปิดทึบ

- (5.15.1.8) มีวัสดุกันชั่วคราวเป็นรายเตียงได้
 - (5.15.1.9) มีสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่ประจำทุกเตียงและ
- ภายในห้องน้ำ
- (5.15.1.10) ห้องน้ำมีความลาดส่วนต่างระดับ มีราวจับ
- สำหรับลุกขึ้น พื้นปูวัสดุไม่ลื่น มีระบบล๊อคภายในและเปิดจากภายนอกได้

- (5.15.1.11) มีระบบแสงสว่างฉุกเฉิน
- (5.15.2) ห้องผู้ป่วยเดี่ยว
- (5.15.2.1) มีขนาดพื้นที่อย่างน้อย 12 ตารางเมตร ไม่รวม
- ห้องน้ำ ขนาดความสูงไม่เกิน 2.50 เมตร มีหน้าต่างรับแสงภายนอก
- (5.15.2.2) มีห้องน้ำ 1 ห้องต่อห้องผู้ป่วย 1 ห้อง และ
- มีมาตรฐานเช่นเดียวกับห้องผู้ป่วยรวม

- (5.15.2.3) มีสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่จากเตียงและภายในห้องน้ำ
 - (5.15.2.4) มีอุปกรณ์เพื่อใช้กับเครื่องมือแพทย์ เช่น ปลั๊กไฟ
- พอเพียง

- (5.15.2.5) ประตูทางเข้ามีความกว้างอย่างน้อย 2.5 เมตร และ
- มีแสงสว่างตลอด

- (5.15.3) ห้องปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน
- (5.15.3.1) ตั้งอยู่ในจุดศูนย์กลางที่เข้าถึงผู้ป่วยทุกเตียง
- ได้สะดวก
- (5.15.3.2) มีส่วน บริการ ติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติ
- ที่เห็นได้ชัดเจน
- (5.15.3.3) รับผิดชอบผู้ป่วยไม่เกิน 30 เตียงต่อ 1 หน่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(5.15.3.4) มีห้องน้ำเจ้าหน้าที่ ห้องวัสดุอุปกรณ์สะอาด ห้องพัก
สิ่งสกปรกและผ้าเปื้อน ห้องซักล้างและอุปกรณ์ซักล้างแยกเป็นสัดส่วน

(5.15.3.5) มีอุปกรณ์สื่อสารกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

(5.15.3.6) มีอุปกรณ์ดับเพลิงเคมีอย่างน้อย 1 ชุด

(5.15.3.7) มีทางเดินฉุกเฉินหนีไฟพร้อมป้ายแสดงเส้นทาง

5.16 ห้องกายภาพบำบัด

(5.16.1) มีขนาดพื้นที่สำหรับเตียงผู้ป่วยอย่างน้อย 2 x 2 เมตรต่อเตียง
และต้องมีสถานที่เพียงพอสำหรับการติดตั้งอุปกรณ์ในการบำบัด ดังทั้งนี้ต้องมีพื้นที่โดยรวม
ไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร ความสูงไม่น้อยกว่า 2.50 เมตร

(5.16.2) มีแสงสว่างแบบระบบการหมุนเวียนอากาศที่ดี

(5.16.3) ผนังและพื้นห้องผิวเรียบ ทำความสะอาดง่าย ไม่มีพื้นต่างระดับ

(5.16.4) ทางเดินภายในระหว่างอุปกรณ์กว้างสามารถพาผู้ป่วย
รถเข็นนั่งนอนเข้าถึงได้สะดวก

ข้อ 6 ลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นจะต้องมี ดังนี้

(6.1) ระบบไฟฟ้าสำรอง

(6.1.1) โรงพยาบาลระดับต้นอย่างน้อยต้องมีกระแสไฟฟ้าสำรอง เพื่อให้แสงสว่าง
บางจุดที่สำคัญและสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตได้

(6.1.2) โรงพยาบาลระดับกลางหรือมีบริการคลอดและผ่าตัด ให้มีเครื่องกำเนิด
ไฟฟ้าระบบอัตโนมัติติดได้เองภายในไม่เกิน 5 วินาทีที่มีกำลังสำรองไม่น้อยกว่า 20%
ของปริมาณการใช้ไฟของโรงพยาบาลและส่งกำลังถึงจุดสำคัญได้ทุกจุด

(6.1.3) มีช่างไฟฟ้า และสามารถเรียกตัวได้ตลอดเวลา

(6.1.4) สถานที่ตั้งเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสามารถเก็บเสียงและการสั่นสะเทือนได้

(6.2) ระบบน้ำสำรองให้โรงพยาบาลมีระบบสำรองน้ำอย่างน้อย 0.5 ลูกบาศก์เมตร
ต่อ 1 เตียงผู้ป่วยหรือไม่น้อยกว่า 50 ลูกบาศก์เมตร โดยตั้งอยู่ในสถานที่ป้องกันการปนเปื้อน
และมีระบบจ่ายน้ำที่เหมาะสม

(6.3) ระบบบำบัดน้ำเสีย

ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(6.4) ระบบจัดเก็บขยะ

(6.4.1) โรงพยาบาลระดับกลางหรือมีบริการตลอดและผ่าตัด ให้มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าระบบอัตโนมัติติดได้เองภายในไม่เกิน 5 วินาทีที่มีกำลังสำรองไม่น้อยกว่า 20% ของปริมาณการใช้ไฟของโรงพยาบาลและส่งกำลังถึงจุดสำคัญได้ทุกจุด

(6.4.2) ให้มีการแยกขยะอย่างน้อยแยกเป็นขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป

(6.4.3.1) ขยะติดเชื้อ

(6.4.3.2) ขยะอันตราย เศษแก้ว, ของมีคม, หลอดยาที่ใช้แล้ว ฯลฯ

(6.4.3.3) ขยะทั่วไป เศษอาหาร

(6.4.3) ให้มีถังพักขยะ

(6.4.3.1) ประจำห้อง/เตียง

(6.4.3.2) ประจำแผนกหรือหอผู้ป่วย

(6.4.3.3) ถังพักของโรงพยาบาล

(6.4.4) ถังพักรวมของ โรงพยาบาลอยู่ที่มิดชิดไม่ส่งกลิ่นรบกวน และอยู่นอก

อาคารผู้ป่วย

(6.4.5) มีพนักงานเพื่อการดูแลรวบรวมขยะ

(6.5) ระบบแก้สทางการแพทย์

(6.5.1) สถานพยาบาล ให้มีระบบส่งแก้สที่ใช้งานประจำเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย

(6.5.2) สถานที่ตั้งเก็บให้มิดชิดมีการระบายอากาศในที่เก็บดี ปลอดภัย

จากไฟฟ้าสถิตย์ การขนส่งเข้าถึงสะดวกไม่ส่งเสียงรบกวน และไม่เป็นอันตรายต่ออาคารบริการเมื่อเกิดเหตุสุญวิสัยหรือ อุบัติเหตุ

(6.6) ระบบปรับอากาศรวม

ต้องติดตั้งในบริเวณที่ไม่ส่งเสียงหรือก่อเหตุรำคาญผู้ป่วยและอาคารข้างเคียง

มีระบบการหมุนเวียนอากาศที่ดี

ข้อ 7 ลักษณะเฉพาะของหน่วยงานอื่นๆ ที่สนับสนุนการบริการ

(7.1) หน่วยซักฟอก

(7.1.1) มีสถานที่แยกเป็นสัดส่วน มีทางเข้าผ้าสกปรก/ผ้าที่ซักแล้วแยกคนละทาง

(7.1.2) พื้นอาคารทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่าย และระบายน้ำได้ดี

(7.1.3) มีระบบกรองสิ่งสกปรกไขมันก่อนลงท่อบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล

(7.1.4) มีการแยกผ้าเปื้อนติดเชื้อกับผ้าเปื้อนทั่วไป

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- (7.1.5) จัดพื้นที่เป็นสัดส่วน ที่พักรับผ้าเปื้อน ที่คัดกรอง ที่ซักล้าง ที่รีด ที่พับเก็บผ้า สะอาด ที่เก็บวัสดุซักฟอก
- (7.1.6) มีระบบการป้องกันการติดเชื้อเจ้าหน้าที่ และการป้องกันอันตราย จากการปฏิบัติงาน

(7.2) โรงครัว

(7.2.1) มีสถานที่แยกเป็นสัดส่วน

(7.2.1.1) สะอาดเป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักขยะ หรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย

(7.2.1.2) พื้นผนัง ทำด้วยวัสดุถาวร แข็ง เรียบ มีสภาพดีและสะอาด

(7.2.1.3) มีการป้องกัน แมลงวัน เช่น กรงด้วยมุ้งลวด หรือเป็น ห้องปรับอากาศ

(7.2.1.4) มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่นและควัน จากการทำอาหารได้ดี

(7.2.1.5) อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูง จากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และการลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด

(7.2.1.6) มีท่อหรือรางระบายน้ำ ที่มีสภาพดี ไม่แตกรั่ว ระบายน้ำ จากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ ลงสู่ท่อระบายหรือแหล่งบำบัดได้ดีและต้องไม่ ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งสาธารณะ โดยตรง

(7.2.1.7) มีบ่อคัดเศษอาหาร และคักไขมันที่ใช้การได้ดี ก่อนปล่อย ลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

(7.2.1.8) ห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณ ทำเตรียม - ปรุงอาหาร ที่ล้าง - เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี ในบริเวณห้องส้วม

(7.2.1.9) มีระบบแยกรับคำสั่งและจัดอาหารตามสั่ง ได้ตรงกับผู้ป่วย

(7.2.1.10) มีเจ้าหน้าที่มีวุฒิเกี่ยวกับโภชนาการควบคุมและจัดอาหาร ตรงตามสั่งได้ตรงกับโรคของผู้ป่วย

(7.2.1.11) ผู้ปรุงอาหารแต่งกายสะอาดต้องผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว และสวมหมวกสีขาวและผู้เสิร์ฟอาหารแต่งกายสะอาด

(7.3) ลักษณะการบริการของหน่วยจ่ายกลาง

(7.3.1) โครงสร้าง อาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะดวกในการให้บริการ เช่น ทางลาดเชื่อม ระหว่างหน่วยงาน

(7.3.1.1) มีอาคารหรือหน่วยงานแยกเฉพาะเป็นสัดส่วนมีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งสถานที่ตั้งของหน่วยงานชัดเจน

(7.3.1.2) สภาพอาคารคงทนถาวร สะอาดเป็นระเบียบทั้งภายในและภายนอกอาคารไม่มีสัตว์พาหะนำโรค

(7.3.1.3) มีทางสัญจรภายในอาคารเป็นระบบทางเดียว (One Way Traffic)

(7.3.1.4) มีแสงสว่าง ระบายอากาศเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

(7.3.2) จัดพื้นที่ใช้สอยในหน่วยงานเป็นสัดส่วน ถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(7.3.2.1) จัดแบ่งสัดส่วนบริเวณเขตสะอาดและเขตสกปรกชัดเจน

(7.3.2.2) มีห้องหรือบริเวณทำงานของหัวหน้าหน่วยงาน

(7.3.2.3) มีห้องหรือบริเวณที่เปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่มีราวจวนหรือตู้เสื้อผ้าชั้นวางรองเท้า ซึ่งแยกรองเท้าภายนอกออกจากรองเท้าภายใน มีอ่างล้างมือพร้อมอุปกรณ์ล้างมือ, ห้องน้ำ, ห้องส้วม

(7.3.2.4) มีอุปกรณ์ดับเพลิงประจำหน่วยงาน

(7.3.3) มีครุภัณฑ์ใช้ในการปฏิบัติงานเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งาน

(7.3.4) มีรถส่งของสะอาดแยกต่างหากจากรับของสกปรก

(7.3.5) มีอุปกรณ์ป้องกัน เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

(7.3.6) การทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อถูกต้องตามหลักเทคนิค

(7.3.6.1) มีห้องหรือบริเวณล้างและนึ่งเครื่องมือ

(7.3.6.2) ล้างทำความสะอาดเครื่องมือ การจัดห่อเครื่องมือถูกต้องตามหลักเทคนิค

(7.3.6.3) ปิดห่อเครื่องมือด้วยเทปกาว ใส Sterile tape ที่ห่อเครื่องมือทุกห่อ

(7.3.6.4) มีห้องหรือบริเวณเตรียมเครื่องมือทำให้ปราศจากเชื้อ มีผู้เก็บเครื่องมือเครื่องใช้สำรอง ชั้น หรือตู้วางเครื่องมือ เครื่องใช้รองหนึ่ง

(7.3.6.5) มีห้องหรือบริเวณทำเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ แยกโต๊ะวางเครื่องมือรองหนึ่งและของปลอดเชื้อ จัดวางเครื่องมือแยกเป็นหมวดหมู่

(7.4) ห้องเก็บศพ ตั้งอยู่ในสถานที่ไม่ประเจิดประเจ้อ

(7.4.1) มีตู้เย็นเก็บศพ ซึ่งมีประสิทธิภาพในการใช้งาน

(7.4.2) มีเปลรับศพ ซึ่งมีล้อเลื่อน

(7.4.3) มีอ่างล้างมือ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(7.4.4) มีโต๊ะตรวจศพ

(7.4.5) มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลอย่างน้อย 1 คน

(7.4.6) รถรับส่งเข้าถึงได้สะดวก

(7.5) ลักษณะเฉพาะของรถพยาบาลที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีดังนี้

(7.5.1) มีอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ สำหรับใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพโดยเฉพาะ ดังนี้

(7.5.1.1) AIRWAY maintenance equipment (Oropharyngeal airway, Nasopharyngeal airway, Endotracheal tube สำหรับเด็กและผู้ใหญ่, Laryngoscope (Handle), Laryngoscope (Blade โค้ง, ตรง), Tracheostomy tube สำหรับเด็กและผู้ใหญ่, เครื่องดูดเสมหะ (Suction tube) ขนาดต่างๆ

(7.5.1.2) Breathing equipment (Oxygen nasal cannula, Oxygen mask, สายยางต่อ oxygen, Self – Inflating Lung bag with connecting tube)

(7.5.1.3) Circulatory Support equipment (Intravenous cannula สำหรับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือ CVP measurement) (Intravenous catheter No. 16, 18, 20, 22, 24, 25)

(7.5.1.4) Drug (Adrenaline, Atropine, Sodium bicarbonate, Lidocaine, Lasix, 50% glucose, Dopamine, Isuprel, Calcium gluconate, Levophed, Bretylium, Verapamil, Procainamide, Sterile water สำหรับผสมยา

(7.5.1.5) Electrocardiography (เครื่องมือ EKG, EKG paper, jelly cream)

(7.5.1.6) Fibrillation treatment (เครื่อง Defibrillator, jelly)

(7.5.1.7) อุปกรณ์อื่นๆ (Syringe 2, 5, 10, 20, 50 cc. หัวเข็มขนาดต่างๆ, กระบอกสำลี, 70% Alcohol, Povidine – Iodine, เชือกผูกท่อช่วยหายใจหรือหลอดคอ, Plaster, กรรไกร, Magill, s Forceps, K – Y jelly, Sterile latex gloves, CPR board)

(7.5.1.8) ชุดเครื่องมือ (Set เจาะคอ, Set ใต้วาง chest drain, Set cut – down)

อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ จัดเรียงไว้ในรถฉุกเฉิน ตามลำดับการใช้ก่อนและหลังไม่เก็บของที่จำเป็นไว้ในรถฉุกเฉิน

ข้อ 8 องค์ประกอบพื้นฐานที่สถานพยาบาลประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน กำหนดให้มีลักษณะพื้นฐานของสถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไปและสถานพยาบาลเฉพาะสาขา/ทาง ดังต่อไปนี้

อันดับ	ลักษณะพื้นฐานที่กำหนด	เวชกรรมทั่วไประดับต้น	เวชกรรมทั่วไประดับกลาง	เวชกรรมทั่วไประดับสูง	เฉพาะสาขา/ทาง
1	สถานที่จอดรถ - 10 คันขึ้นไป - 30 คันขึ้นไป - 60 คันขึ้นไป	มี ไม่กำหนด ไม่กำหนด	มี มี มี	มี มี มี	มี ไม่กำหนด ไม่กำหนด
2	สถานที่จอดรถฉุกเฉิน	มี	มี	มี	มี
3	ห้องฉุกเฉิน	มี	มี	มี	มี
4	ห้องตรวจโรค	มี	มี	มี	มี
5	ห้องตรวจพิเศษ	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด	มี	มี (เฉพาะสาขา/
6	โถงทางเดิน	มี	มี	มี	ทาง)
7	ห้องจ่ายยา	มี	มี	มี	มี
8	คลังยา	ไม่กำหนด	มี	มี	มี
9	ห้องปฏิบัติการ	มี (พื้นฐาน)	มี	มี	มี
10	ห้องเอ็กซ-เรย์	มี (พื้นฐาน)	มี	มี	มี
11	ห้องคลอด	มี	มี	มี	มี
12	ห้องผ่าตัด	มี	มี	มี	มี
13	ห้องพักรักษา	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด	มี	มี
14	ห้องผู้ป่วยหนัก	ไม่กำหนด	มี	มี	ไม่กำหนด
15	ห้องไตเทียม	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด	มี	ไม่กำหนด
16	ห้องพักรักษาผู้ป่วย	มี	มี	มี	ไม่กำหนด มี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

อันดับ	ลักษณะพื้นฐานที่กำหนด	เวชกรรมทั่วไประดับต้น	เวชกรรมทั่วไประดับกลาง	เวชกรรมทั่วไประดับสูง	เฉพาะสาขา/ทาง
17	ห้องเตรียมอาหารผู้ป่วย	ไม่กำหนด	มี	มี	มี
18	หน่วยจ่ายกลาง	มี	มี	มี	มี
19	หน่วยซักฟอก	มี	มี	มี	มี
20	ห้องพักเก็บศพ	ไม่กำหนด	มี	มี	มี
21	รถพยาบาล	มี	มี	มี	มี

ข้อ 9 ความสามารถในการให้บริการของสถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไประดับต้นระดับกลาง และระดับสูง ให้เป็นไปตามบัญชีที่แนบนี้

ข้อ 10 ความสามารถในการให้บริการของสถานพยาบาลตามข้อ 4 – 9 ให้เป็นไปตามที่ได้รับอนุญาต

ข้อ 11 สถานพยาบาลจะให้บริการนอกเหนือจากที่ได้รับอนุญาตแล้วมิได้

สั่ง ณ วันที่.....พ.ศ. 2541

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลบางส่วน จากหนังสือทำเนียบโรงพยาบาล

และสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540 - 2541

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กฎกระทรวง

กฎกระทรวงฉบับที่ 33 (พ.ศ. 2535)

พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522

- อาคารสถานพยาบาล เป็นอาคารควบคุมโดยห้ามก่อสร้างดัดแปลงก่อนได้รับอนุญาต
- ห้ามดัดแปลงอาคารอื่น มาเป็น สถานพยาบาล ยกเว้นแต่ได้รับอนุญาต
- อาคารสูง หมายถึง อาคารที่มีความสูงตั้งแต่ 25.00 เมตรขึ้นไป โดยวัดความสูงจากระดับพื้นจนถึงพื้นคาบฟ้า
- อาคารขนาดใหญ่พิเศษ หมายถึง อาคารที่มีพื้นที่ใช้สอยชั้นใดชั้นหนึ่ง หรือทุกชั้นรวมกันเกิน 10,000 ตารางเมตร ขึ้นไป

หมวดที่ 1

- ที่ดินที่ใช้เป็นพื้นที่ของอาคารสูง หรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ที่มีพื้นที่อาคารรวมไม่เกิน 30,000 ตารางเมตร ต้องมีด้านหนึ่งด้านใดของที่ดินนั้นยาวไม่น้อยกว่า 12.00 เมตร ดิถนนสธารณะนั้นต้องมีเขตกว้างไม่น้อยกว่า 10.00 เมตร ยาวต่อเนื่องกันโดยตลอด นับตั้งแต่ตั้งอาคารจนไปเชื่อมต่อกับถนนสาธารณะอื่นที่มีเขตกว้างไม่น้อยกว่า 10.00 เมตร

สำหรับที่ดินที่ใช้เป็นที่ตั้งของอาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ที่มีพื้นที่อาคารมากกว่า 30,000 ตารางเมตร ต้องมีด้านหนึ่งด้านใดของที่ดินนั้นยาวไม่น้อยกว่า 12.00 เมตร ดิถนนสธารณะที่มีเขตกว้างไม่น้อยกว่า 18.00 เมตร และถนนสาธารณะนั้นต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 18.00 เมตร และถนนสาธารณะนั้นต้องมีเขตทางกว้างไม่น้อยกว่า 18.00 เมตร

ชั้น 3 – 7 อาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ

1. มีถนนหรือที่ว่างโดยรวมอาคารอย่างน้อย 6.00 เมตร เพื่อให้รถดับเพลิงเข้าออกได้
2. มีพื้นที่หรือผนังอาคารห่างจากที่ดินของผู้อื่น อย่างน้อย 6.00 เมตร
3. มีค่าอัตราส่วนพื้นที่อาคารรวมกันทุกชั้นต่อพื้นที่ดินของอาคารทุกหลังไม่เกิน 10 : 1
4. อาคารที่ไม่ได้เพื่อเป็นที่อยู่อาศัย ต้องมีที่ว่างร้อยละ 10 ของพื้นที่ดินแปลงนั้น

- พื้นอาคารส่วนที่ต่ำกว่าระดับถนนหน้าอาคารตั้งแต่ชั้น 3 ลงไป หรือต่ำกว่าระดับถนนตั้งแต่ 7.00 เมตรลงไป ต้องจัดให้มีระบบลิฟต์ตามหมวด 6 และต้องจัดให้บันไดหนีไฟทุกค้ำ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5.	ห้องครัว	30
ลำดับที่	สถานที่	ลูกบาศก์เมตร / ชั่วโมง
6.	โรงพยาบาล	
	- ห้องคนไข้	2
	- ห้องผ่าตัดและห้องคลอด	8
	- ห้อง ไอ.ซี.ยู	5

ห้ามนำสารทำความเย็นชนิดเป็นอันตรายต่อร่างกาย หรือติดไฟง่าย มาใช้กับระบบปรับภาวะอากาศที่ใช้สารทำความเย็นโดยตรง

ระบบปรับภาวะอากาศด้วยน้ำ ห้ามต่อท่อน้ำของระบบปรับภาวะอากาศ เข้ากับท่อน้ำของระบบการประปาโดยตรง

ระบบท่อลมของระบบปรับภาวะอากาศ ต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

(ก) ท่อลม วัสดุหุ้มลม และวัสดุภายในท่อลม ต้องเป็นวัสดุที่ไม่ติดไฟและไม่เป็นส่วนที่ทำให้เกิดควันเมื่อเกิดเพลิงไหม้

(ข) ท่อลมส่วนที่ติดตั้งผนังกันไฟ หรือพื้นที่ทำด้วยวัสดุทนไฟ ต้องติดตั้งลิ้นกันไฟที่ปิดอย่างสนิทโดยอัตโนมัติ เมื่ออุณหภูมิสูงเกินกว่า 74 องศาเซลเซียส และลิ้นกันไฟต้องมีอัตราการทนไฟไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที

(ค) ห้ามใช้ทางเดินร่วม บันได ช่องบันได ช่องลิฟต์ของอาคารเป็นส่วนหนึ่งของระบบท่อลมส่งหรือระบบท่อลมกลับเว้นแต่ส่วนที่เป็นพื้นที่ว่างระหว่างเพดานกับพื้นห้องชั้นเหนือขึ้นไป หรือหลังคาที่มีส่วนประกอบของเพดาน ซึ่งมีอัตราการทนไฟไม่น้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง

การขับเคลื่อนอากาศของระบบปรับภาวะอากาศ ต้องมีลักษณะดังนี้

(ก) มีสวิตช์พัลลมของระบบการขับเคลื่อนอากาศที่เปิดปิดด้วยมือ จะต้องติดตั้งในที่ที่เหมาะสมและสามารถปิดสวิตช์ได้ทันทีเมื่อเกิดเพลิงไหม้

(ข) ระบบปรับภาวะอากาศที่ลมหมุนเวียนตั้งแต่ 50 ลูกบาศก์เมตรต่ออนาที ขึ้นไป ต้องติดตั้งอุปกรณ์ตรวจจับควัน หรืออุปกรณ์ตรวจสอบการเกิดอัคคีภัยที่มีสมรรถนะไม่ด้อยกว่าอุปกรณ์ตรวจจับควัน ซึ่งสามารถบังคับให้สวิตช์หยุดการทำงานของระบบได้โดยอัตโนมัติ

ข้อ 11 อาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ต้องมีระบบจ่ายพลังงานไฟฟ้าเพื่อการแสงสว่างหรือกำลัง ซึ่งจะต้องมีการเดินสายและติดตั้งอุปกรณ์ไฟฟ้าตามมาตรฐานของการไฟฟ้านครหลวง หรือการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

ข้อ 13 อาคารสูงต้องมีระบบป้องกันอันตรายจากฟ้าผ่า ซึ่งประกอบด้วยเสาต่อฟ้า สายต่อฟ้า สายนำลงดิน และหลักสายดิน ที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบสำหรับสายนำลงดิน ต้องมีขนาดพื้นที่ภาพตัดขวางเทียบได้ไม่น้อยกว่าสายทองแดงตีเกลียวขนาด 30 มิลลิเมตร สายนำลงดินนี้ต้องเป็นระบบที่แยกอิสระจากระบบสายดินอื่น

อาคารแต่ละหลังต้องมีสายตัวนำโดยรอบอาคาร และมีสายนำลงดินต่อจากสายตัวนำ ห่างกันทุกระยะไม่เกิน 30 เมตร วัดตามแนวของรอบอาคาร ทั้งนี้สายนำลงดินของอาคาร แต่ละหลังต้องมีไม่น้อยกว่าสองสาย

เหล็กเสริมหรือเหล็กรูปพรรณ ในโครงสร้างอาคารอาจใช้เป็นสายนำลงดินได้ แต่ต้องมีระบบการถ่ายประจุไฟฟ้าจากโครงสร้างสู่หลักสายดินได้ถูกต้องตามหลักวิชาการช่าง

ข้อ 14 อาคารสูงหรืออาคารใหญ่พิเศษ ต้องมีระบบจ่ายไฟฟ้าสำรอง กรณีฉุกเฉิน ซึ่งแยกจากระบบอื่นและสามารถจ่ายได้โดยอัตโนมัติทันที โดยต้องจ่ายได้ไม่น้อยกว่า 2 ชม. เครื่องหมายแสดงทางฉุกเฉิน ห้องโถง บันได และระบบสัญญาณเตือนภัย

ตลอดเวลาที่ใช้งานสำหรับลิฟต์ดับเพลิง เครื่องสูบน้ำดับเพลิง ห้องช่วยชีวิต ฉุกเฉิน ระบบสื่อสาร เพื่อความปลอดภัยของสาธารณะ และกระบวนการผลิตทางอุตสาหกรรม ที่ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพอนามัย เมื่อกระแสไฟฟ้าขัดข้อง

ข้อ 15 กระแสไฟฟ้าที่ใช้กับลิฟต์ดับเพลิง ต้องต่อจากแผงสวิทช์ประธานของอาคาร โดยแยกเป็นวงจรต่างหากจากวงจรทั่วไป วงจรไฟฟ้าสำรองสำหรับลิฟต์ดับเพลิงต้องมีการป้องกันอันตรายจากเพลิงไหม้อย่างดีพอ

ข้อ 16 ในอาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษต้องมีระบบสัญญาณเตือนอัคคีภัยทุกชั้น ของระบบสัญญาณเตือนภัยอย่างน้อยต้องประกอบด้วย

(1) อุปกรณ์ส่งสัญญาณเพื่อหนีไฟ ต้องเป็นอุปกรณ์ที่สามารถส่งเสียงหรือสัญญาณ ให้คนที่อยู่ในอาคารได้ยินหรือทราบโดยทั่วถึง

(2) อุปกรณ์แจ้งเหตุ ซึ่งมีทั้งระบบแจ้งเหตุอัตโนมัติ และระบบแจ้งเหตุที่ใช้มือ เพื่อให้อุปกรณ์ตาม (1) ทำงาน

ข้อ 18 อาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ต้องมีระบบป้องกันอัคคีภัย ซึ่งประกอบด้วย ระบบท่อขึ้น ที่เก็บน้ำสำรอง และหัวรับน้ำดับเพลิง ดังนี้

(1) ท่อขึ้นต้องเป็น โลหะผิวเรียบที่สามารถทนความดันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 1.2 เมกกะปาสกาลเมตร โดยท่อดังกล่าวต้องทำด้วยสแตนเลสและติดตั้งตั้งแต่ชั้นล่างสุด ไปยังชั้นสูงสุดของอาคาร ระบบท่อขึ้นทั้งหมดต้องต่อเข้ากับท่อประธานส่งน้ำและระบบส่งน้ำ จากแหล่งน้ำของอาคารและจากหัวรับน้ำดับเพลิงนอกอาคาร

(2) ทุกชั้นของอาคารต้องจัดให้มีตู้หัวฉีดน้ำดับเพลิง ซึ่งประกอบด้วยหัวต่อสายฉีดน้ำดับเพลิงพร้อมสายฉีดน้ำดับเพลิงขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 25 มิลลิเมตร (1 นิ้ว) และหัวต่อสายฉีดน้ำดับเพลิงชนิดหัวต่อสวมเร็วขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 65 มิลลิเมตร (2 ½ นิ้ว) พร้อมทั้งฝาครอบและโซ่ร้อยติดไว้ทุกระยะห่างกันไม่เกิน 64.00 เมตร ถ้าใช้สายฉีดน้ำดับเพลิงยาวไม่เกิน 30.00 เมตร ต่อจากตู้หัวฉีดน้ำดับเพลิงแล้วสามารถนำไปใช้ดับเพลิงในพื้นที่ทั้งหมดในชั้นนั้นได้

(3) อาคารสูงต้องมีที่เก็บน้ำสำรองเพื่อใช้เฉพาะในการดับเพลิง และต้องมีระบบส่งน้ำที่มีความดันต่ำสุดที่หัวต่อฉีดน้ำดับเพลิงที่ชั้นสูงสุดไม่น้อยกว่า 0.45 เมกะปาสกาลมาตร แต่ไม่เกิน 0.7 เมกะปาสกาลมาตร ด้วยอัตราการไหล 30 ลิตรต่อวินาที โดยให้มีประตูน้ำปิดเปิดและประตูกันน้ำไหลกลับอัตโนมัติด้วย

(4) หัวรับน้ำดับเพลิงที่ติดตั้งภายนอกอาคารต้องเป็นชนิดขัดต่อสวมเร็วขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 65 มิลลิเมตร (2 1/2 นิ้ว) ที่สามารถรับน้ำจากรถดับเพลิงที่มีข้อต่อส่วนเร็วแบบมีเขี้ยว ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 65 มิลลิเมตร (2 1/2 นิ้ว) ที่หัวรับน้ำดับเพลิงต้องมีฝาปิดเปิดที่มีโซ่ร้อยติดไว้ ด้วยระบบท่อยื่นทุก ๆ หนึ่งชุดต้องมีหัวรับน้ำดับเพลิงนอกอาคารหนึ่งหัวในทีที่พนักงานดับเพลิงเข้าถึงได้โดยสะดวกรวดเร็วที่สุด และให้ใกล้หัวต่อดับเพลิงสาธารณะมากที่สุด บริเวณที่ใกล้หัวรับน้ำดับเพลิงนอกอาคารต้องมีข้อความเขียนด้วยสีสะท้อนแสงว่า "หัวรับน้ำดับเพลิง"

(5) ปริมาณการส่งจ่ายน้ำสำรองต้องมปริมาณการจ่ายไม่น้อยกว่า 30 ลิตรต่อวินาทีสำหรับท่อขึ้นท่อแรก และไม่น้อยกว่า 35 ลิตรต่อวินาที สำหรับท่อขึ้นแต่ละท่อที่เพิ่มขึ้นในอาคารหลังเดียวกัน แต่รวมแล้วไม่จำเป็นต้องมากกว่า 45 ลิตรต่อวินาที เป็นเวลารวมไม่น้อยกว่า 30 นาที

ข้อ 19 อาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ นอกจากมีระบบป้องกันอัคคีภัยตามข้อ 18 แล้ว ต้องติดตั้งเครื่องดับเพลิงแบบมือถือตามชนิดและขนาดที่เหมาะสมสำหรับดับเพลิงที่เกิดจากประเภทของวัสดุที่มีในแต่ละชั้นไว้หนึ่งเครื่องต่อพื้นที่อาคารไม่เกิน 1,000 ตารางเมตร ทุกระยะไม่เกิน 45.00 เมตร แต่ไม่น้อยกว่าชั้นละ 1 เครื่อง

การติดตั้งเครื่องดับเพลิงตามวรรคหนึ่งต้องติดตั้งให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน 1.50 เมตร ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้และสามารถเข้าใช้สอยได้โดยสะดวก

เครื่องดับเพลิงแบบมือถือต้องมีขนาดบรรจุสารเคมีไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ข้อ 20 อาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษต้องจัดให้มีระบบดับเพลิงอัตโนมัติ เช่น SPRINKER SYSTEM หรือระบบอื่นที่เทียบเท่า ที่สามารถทำงานได้ด้วยตัวเองทันทีเมื่อมีเพลิงไหม้ โดยให้สามารถทำงานครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดทุกชั้นในการนี้

ข้อ 22 อาคารสูงต้องมีบันไดหนีไฟสู่ชั้นสูงสุดหรือคาดฟ้าอย่างน้อย 2 บันได อยู่ในที่ตั้งซึ่งบุคคลไม่ว่าจะอยู่ ณ จุดใด ของอาคารสามารถมาถึงบันไดหนีไฟได้สะดวก แต่ละบันไดหนีไฟต้องอยู่ห่างกันไม่เกิน 60.00 เมตร เมื่อวัดตามแนวทางเดิน

ข้อ 23 บันไดหนีไฟต้องทำด้วยวัสดุทนไฟและไม่ผุกร่อน เช่น คอนกรีตเสริมเหล็ก เป็นต้น มีความกว้างไม่น้อยกว่า 50 เซนติเมตร ลุกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 22 เซนติเมตร และลูกตั้งสูงไม่เกิน 20 เซนติเมตร มีชานพักกว้างไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร และมีราวบันไดอย่างน้อยหนึ่งด้าน ห้ามสร้างบันไดหนีไฟแบบเป็นบันไดเวียน

ข้อ 24 บันไดหนีไฟและชานพักส่วนที่อยู่ภายนอกอาคารต้องมีผนังด้านที่บันไดพาดผ่านเป็นผนังกันไฟ

ข้อ 25 บันไดหนีไฟที่อยู่ภายในอาคารต้องมีอากาศถ่ายเทจากภายนอกอาคารได้ แต่ละชั้นต้องมีช่องระบายอากาศซึ่งมีพื้นที่รวมกันไม่น้อยกว่า 1.4 ตารางเมตร เปิดสู่ภายนอกอาคารได้ หรือมีระบบอัดลมภายในช่องบันไดหนีไฟ ที่มีความดันลมขณะใช้งาน ไม่น้อยกว่า 3.86 ปาสกาลมาตร ซึ่งทำงานได้โดยอัตโนมัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้

ข้อ 26 บันไดหนีไฟที่อยู่ภายในอาคารต้องมีผนังกันไฟโดยรอบ ยกเว้นช่องระบายอากาศ และต้องมีแสงสว่างจากระบบไฟฟ้าฉุกเฉินให้มองเห็นช่องทางได้ขณะเพลิงไหม้ และมีป้ายบอกชั้นและป้ายบอกทางหนีไฟที่ด้านในและด้านนอกของประตูหนีไฟทุกชั้นด้วยตัวอักษรที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน โดยตัวอักษรต้องมีขนาดไม่เล็กกว่า 10 เซนติเมตร

ข้อ 27 ประตูหนีไฟต้องทำด้วยวัสดุทนไฟ ทำเป็นบานเปิดชนิดผลักออกสู่ภายนอกพร้อมติดตั้งอุปกรณ์ชนิดที่บังคับให้บานประตูปิดได้เอง มีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร สูงไม่น้อยกว่า 1.40 เมตร และต้องสามารถเปิดออกได้โดยสะดวกตลอดเวลา ประตูหรือทางออกสู่บันไดหนีไฟต้องไม่มีขั้นหรือธรณีประตูหรือขอบกั้น

ข้อ 28 อาคารสูงต้องจัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับบุคคลภายนอกเข้าไปบรรเทาสาธารณภัยที่เกิดในอาคาร ได้ทุกชั้น ช่องทางเฉพาะนี้จะป็นลิฟต์ดับเพลิงหรือช่องบันไดหนีไฟก็ได้ และทุกชั้นจะต้องจัดให้มีห้องว่างที่มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6.00 ตารางเมตร ติดต่อกับช่องทางนี้ และเป็นบริเวณที่ปลอดภัยจากเปลวไฟ และควันเช่นเดียวกับช่องบันไดหนีไฟและเป็นที่ตั้งของตู้หัวฉีดน้ำดับเพลิงประจำชั้นของอาคาร

ข้อ 29 อาคารสูงต้องมีคาดฟ้าและมีพื้นที่บนคาดฟ้าขนาดกว้าง ยาว ด้านละไม่น้อยกว่า 6.00 เมตร เป็นที่ว่างเพื่อใช้เป็นทางหนีไฟทางอากาศได้ และต้องจัดให้มีทางหนีไฟ

บนชั้นคาบฟ้านำไปสู่บันไดหนีไฟได้สะดวกทุกบันได หรือมีอุปกรณ์เครื่องช่วยในการหนีไฟจากอาคาร ลงสู่พื้นดินได้โดยปลอดภัย

หมวด 3

ข้อ 31 การระบายน้ำฝนออกจากอาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษจะระบายลงสู่ แหล่งรองรับน้ำทิ้งโดยตรงก็ได้ แต่ต้องไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายต่อสุขภาพ ชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน หรือกระทบกระเทือนต่อการรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

ข้อ 32 ระบบบำบัดน้ำเสียจะเป็นระบบอิสระ เฉพาะอาคารหรือเป็นระบบรวมของส่วนกลางก็ได้ แต่ต้องไม่ก่อให้เกิดเสียง กลิ่น ฟอง หรือกาก เป็นต้น ที่เกิดจากการบำบัดนั้น จนถึงขนาดที่อาจเกิดภัยอันตรายต่อสุขภาพ ชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อการรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม หรือความเดือดร้อนรำคาญ แก่ประชาชนผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง

ข้อ 33 น้ำเสียต้องผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย จนเป็นน้ำทิ้งก่อนระบายสู่แหล่งรองรับน้ำทิ้ง โดยคุณภาพน้ำทิ้งให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เรื่องกำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งจากอาคาร

ข้อ 34 ทางระบายน้ำทิ้งต้องมีลักษณะที่สามารถตรวจสอบและทำความสะอาดได้โดยสะดวก ในกรณีที่ทางระบายน้ำเป็นแบบท่อปิดต้องมีบ่อตรวจระบายน้ำ ทุกระยะไม่เกิน 8.00 เมตร และทุกมุมเสียด้วย

ข้อ 35 ในกรณีที่แหล่งรองรับน้ำทิ้งมีขนาดไม่เพียงพอจะรองรับน้ำทิ้งที่ระบายจากอาคาร ในช่วงโมงการใช้น้ำสูงสุด ให้มีที่พักน้ำทิ้งเพื่อรองรับปริมาณน้ำทิ้งที่เกินกว่าแหล่งรองรับน้ำทิ้งจะรับได้ก่อนที่จะระบายสู่แหล่งรองรับน้ำทิ้ง

หมวด 4

ข้อ 36 อาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ต้องมีระบบท่อจ่ายน้ำประปาที่มีแรงดันน้ำในท่อจ่ายน้ำและปริมาณน้ำประปาซึ่งเป็นไปตามกำหนดดังนี้

(1) แรงดันน้ำในระบบท่อจ่ายน้ำที่จุดน้ำเข้าเครื่องสุขภัณฑ์ ต้องมีแรงดันในช่วงโมงการใช้น้ำสูงสุดไม่น้อยกว่า 0.1 เมกะปาสกาลเมตร

(2) ปริมาณการใช้้ำสำหรับจ่ายให้แก่ผู้ใช้น้ำทั้งอาคาร สำหรับประเภทเครื่องสุขภัณฑ์ แต่ละชนิดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กำหนด ดังนี้

ตารางเปรียบเทียบปริมาณน้ำประปาคิดเป็นหน่วยสุขภัณฑ์เพื่อหาปริมาณน้ำ

ประเภทเครื่องสุขภัณฑ์	ชนิดของเครื่องควบคุม	หน่วยสุขภัณฑ์ (FIXTURE UNIT)	
		ส่วนบุคคล	สาธารณะ
ส้วม	ประตุน้ำล้าง (FLUSH VALUE)	6	10
ส้วม	ถังน้ำล้าง (FLUSH TANK)	3	5
ที่ปัสสาวะ	ประตุน้ำล้าง (FLUSH VALUE)	5	10
ที่ปัสสาวะ	ถังน้ำล้าง (FLUSH TANK)	3	5
อ่างล้างมือ	ก๊อกน้ำ	1	2
ฝักบัว	ก๊อกน้ำ	2	4
อ่างอาบน้ำ	ก๊อกน้ำ	2	4

ข้อ 37 ระบบท่อจ่ายน้ำต้องมีวิธีป้องกันมิให้สิ่งปนเปื้อนจากภายนอก เข้าไปในท่อจ่ายน้ำได้

ในกรณีที่ระบบท่อจ่ายน้ำแยกกัน ระหว่างน้ำดื่มกับน้ำใช้ ต้องแยกชนิดของท่อจ่ายน้ำให้ชัดเจน ห้ามต่อท่อจ่ายน้ำทั้งสองระบบเข้าด้วยกัน

หมวด 5

ข้อ 38 ในอาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ต้องมีการจัดเก็บขยะมูลฝอยโดยวิธีขนลำเลียงหรือทิ้งลงปล่องทิ้งมูลฝอย

ข้อ 39 การคิดปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นในอาคาร ให้คิดจากอัตราการใช้ดังนี้

(1) การใช้เพื่อการอยู่อาศัย ปริมาณมูลฝอยไม่น้อยกว่า 2.40 ลิตรต่อคนต่อวัน

(2) การใช้เพื่อการพาณิชย์กรรม หรือการอื่น ปริมาณมูลฝอยไม่น้อยกว่า 0.4 ลิตรต่อพื้นที่หนึ่งตารางเมตรต่อวัน

ข้อ 40 อาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษต้องจัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยที่มีลักษณะดังนี้

(1) ต้องมีขนาดความจุไม่น้อยกว่า 3 เท่าของปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน

ตามข้อ 41

(2) ผนังต้องทำด้วยวัสดุถาวรและทนไฟ

(3) พื้นผิวภายในต้องเรียบและกันน้ำซึม

(4) ต้องมีการป้องกันกลิ่นและน้ำฝน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(5) ต้องมีการระบายน้ำเสียจากมูลฝอยเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

(6) ต้องมีการระบายอากาศและป้องกันน้ำเข้า

ที่พักรวมมูลฝอยต้องมีระยะห่าง จากสถานที่ประกอบอาคาร และสถานที่เก็บอาคาร ไม่น้อยกว่า 4.00 เมตร แต่ถ้าที่พักรวมมูลฝอยมีขนาดความจุเกิน 3 ลูกบาศก์เมตร ต้องมีระยะห่างไม่น้อยกว่า 16.00 เมตร และขนย้ายมูลฝอยได้โดยสะดวก

ข้อ 41 ที่พักรวมมูลฝอยของอาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ต้องมีลักษณะดังนี้

(1) ฝา ผนัง และประตู ต้องแข็งแรงทนทาน ประตูต้องปิดได้สนิท เพื่อป้องกันกลิ่น

(2) ขนาดเหมาะสมกับสถานที่และสะดวกต่อการทำความสะอาด

ข้อ 42 ปล่องทิ้งมูลฝอยของอาคารสูงหรืออาคารขนาดใหญ่พิเศษ ต้องมีลักษณะดังนี้

(1) ต้องทำด้วยวัสดุทนไฟ มีขนาดความกว้างในแต่ละด้านหรือเส้นผ่านศูนย์กลาง ไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร ผิวภายในเรียบทำความสะอาดได้ง่าย ไม่มีส่วนใดที่จะทำให้มูลฝอย ติดค้าง

(2) ประตูหรือช่องทิ้งมูลฝอยต้องทำด้วยวัสดุทนไฟและปิดสนิทเพื่อป้องกันมิให้มูลฝอย ปลิวย้อนกลับและติดค้างได้

(3) ต้องมีการระบายอากาศเพื่อป้องกันกลิ่นรบกวน

(4) ปลายล่างของปล่องทิ้งมูลฝอยต้องมีประตูปิดสนิทเพื่อป้องกันกลิ่น

หมวด 6

ข้อ 43 ลิฟต์โดยสารและลิฟต์ดับเพลิงแต่ละชุดที่ใช้กับอาคารสูง ให้มีขนาดมวลบรรทุก ไม่น้อยกว่า 630 กิโลกรัม

ข้อ 44 อาคารสูงต้องมีลิฟต์ดับเพลิงอย่างน้อยหนึ่งชุด ซึ่งมีรายละเอียดอย่างน้อยดังนี้

(1) ลิฟต์ดับเพลิงต้องจอดได้ทุกชั้นของอาคาร และต้องมีระบบควบคุมพิเศษ สำหรับพนักงานดับเพลิงใช้ขณะเกิดอัคคีภัยโดยเฉพาะ

(2) บริเวณห้องโถงหน้าลิฟต์ดับเพลิงทุกชั้นต้องติดตั้งตู้สายฉีดน้ำดับเพลิง หรือหัวต่อ สายฉีดน้ำดับเพลิงและอุปกรณ์ดับเพลิงอื่น ๆ

(3) ห้องโถงหน้าลิฟต์ดับเพลิงทุกชั้นต้องมีผนังหรือประตูที่ทำด้วยวัสดุทนไฟปิดกั้น มิให้เปลวไฟหรือควันเข้ามาได้ มีหน้าต่างเปิดออกสู่ภายนอกอาคารได้โดยตรง หรือมีระบบ อัดลมภายในห้องโถงลิฟต์ดับเพลิงที่มีความดันขณะใช้งาน ไม่น้อยกว่า 3.86 ปาสกาลเมตร และทำงานได้โดยอัตโนมัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้

(4) ระยะเวลาในการเคลื่อนที่อย่างต่อเนื่องของลิฟต์ดับเพลิงระหว่างชั้นล่างสุด กับชั้นบนสุดของอาคารต้องไม่เกิน 1 นาที

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ทั้งนี้ ในเวลาปกติลิฟต์ดับเพลิงสามารถใช้เป็นลิฟต์โดยสารได้

ข้อ 45 ในปล่องลิฟต์ห้ามติดตั้งท่อสายไฟฟ้า ท่อส่งน้ำ ท่อระบายน้ำ และ อุปกรณ์ต่าง ๆ เว้นแต่เป็นส่วนประกอบของลิฟต์หรือจำเป็นสำหรับการทำงานและการดูแลรักษาลิฟต์

ข้อ 46 ลิฟต์ต้องมีระบบและอุปกรณ์การทำงานที่ให้ความปลอดภัยด้านสวัสดิภาพและสุขภาพของผู้โดยสารดังนี้

(1) ต้องมีระบบการทำงานที่จะให้ลิฟต์เลื่อนมาหยุดตรงที่จอดชั้นระดับดิน และประตูลิฟต์ต้องเปิดโดยอัตโนมัติเมื่อไฟฟ้าดับ

(2) ต้องมีสัญญาณเตือนและลิฟต์ต้องไม่เคลื่อนที่เมื่อบรรทุกเกินพิกัด

(3) ต้องมีอุปกรณ์ที่จะหยุดลิฟต์ได้ในระยะที่กำหนดโดยอัตโนมัติ เมื่อตัวลิฟต์มีความเร็วเกินพิกัด

(4) ต้องมีระบบป้องกันประตูลิฟต์หนีผู้โดยสาร

(5) ลิฟต์ต้องไม่เคลื่อนที่เมื่อประตูลิฟต์ปิดไม่สนิท

(6) ประตูลิฟต์ต้องไม่เปิดขณะลิฟต์เคลื่อนที่หรือหยุดไม่ตรงที่จอด

(7) ต้องมีระบบการติดต่อกับภายนอกห้องลิฟต์ และสัญญาณแจ้งเหตุขัดข้อง

(8) ต้องมีระบบแสงสว่างฉุกเฉินในห้องลิฟต์และหน้าชั้นที่จอด

(9) ต้องมีระบบการระบายอากาศในห้องลิฟต์ตามที่กำหนดในข้อ 12 (2)

ข้อ 74 ให้มีคำแนะนำอธิบายการใช้ การขอความช่วยเหลือ การให้ความช่วยเหลือ และข้อห้ามใช้ ดังนี้

(1) การใช้ลิฟต์และการขอความช่วยเหลือให้ติดไว้ในห้องลิฟต์

(2) การให้ความช่วยเหลือให้ติดไว้ที่ข้างประตูลิฟต์ด้านนอกทุกชั้น

(3) ข้อห้ามใช้ลิฟต์ให้ติดไว้ที่ข้างประตูลิฟต์ด้านนอกทุกชั้น

กฎกระทรวง

ฉบับที่ 55 (พ.ศ. 2543)

ออกความตามในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522

“ อาคารสาธารณะ ” หมายความว่า อาคารที่ใช้เพื่อประโยชน์ในการชุมนุมคนได้โดยทั่วไป เพื่อกิจกรรมทางราชการ การเมือง การศึกษา การศาสนา การสังคม การนันทนาการ หรือการพาณิชยกรรม เช่น โรงมหรสพ หอประชุม โรงแรม โรงพยาบาล สถานศึกษา หอสมุด สนามกีฬากลางแจ้ง สนามกีฬาในร่ม ตลาด ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานบริการ ท่าอากาศยาน อุโมงค์ สะพาน อาคารจอดรถ สถานีรถ ท่าจอดเรือ โป๊ะจอดเรือ สุสาน ฌาปนสถาน ศาสนาสถาน เป็นต้น

“ อาคารพิเศษ ” หมายความว่า อาคารที่ต้องการมาตรฐานความมั่นคงแข็งแรงและความปลอดภัยเป็นพิเศษ เช่น อาคารดังต่อไปนี้

ก. อาคารหรือสิ่งที่สูงขึ้นสูงเกิน 15 เมตร หรือสะพานหรืออาคาร หรือโครงหลังคาช่วยหนึ่งเกิน 10 เมตร หรือมีลักษณะโครงการสร้างที่อาจก่อให้เกิดภัยอันตรายต่อสาธารณชนได้

“ อาคารขนาดใหญ่ ” หมายความว่า อาคารที่มีพื้นที่รวมกันทุกชั้นหรือชั้นหนึ่งชั้นใดในหลังเดียวกันเกิน 2,000 ตารางเมตรหรืออาคารที่มีความสูงตั้งแต่ 15.00 เมตรขึ้นไป และมีพื้นที่รวมกันทุกชั้นหรือชั้นหนึ่งชั้นใดในหลังเดียวกันเกิน 1,000 ตารางเมตร แต่ไม่เกิน 2,000 ตารางเมตร การวัดความสูงของอาคารให้วัดจากระดับพื้นดินที่ก่อสร้างถึงพื้นคาบฟ้า สำหรับอาคารทรงจั่วหรือปั้นหยาให้วัดจากระดับพื้นดินที่ก่อสร้างถึงยอดผนังของชั้นสูงสุด

“ สำนักงาน ” หมายความว่า อาคารหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอาคารที่ใช้เป็นสำนักงานหรือที่ทำการ

“ คลังสินค้า ” หมายความว่า อาคารหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอาคารที่ใช้เป็นที่สำหรับเก็บสินค้าหรือสิ่งของเพื่อประโยชน์ทางการค้าหรืออุตสาหกรรม

“ โรงแรม ” หมายความว่า อาคารหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอาคารที่ใช้เป็นโรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม

“ ภัตตาคาร ” หมายความว่า อาคารหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอาคารที่ใช้เป็นที่ขายอาหารหรือเครื่องดื่ม โดยมีพื้นที่สำหรับตั้งโต๊ะอาหารไว้บริการภายในอาคารหรือภายนอกอาคาร

“ วัสดุถาวร ” หมายความว่า วัสดุซึ่งตามปกติไม่เปลืองสภาพไม่ย่อยโดยน้ำ ไฟ หรือดินฟ้าอากาศ

“ วัสดุทนไฟ ” หมายความว่า วัสดุก่อสร้างที่ไม่เป็นเชื้อเพลิง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

“ **พื้น** ” หมายความว่า พื้นที่ของอาคารที่บุคคลเข้าอยู่หรือเข้าใช้สอยได้ภายในขอบเขตของคานหรือตงที่รับพื้น หรือภายในพื้นนั้น หรือภายในขอบเขตของผนังอาคารรวมทั้งเฉลียงหรือระเบียงด้วย

“ **ฝา** ” หมายความว่า ส่วนก่อสร้างในด้านตั้งซึ่งกั้นแบ่งพื้นภายในอาคารให้เป็นห้อง ๆ

“ **ผนัง** ” หมายความว่า ส่วนก่อสร้างในด้านตั้งซึ่งกั้นด้านนอกหรือระหว่างหน่วยของอาคารให้เป็นหลังหรือเป็นหน่วยแยกจากกัน

“ **ผนังกันไฟ** ” หมายความว่า ผนังที่ปิดด้วยอิฐธรรมดาหนาไม่น้อยกว่า 18 เซนติเมตร และไม่มีช่องที่ให้อากาศผ่านได้หรือจะเป็นผนังที่ทำด้วยวัสดุทนไฟอย่างอื่นที่มีคุณสมบัติในการป้องกันไฟได้ดีไม่น้อยกว่าผนังที่ก่อด้วยอิฐธรรมดาหนา 18 เซนติเมตร ถ้าเป็นผนังคอนกรีตเสริมเหล็กต้องหนาไม่น้อยกว่า 12 เซนติเมตร

“ **อิฐธรรมดา** ” หมายความว่า ดินที่สร้างขึ้นเป็นแท่งและได้เผาให้สุก

“ **หลังคา** ” หมายความว่า สิ่งปกคลุมส่วนบนของอาคารสำหรับป้องกันแดดและฝนรวมทั้งโครงสร้างหรือสิ่งใดซึ่งประกอบขึ้นเพื่อยึดเหนี่ยวสิ่งปกคลุมนี้ให้มั่นคงแข็งแรง

“ **ดาดฟ้า** ” หมายความว่า พื้นส่วนบนสุดของอาคารที่ไม่มีหลังคาปกคลุม และบุคคลสามารถขึ้นไปใช้สอยได้

“ **ช่วงบันได** ” หมายความว่า ระยะตั้งบันไดซึ่งมีขั้นต่อเนื่องกัน โดยตลอด

“ **ลูกตั้ง** ” หมายความว่า ระยะตั้งของขั้นบันได

“ **ลูกนอน** ” หมายความว่า ระยะราบของขั้นบันได

“ **ความกว้างสุทธิ** ” หมายความว่า ความกว้างที่วัดจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งโดยปราศจากสิ่งใด ๆ ก็คือขวาง

“ **ที่ว่าง** ” หมายความว่า พื้นที่อันปราศจากหลังคาหรือสิ่งก่อสร้างปกคลุม ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวอาจจะจัดให้เป็นบ่อน้ำ สระว่ายน้ำบ่อพักน้ำเสีย ที่พักรวมมูลฝอย หรือที่จอดรถ ที่อยู่ภายนอกอาคารก็ได้ และให้หมายความรวมถึงพื้นที่ของสิ่งก่อสร้าง หรืออาคารที่สูงจากระดับพื้นดินไม่เกิน 1.20 เมตร และไม่มีหลังคาหรือสิ่งก่อสร้างปกคลุมเหนือระดับนั้น

“ **ถนนสาธารณะ** ” หมายความว่า ถนนที่เปิดหรือยินยอมให้ประชาชนเข้าไปหรือใช้เป็นสัญจรได้ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะมีการเรียกเก็บค่าตอบแทนหรือไม่

ข้อ 7 ป้ายหรือสิ่งก่อสร้างขึ้นสำหรับติดหรือตั้งป้ายที่อาคารต้องไม่บังช่องระบายอากาศ หน้าต่าง ประตู หรือทางหนีไฟ

ข้อ 8 ป้ายหรือสิ่งก่อสร้างขึ้นสำหรับติดหรือตั้งป้ายบนหลังคา หรือคาดฟ้าของอาคาร ต้องไม่ล้ำออกนอกแนวผนังรอบนอกของอาคารและส่วนบนสุดของป้ายหรือสิ่งก่อสร้างขึ้น สำหรับติดหรือตั้งป้ายต้องสูงไม่เกิน 6 เมตรจากส่วนสูงสุดของหลังคาหรือคาดฟ้าของอาคาร ที่ติดตั้งป้ายนั้น

ข้อ 9 ป้ายที่ยื่นจากผนังอาคารให้ยื่นได้ไม่เกินแนวกันสาด และให้สูงได้ไม่เกิน 60 เซนติเมตร หรือมีพื้นที่ป้ายไม่เกิน 2 ตารางเมตร

ข้อ 10 ป้ายที่ติดตั้งเหนือกันสาดและไม่ได้ยื่นจากผนังอาคาร ให้ติดตั้งได้โดยมีความสูงของป้ายไม่เกิน 60 เซนติเมตรวัดจากขอบบนของปลายกันสาดนั้น หรือมีพื้นที่ป้ายไม่เกิน 2 ตารางเมตร

ข้อ 11 ป้ายที่ติดตั้งได้กันสาดให้ติดตั้งแนวผนังอาคาร และต้องสูงจากพื้นทางทำนั้น ไม่น้อยกว่า 2.50 เมตร

ข้อ 12 ป้ายโฆษณาสำหรับโรงมหรสพให้ติดตั้งขนาดกบผนังอาคาร โรงมหรสพ แต่จะยื่นห่างจากผนังได้ไม่เกิน 50 เซนติเมตร หรือหากติดตั้งป้ายบนกันสาดนั้น และความสูงของป้ายทั้งสองกรณีต้องไม่เกินความสูงของอาคาร

ข้อ 13 ป้ายที่ติดตั้งอยู่บนพื้นดินโดยตรง ต้องมีความสูงไม่เกินระยะที่วัดจากจุดที่ติดตั้งป้าย ไปจนถึงกึ่งกลางถนนสาธารณะที่อยู่ใกล้ป้ายนั้นที่สุด และมีความยาวของป้ายไม่เกิน 32 เมตร

ข้อ 14 สิ่งก่อสร้างขึ้นสำหรับติดหรือตั้งป้ายที่ติดตั้งบนพื้นดิน โดยตรงให้ทำด้วยวัสดุทนไฟ ทั้งหมด

ข้อ 15 เสา คาน พื้น บันได และผนังของอาคารที่สูงตั้งแต่สามชั้นขึ้นไป โรงมหรสพ หอประชุม โรงงาน โรงแรม โรงพยาบาล หอสมุด ห้างสรรพสินค้า อาคารขนาดใหญ่ สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ ทำอาภาศยาน หรืออุโมงค์ ต้องทำด้วยวัสดุถาวร ที่เป็นวัสดุทนไฟด้วย

ข้อ 18 ครัวในอาคารต้องมีพื้นและผนังที่ทำด้วยวัสดุถาวรที่เป็นวัสดุทนไฟ ส่วนฝา และเพดานนั้น หากไม่ได้ทำด้วยวัสดุถาวรที่เป็นวัสดุทนไฟ ก็ให้บุด้วยวัสดุทนไฟ

ข้อ 19 อาคารอยู่อาศัยรวมต้องมีพื้นที่ภายในแต่ละหน่วยที่ใช้เพื่อการอยู่อาศัย ไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร

ข้อ 20 ห้องนอนในอาคารให้มีความกว้างด้านแคบที่สุดไม่น้อยกว่า 2.50 เมตร และมีพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร

ข้อ 21 ช่องทางเดินในอาคาร ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่าตามที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

ประเภทอาคาร	ความกว้าง
1. อาคารอยู่อาศัย	1.0 เมตร
2. อาคารอยู่อาศัยรวม หอพัก ตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก อาคาร พาณิชย์ โรงงาน อาคารพิเศษ สำนักงาน อาคารสาธารณะ	1.50 เมตร

ข้อ 22 ห้องหรือส่วนของอาคารที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องมีระยะดังไม่น้อยกว่าตามที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

ประเภทการใช้อาคาร	ระยะดัง
1. ห้องที่ใช้เป็นที่พักอาศัย บ้านแถว ห้องพัก โรงแรม ห้องเรียนนักเรียนอนุบาล ครัวสำหรับอาคารอยู่อาศัย ห้องพักคนไข้ พิเศษ ช่องทางเดินในอาคาร	2.60 เมตร
2. ห้องที่ใช้เป็นสำนักงาน ห้องเรียน	3.0 เมตร
3. ห้องขายสินค้า ห้องประชุม ห้องคนไข้ รวม คลังสินค้า โรงครัว ตลาด และอื่นๆ ที่คล้ายกัน	3.50 เมตร
4. ระเบียง	2.20 เมตร

ระยะดังตามวรรคหนึ่งให้วัดจากพื้นถึงพื้น ในกรณีของชั้นใต้หลังคาให้วัดจากพื้นถึงยอดฝาดหรือยอดผนังอาคาร และในกรณีของห้องหรือส่วนของอาคารที่อยู่ภายในโครงสร้างของหลังคา ให้วัดจากพื้นถึงยอดฝาดหรือยอดฝาดหรือยอดผนังของห้องหรือส่วนของอาคารดังกล่าวที่ไม่ใช่โครงสร้างของหลังคา

ห้องในอาคารซึ่งมีระยะดังระหว่างพื้นถึงพื้นอีกชั้นหนึ่งตั้งแต่ 5 เมตรขึ้นไป จะทำพื้นชั้นลอยในห้องนั้นก็ได้ โดยพื้นชั้นลอยดังกล่าวนั้นต้องมีเนื้อที่ไม่เกินร้อยละสี่สิบของเนื้อที่ห้อง ระยะดังระหว่างพื้นชั้นลอยถึงพื้นอีกชั้นหนึ่งต้องไม่น้อยกว่า 2.40 เมตร และระยะดังระหว่างพื้นห้องถึงพื้นชั้นลอยต้องไม่น้อยกว่า 2.40 เมตร ด้วย

ห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องมีระยะดังระหว่างพื้นถึงเพดานไม่น้อยกว่า 2 เมตร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ข้อ 24 บันไดของอาคารอยู่อาศัยรวม หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก สำนักงาน อาคารสาธารณะ อาคารพาณิชย์ โรงงาน และอาคารพิเศษ สำหรับที่ใช้กับชั้นที่มีพื้นที่อาคารชั้นเหนือขึ้นไป รวมกันไม่เกิน 300 ตารางเมตร ต้องมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 1.20 เมตร แต่สำหรับบันไดของอาคารดังกล่าวที่ใช้กับชั้นที่มีพื้นที่อาคารชั้นเหนือขึ้นไป รวมกันเกิน 300 ตารางเมตร ต้องมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร ถ้าความกว้างสุทธิของบันไดน้อยกว่า 1.50 เมตร ต้องมีบันไดอย่างน้อยสองบันได และแต่ละบันไดต้องมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 1.20 เมตร

บันไดของอาคารที่ใช้เป็นที่ชุมนุมของคนจำนวนมาก เช่น บันไดห้องประชุมหรือห้องบรรยายที่มีพื้นที่รวมกันตั้งแต่ 500 ตารางเมตรขึ้นไป หรือบันไดห้องรับประทานอาหารหรือสถานบริการที่มีพื้นที่รวมกันตั้งแต่ 1000 ตารางเมตรขึ้นไป หรือบันไดของแต่ละชั้นของอาคารนั้นที่มีพื้นที่รวมกันตั้งแต่ 2000 ตารางเมตรขึ้นไป ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร อย่างน้อยสองบันได ถ้ามีบันไดเดียวต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3 เมตร

บันไดที่สูงเกิน 4 เมตร ต้องมีชานพักบันไดทุกช่วง 4 เมตร หรือน้อยกว่านั้น และระยะตั้งจากชั้นบันไดหรือชานพักบันไดถึงส่วนต่ำสุดของอาคารที่อยู่เหนือขึ้นไป ต้องสูงไม่น้อยกว่า 2.10 เมตร

ชานพักบันไดและพื้นหน้าบันไดต้องมีความกว้างและความยาวไม่น้อยกว่าความกว้างสุทธิของบันไดเว้นแต่บันไดที่มีความกว้างสุทธิเกิน 2 เมตร ชานพักบันไดและพื้นหน้าบันไดจะมีความยาวไม่เกิน 2 เมตรก็ได้

บันไดตามวรรคหนึ่งและวรรคสองต้องมีลูกตั้งสูงไม่เกิน 18 เซนติเมตร ลูกนอนเมื่อหักส่วนที่ขึ้นบันไดเหลื่อมกันออกแล้วเหลือความกว้างไม่น้อยกว่า 25 เซนติเมตร และต้องมีราวบันไดกันตก บันไดที่มีความกว้างสุทธิเกิน 6 เมตร และช่วงบันไดสูงเกิน 1 เมตร ต้องมีราวบันไดทั้งสองข้าง บริเวณจุมูกบันไดต้องมีวัสดุกันลื่น

ข้อ 25 บันไดตามข้อ 24 จะต้องมีระยะห่างไม่เกิน 40 เมตร จากจุดที่ไกลสุดบนพื้นชั้นนั้น

ข้อ 26 บันไดตามข้อ 23 และข้อ 24 ที่เป็นแนวโค้งเกิน 90 องศา จะไม่มีชานพักบันไดก็ได้ แต่ต้องมีความกว้างเฉลี่ยของลูกนอนไม่น้อยกว่า 22 เซนติเมตร สำหรับบันไดตามข้อ 23 และไม่น้อยกว่า 25 เซนติเมตร สำหรับบันไดตามข้อ 24

ข้อ 27 อาคารที่สูงตั้งแต่สี่ชั้นขึ้นไปและสูงไม่เกิน 23 เมตร หรืออาคารที่สูงสามชั้นและมีคาบฟ้าเหนือชั้นที่สามที่มีพื้นที่เกิน 16 ตารางเมตรนอกจากมีบันไดตามปกติแล้ว ต้องมีบันไดหนีไฟที่ทำด้วยวัสดุทนไฟอย่างน้อยหนึ่งแห่ง และต้องมีทางเดินไปยังบันไดหนีไฟนั้นได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง

ข้อ 28 บันไดหนีไฟต้องมีความลาดชันน้อยกว่า 60 องศา เว้นแต่ตึกแถวและบ้านแถวที่สูงไม่เกินสี่ชั้น ให้มีบันไดหนีไฟที่มีความลาดชันเกิน 60 องศา และต้องมีชานพักบันไดทุกชั้น

ข้อ 29 บันไดหนีไฟภายนอกอาคารต้องมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร และต้องผนังส่วนที่บันไดหนีไฟพาดผ่านเป็นผนังที่ปิดก่อสร้างด้วยวัสดุถาวรที่เป็นวัสดุทนไฟ

บันไดหนีไฟตามวรรคหนึ่ง ถ้าทอดไม่ถึงพื้นชั้นล่างของอาคารต้องมีบันไดโลหะที่สามารถเลื่อนหรือยึดหรือหย่อนลงมาจนถึงพื้นชั้นล่างได้

ข้อ 30 บันไดหนีไฟตามอาคารต้องมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 80 เซนติเมตร มีผนังที่ปิดก่อสร้างด้วยวัสดุถาวรที่เป็นวัสดุทนไฟกัน โดยรอบ เว้นแต่ส่วนที่ช่องระบายอากาศและช่องประตูหนีไฟ และต้องมีอากาศถ่ายเทจากภายนอกอาคารได้ โดยแต่ละชั้นต้องมีช่องระบายอากาศที่เปิดสู่ภายนอกอาคารได้มีพื้นที่รวมกันไม่น้อยกว่า 1.4 ตารางเมตร กับต้องมีแสงสว่างให้เพียงพอทั้งกลางวันและกลางคืน

ข้อ 31 ประตูหนีไฟต้องทำด้วยวัสดุทนไฟ มีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 80 เซนติเมตร สูงไม่น้อยกว่า 1.90 เมตร และต้องทำเป็นบานเปิดชนิดผลักออกสู่ภายนอกเท่านั้น กับต้องติดอุปกรณ์ชนิดที่บังคับให้บานประตูปิดได้เอง และต้องสามารถเปิดออกได้โดยสะดวกตลอดเวลา ประตูหรือทางออกสู่บันไดหนีไฟต้องไม่มีธรณีหรือขอบกั้น

ข้อ 32 พื้นหน้าบันไดหนีไฟต้องกว้างไม่น้อยกว่าความกว้างของบันไดและอีกด้านหนึ่งกว้างไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร

ข้อ 33 อาคารแต่ละหลังหรือหน่วยต้องมีที่ว่างตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

- (1) อาคารอยู่อาศัย และอาคารอยู่อาศัยรวม ต้องมีที่ว่างไม่น้อยกว่า 30 ใน 100 ส่วนของพื้นที่ชั้นหนึ่งมากที่สุดของอาคาร

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

"สถานพยาบาล" หมายความว่า สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะ ซึ่งจัดไว้เพื่อ ประกอบโรคศิลป์ ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ หรือซึ่งจัดไว้ เพื่อ การประกอบกิจการอื่นด้วยการผ่าตัด การฉีดยา หรือฉีดยาใด ๆ หรือด้วยการ ใช้การกรรมวิธีอื่น ๆ ซึ่งเป็นกรรมวิธีของการประกอบโรคศิลป์ ทั้งนี้โดยการกระทำเป็นปกติธุระ ไม่ว่าจะได้ประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยากฎหมายว่าด้วยการขายยา ซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ

ลักษณะของสถานพยาบาลที่ตั้งขึ้น ควรมีลักษณะดังนี้

1. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
 - มีความเหมาะสมสำหรับการประกอบโรคศิลป์
 - มีห้องตรวจโรคซึ่งจัดไว้เฉพาะ โดยไม่ประเจิดประเจ้อ
 - มีที่กำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องลักษณะ
 - มีห้องส้วมที่ถูกต้องลักษณะจำนวนพอเพียง
2. สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
 - มีสภาพข้อ 1
 - มีห้องผู้ป่วยขนาดจำนวนได้ไม่น้อยกว่า 15 ลูกบาศก์เมตร ต่อผู้ป่วย 1 คน และประตูหน้าต่างหรือช่องลมคำนวณเป็นเนื้อที่กันไม่น้อยกว่าหนึ่งในสิบของเนื้อที่ห้อง เว้นแต่ในกรณีที่มีเครื่องปรับอากาศหรือระบายอากาศต้องทำให้เป็นที่พอใจของผู้อนุญาต
 - มีเตียงสำหรับผู้ป่วยคนละเตียง แต่ละเตียงห่างกัน อย่างน้อย 80 เซนติเมตร
 - มีห้องส้วมสำหรับผู้ป่วยสิบคนต่อหนึ่งที เป็นอย่างน้อย และห้องน้ำ ที่ถูกต้องลักษณะ จำนวนเพียงพอ
 - มีห้องเวชภัณฑ์
 - ในกรณีที่รับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ผนังอาคารสถานพยาบาลโดยรอบ ต้องไม่ติดต่อกับอาคารที่ใช้เพื่อกิจการของสถานพยาบาลนั้น
 - ผู้ประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันสำหรับสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้มีอย่างน้อยดังนี้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สถานพยาบาลที่มีเตียง	สาขาเวชกรรม ชั้นหนึ่ง	สาขาการ พยาบาล	สาขาเภสัช กรรม
ไม่เกิน 10 เตียง	1	2	-
เกิน 10 เตียงแต่ไม่เกิน 25 เตียง	2	4	-
25 - 50 เตียง	3	8	1
50 - 100 เตียง	4	12	1
เกิน 100 เตียง	6	16	2

ในสถานพยาบาลเฉพาะการคลอดบุตรที่ต้องมีผู้ประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันในสาขาเวชกรรมชั้นหนึ่งจะให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันในสาขาผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งแทนก็ได้ และสำหรับผู้ประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบัน ในสาขาผดุงครรภ์ชั้นสองแทนก็ได้

มาตรฐานที่จอดรถของสำนักผังเมือง

1. จำนวนช่องจอดรถ
 - โรงพยาบาลรัฐบาล 1/3 คัน 1 เตียง
 - โรงพยาบาลเอกชน 1 คัน 1 เตียง
2. จำนวนท่าจอดรถ
 - พื้นที่อาคาร 1,000 - 30,000 ตร.ม. มีท่าจอดรถ 1 ท่า
 - เพิ่มท่าจอดรถ 1 ท่า ต่อเนื้อที่อาคารทุก 30,000 ตร.ม.
 - เพิ่มท่าจอดรถจำนวนพยาบาล

หลักเกณฑ์การส่งเสริมกิจการสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอื่น ๆ

พ.ศ. 2520

1. ในเขตกรุงเทพมหานครควรจะต้องมีเตียงคนไข้ไม่ต่ำกว่า 50 เตียงในจังหวัดอื่น ไม่ต่ำกว่า 25 เตียง
2. ต้องเป็นสถานพยาบาลที่ทันสมัย แบบแปลนแผนผังต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ
3. ต้องเป็นสถานพยาบาล ที่มีแพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั้นหนึ่ง มีแพทย์และพยาบาลประจำอยู่เวร ผลัดเปลี่ยนกันให้เพียงพอกับขนาดของสถานพยาบาล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

4. ในเขตกรุงเทพมหานคร ต้องมีรถพยาบาล สำหรับคนไข้อย่างน้อย 2 คันในเขตจังหวัดอื่นอย่างน้อย 1 คัน
5. ต้องมีบริการตลอด 24 ชั่วโมง และต้องทำการรักษาทั้งคนไข้ในและคนไข้ใน
6. ต้องมีห้องตรวจโรคภายนอก ห้องเภสัชกรรม ห้องเอ็กซเรย์ ห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติการ ห้องเก็บรักษารายงานและทะเบียน ห้องฉุกเฉินและห้องดับจิต โรงครัว โรงซักฟอก ที่พักพยาบาลและคนงาน
7. ต้องมีลิฟต์ถ้าเป็นอาคารสูง เกิน 2 ชั้นขึ้นไป (ต้องเป็นลิฟต์ ขนาดบรรจุเตียงคนไข้ได้)
8. ต้องมีระบบป้องกันและหนีอัคคีภัย
9. ต้องมีที่จอดรถได้โดยสะดวก

กฎเกณฑ์สำหรับอาคารโรงพยาบาลตาม AMERICAN NATIONAL BUILDING CODE

1. ความสูงอาคารที่มีได้ใช้ระบบปรับอากาศ จากพื้นถึงเพดานห้อง 3.00 เมตร ถ้าใช้ระบบเครื่องปรับอากาศ ให้สูง 2.50 เมตรเป็นอย่างน้อย
2. ความกว้างของบันไดหลัก (MAIN STAIRS) อย่างน้อย 1.5 เมตรและชานพัก (LANDING) ขนาดต้องไม่เล็กกว่า 1.50 เมตร - 3.00 เมตร
3. อาคารที่สูงกว่า 3 ชั้น จะต้องมีบันไดหนีไฟขนาดกว้าง 80 เซนติเมตร และทุกระยะ 17 ชั้น ต้องมีชานพักและต้องมีเครื่องหุ้มท่อตัวบันได โดยเป็นวัสดุทนไฟ เช่น เหล็กคอนกรีตเสริมเหล็ก
4. ความกว้างของทางเดินหลัก (MAIN CORRIDOR) ต้องไม่น้อยกว่า 3.00 เมตรเพื่อเตียงคนไข้ผ่านได้
5. กำหนดให้ลิฟต์ 1 ตัวต่อจำนวนเตียง 100 เตียง สำหรับอาคารที่สูงกว่า 4 ชั้น
6. น้ำหนักบรรทุกของพื้นที่ต้องรับได้ไม่ต่ำกว่า 300 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร และพื้นนั้นต้องทนไฟ
7. การคำนวณค่าของความปลอดภัย (FACTOR OR SAFETY) ไม่ต่ำกว่า 6
8. ต้องมีบิ๊มน้ำซึ่งไม่ได้ต่อตรงจากท่อประปาสาธารณะ ต้องมีบ่อพักน้ำและบิ๊มน้ำของบ่อพักไปใช้อีกต่อหนึ่ง เพื่อป้องกันการกระแทกกระเทือนความดันในท่อประปาสาธารณะ
9. ต้องมีบ่อบาดาล เพื่อป้องกันการขาดน้ำ ทำการป้อนน้ำเท่าความจำเป็นในการใช้ของโรงพยาบาล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

10. การกำจัดน้ำเสีย

- น้ำใช้ปกติที่มีความสกปรกไม่เหม็นมาก ปล่อยลงท่อเทศบาลได้โดยตรง แต่ห้ามปล่อยลงแหล่งน้ำธรรมชาติ
- น้ำเสียที่มีเปอร์เซ็นต์ความสกปรกสูง หรือ มีสารเคมีปะปนอยู่ ต้อง PURIFICATION ลดความเหม็น กำจัดสารเคมีเสียก่อน ซึ่งอาจทำได้โดย COMTRIFICATION หรือ OXIDATION อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วจึงปล่อยลงสู่ท่อน้ำทิ้งสาธารณะ
- อุจจาระปัสสาวะ ต้องทำ PURIFICATION อาจทำได้โดยการใช้ SEPTIC TANK หรือ IMPLOVE TANK หรือ CONTRIFICATION ก็ได้ น้ำเสียที่เหลือระบายออกโดยการขับ แล้วปล่อยสู่ท่อสาธารณะ

11. ต้องมีเครื่องทำไฟฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีจำนวนวัตต์ไม่ต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของความต้องการใช้ในการปฏิบัติงาน



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สาระน่ารู้เกี่ยวกับการบริหารโรงพยาบาล

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization –WHO) ให้ความหมายไว้ว่า โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ทำงานด้านการแพทย์ทั้งในสถานที่และในชุมชน มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขทุกด้านแก่ประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การบริการผู้ป่วยนอก ครอบคลุมขยายไปถึงบ้านของผู้ป่วยเอง โรงพยาบาลยังเป็นที่ฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุข และค้นคว้าวิจัยปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชนอีกด้วย

พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ให้คำนิยามสถานพยาบาลไว้ว่า “สถานที่รวมตลอดยานพาหนะ ซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะหรือซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบกิจการอื่นด้วยการผ่าตัด ฉึกษา หรือนิเทศสารใดๆ หรือด้วยการใช้กรรมวิธีอื่นซึ่งเป็นกรรมวิธีการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้โดยกระทำเป็นปรกติธุระไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยการขายยาซึ่งประกอบธุรกิจขายยาโดยเฉพาะ

ความเป็นมาของโรงพยาบาล

ทวีปเอเชีย มีการตัดตั้งสถานพยาบาลไว้รักษาผู้ป่วยก่อนทวีปอื่นใดในโลก กล่าวคือราว 213-232 ปีก่อนคริสตศักราช มีการจัดตั้งสถานพยาบาลแล้ว ที่สำคัญเช่น สมัยพระเจ้าอโศกมหาราชแห่งอินเดีย กษัตริย์ฮารุลาซิดแห่งแบกแดด พระเจ้าชัวยรมันที่ 7 แห่งเยอรม โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในประวัติศาสตร์ คือ อัลแมนเซอร์ กรุงโลโร

ทวีปยุโรป กรีกและโรมัน ใช้วัดเป็นสถานพยาบาลและพัฒนาเรื่อย ในราว ค.ศ. 1070-1084 โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในฝรั่งเศส มีโรงพยาบาลชื่อ โฮเคลคัว เยอรมันนี้ โรงพยาบาลชื่อ โฮลีเกส และในอังกฤษมีโรงพยาบาลเซนต์จอห์น

ทวีปอเมริกา โรงพยาบาลแห่งแรกของทวีปอเมริกาสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1524 ที่แม็กซิโก ส่วนแคนาดาสร้างขึ้นใน ค.ศ. 1639 และราว ค.ศ. 1663 อเมริกาเริ่มมีการพัฒนาสถานพยาบาลขึ้นที่มีชื่อเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของยุคนูเบก คือ เซนต์โธมัสจอห์น ฮอปกิน และเจริณูรงเรื่อง มาจนถึง ค.ศ. 1899 จึงมีการตั้งสมาคมโรงพยาบาลอเมริกันขึ้นถึงปัจจุบัน

ความเป็นมาของโรงพยาบาลในประเทศไทย

สมัยสุโขทัย ไม่มีปรากฏหลักฐานมีการมีโรงพยาบาลในสมัยสุโขทัย

สมัยอยุธยา พ.ศ. 2230 สมัยพระนารายณ์มหาราช ได้มีบาทหลวงชาวฝรั่งเศสเริ่มเข้ามาตั้งโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่าเป็นครั้งแรก

สมัยรัตนโกสินทร์ แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ

รัตนโกสินทร์ตอนต้น (รัชกาลที่ 1-4) มีเหตุการณ์ที่สำคัญคือ ในปี พ.ศ. 2392 เกิดอหิวตไครยะบาด มีขันทันนารีโปรเตสแตนท์ นำการแพทย์แผนใหม่มาใช้ และมีการตั้งโรงพยาบาลขึ้นรับสถานการณ์ดังกล่าว

รัตนโกสินทร์ตอนกลาง (รัชกาลที่ 5-8) พ.ศ. 2422 มีการตั้งโรงพยาบาลในกรมทหารม้าขึ้น ถือเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกของประเทศไทย โดยมีนายแพทย์เทียนฮี้ สารสิน เป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเป็นคนแรก ส่วนโรงพยาบาลของเอกชนในยุคนี้เป็นขององค์กรศาสนาทั้งสิ้น ต่อมา ในปี พ.ศ. 2430 มีการตั้งศิริราชพยาบาลขึ้น และอีก 2 ปีต่อมา ได้ก่อตั้งโรงเรียนขึ้นเรียกว่า “แพทยากร” ซึ่งเปลี่ยนเป็น “ราชแพทยาลัย” ในภายหลัง จนถึง พ.ศ. 2457 จึงมีการสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้น การก่อตั้งโรงพยาบาลก็ได้พัฒนาขึ้นเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

รัตนโกสินทร์ยุคปัจจุบัน เป็นยุคที่มีการเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด กลุ่มแรก คือ กลุ่มโรงพยาบาลของศาสนาคริสต์ แล้วขยายไปเป็นโรงพยาบาลของนิกายอื่น ๆ กระจายอยู่ทั่วไป ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น กระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ ทบวงมหาวิทยาลัย กองทัพ มูลนิธิ

หน้าที่ของโรงพยาบาล

ประมวลจากคำนิยาม WHO และแหล่งอื่นๆ แล้ว สรุปได้ว่า โรงพยาบาลมีหน้าที่ดังนี้

1. เป็นสถานที่ให้การรักษาผู้ป่วยและผู้ได้รับอุบัติเหตุ
2. เป็นสถานที่ให้การศึกษาแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ
3. เป็นสถานที่ให้การป้องกันโรคตลอดจนส่งเสริมสุขภาพ
4. เป็นสถานที่ให้การค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์การแพทย์

ประเภทของโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข แบ่งตามขนาดของเตียง ดังนี้

1. โรงพยาบาลมหาราช หรือ โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด มีเตียง 600-1,000 เตียงขึ้นไป
2. โรงพยาบาลศูนย์ มีเตียง 500-600 เตียงขึ้นไป

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. โรงพยาบาลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ขนาด คือ 2850-150 และ 150-250 เตียง
 4. โรงพยาบาลชุมชน แบ่งเป็น 5 ขนาดคือ 120-150 , 90-120 , 60-90 และ 10-30 เตียง
- ความต้องการเตียงของประชาชน นักวิชาการเสนอสัดส่วนความต้องการเตียงของประชาชนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

เขตชนบท เตียง : คน = 2.5 : 1,000 และ

เขตเมือง เตียง : คน = 4-5 : 1,000 ตัวอย่างเช่น ประชาชน 5,000 คน ถ้าเป็นชนบทต้องมีเตียง 12.5-13 เตียง ถ้าเป็นเขตเมืองต้องมีเตียง 20-25 เตียง

โรคศิลปะ

หมายความว่า กิจกรรมใดๆอันกระทำโดยตรงต่อร่างกายของมนุษย์ในการบำบัดโรค ซึ่งรวมตลอดถึงการตรวจโรคและป้องกันโรคในสาขาต่างๆ รวม 7 สาขา คือ เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด และเทคนิคการแพทย์

สาขาของโรคศิลปะ

1. เวชกรรม คือ การตรวจโรค การป้องกันโรค หรือการบำบัดโรคนมนุษย์ด้วยกรรมวิธีของการประกอบโรคศิลปะตามแผนนั้นๆ
2. ทันตกรรม คือ การตรวจและบำบัดโรคฟัน หรืออวัยวะที่เกี่ยวกับฟันโดยตรง หรือการทำฟันใส่ช่องปากของมนุษย์
3. เภสัชกรรม คือ การปรุงยาหรือผสมยา หรือการประดิษฐ์วัตถุใดๆขึ้นเป็นยาสำหรับรักษามนุษย์
4. การพยาบาล คือ การกระทำในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค
5. การผดุงครรภ์ คือ การตรวจและปฏิบัติต่อหญิงมีครรภ์ เพื่อป้องกันความผิดปกติในการทำคลอดบุตร การทำคลอดตลอดถึงการดูแลมารดาและทารกในระยะหลังคลอด
6. กายภาพบำบัด คือ การกระทำในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบำบัด ป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูการเสื่อมสภาพหรือความพิการของร่างกาย หรือจิตใจด้วยวิธีการบำบัดซึ่งได้แก่ การตัด การดึง การประกอบ การนวด การบริหารร่างกายหรืออวัยวะส่วนใดของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ดังกล่าว ตามหลักวิทยาศาสตร์หรือการกระทำอื่น ที่รัฐมนตรีประกาศ ซึ่งได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ตามหลักวิทยาศาสตร์ที่รัฐมนตรีประกาศเป็นเครื่องมือกายภาพบำบัด
7. เทคนิคการแพทย์ คือ การกระทำใดๆ ด้วยกรรมวิธีทางห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและทำนายความรุนแรงของโรค

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ประเภทของโรคศิลปะ

แบ่งเป็น แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ

“การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความรู้อันได้ศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์

“การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความรู้จากตำรา หรือการเรียนสืบต่อกันมาอันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์

ต่อมาเมื่อมีการเปิดวิทยาลัยอายุรเวชขึ้น ก็ได้มีการประกอบเวชกรรมแผนประยุคดีขึ้นอีกประเภท



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้