

โรงพยาบาลบำบัดรักษาทางจิตเวช (เอกชน)

**Mental Health Private Hospital**



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาสถาปัตยกรรมหลัก)  
ภาควิชาสถาปัตยกรรมและการวางแผน คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์  
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง  
ปีการศึกษา 2559 - 2560

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง  
อนุญาตให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสถาปัตยกรรม  
ศาสตรบัณฑิต

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิเชฐ โสวิทยสกุล)

คณบดีคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ไกรทอง

โชติวุฒิปพัฒนา

ประธานคณะกรรมการ

รองศาสตราจารย์ วรวรรณ

โรจน์ไพบุลย์

กรรมการ

อาจารย์ ดร. รวิษ

ศวรรประเสริฐ

กรรมการ

อาจารย์ พรพุดิ

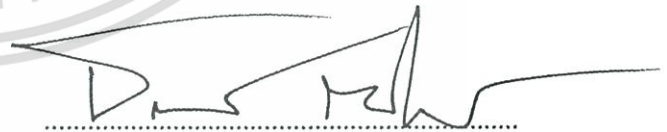
ศุภเอม

กรรมการ

อาจารย์ ปรีศณี

เมฆศรีสวัสดิ์

กรรมการและเลขานุการ



.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชิติพันธุ์ ตรีตระการ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

หัวข้อวิทยานิพนธ์	โรงพยาบาลบำบัดรักษาทางจิตเวช (เอกชน)
	Mental Health Private Hospital
นักศึกษา	นายพงศธร พิมพันธ์ศรี
รหัสประจำตัว	55020055
ปริญญา	สถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชา	สถาปัตยกรรมและการวางแผน
ปีการศึกษา	2559 - 2560
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผศ.ธิติพันธุ์ ตรีตระการ

### บทคัดย่อ

เนื่องจากสภาพสังคมเมืองในปัจจุบันมีสิ่งเร้ามากมายที่ส่งผลให้สุขภาพจิตของคนเราย่ำแย่ลง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง หรือด้านสังคม รวมไปถึงปัญหาความเครียดจากงาน ชีวิตประจำวัน ครอบครัว และคนใกล้ชิด ทั้งหมดล้วนส่งผลให้เกิดภาวะเครียด และความกดดันและเมื่อบุคคลได้สะสมเอาสิ่งเร้าเหล่านั้นอยู่นานวัน ก็จะทำให้ก่อปัญหาที่ใหญ่ขึ้นตามมา แปรเปลี่ยนจากสภาวะเครียด เป็น โรคเครียด แปรเปลี่ยนจากความซึมเศร้า เป็น โรคซึมเศร้า โดยรายงานในปี 2556 พบว่ามีผู้มาขอรับบริการ ในคลินิก ให้คำปรึกษาของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมากขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ ณ 2554-2556 มีจำนวนผู้มาขอรับบริการมากกว่าปี 2554 กว่า 3 เท่าตัว

ดังนั้นจึงขอเสนอแนะ โครงการ โรงพยาบาลบำบัดรักษาทางจิตเวช (เอกชน) ขึ้นมาโดยโครงการประกอบไปด้วยส่วนผู้ป่วยนอก , ส่วนผู้ป่วยใน และส่วนบำบัดจิตเวชเพื่อรองรับจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ วัน และเพิ่มอัตราการเข้าถึงของประชาชน ให้เข้าถึงการบำบัดรักษาได้มากยิ่งขึ้น มีส่วนงานวิชาการเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ให้ประชาชนเข้าใจและสามารถเข้ารับการรักษาบำบัดได้อย่างเปิดกว้าง

เนื่องจากแนวทางการรักษาทางจิตเวชไม่เพียงแต่จะต้องรักษาเมื่อเกิดโรคแล้วเท่านั้น แต่สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มเกิดอาการ โครงการจึงมีภารกิจที่จะให้บริการทางจิตเวชอย่างครบวงจร ตั้งแต่ให้ความรู้ รักษา บำบัด และฟื้นฟู โดยการให้บริการทางจิตเวชดังกล่าวสามารถดำเนินการไปได้ผ่านการวางแผนอย่างเข้าใจถึงระบบการดำเนินงาน รวมถึงการออกแบบที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใส่ใจในรายละเอียดของการรับรู้และความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้งนี้โครงการยังหวังที่จะทำให้ประชาชนมีมุมมองต่อปัญหาสุขภาพจิตที่เปลี่ยนไป คาดหวังให้มีภาพจำกับโรงพยาบาลจิตเวชที่เปลี่ยนไป มีความเข้าใจว่าปัญหาทางสุขภาพจิตก็เป็นเสมือน โรคอย่างหนึ่งที่ต้องผ่านกระบวนการตรวจรักษา วินิจฉัย บำบัด และฟื้นฟู ไม่ต่างจากโรคทางกาย

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์โครงการโรงพยาบาลบำบัดรักษาทางจิตเวช สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องจากคำสอน คำแนะนำ ความช่วยเหลือต่าง ๆ รวมถึงกำลังใจและแรงผลักดันที่ส่งผลต่อการสร้างสรรค์ผลงานให้ สมบูรณ์จึงถือ โอกาสขอขอบพระคุณผู้มีพระคุณทุกท่านดังต่อไปนี้

ขอขอบคุณครอบครัวพิมพ์นวลศรี ทั้งบิดา มารดา และพี่สาว ที่คอยเลี้ยงดูสั่งสอน ส่งเสริม ให้ กำลังใจและคำปรึกษาแก่ข้าพเจ้าให้ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการรำเรียนเสมอมา

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธิติพันธ์ ตรีตระการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำ และสั่งสอนในทุก ๆ เรื่องทั้งด้านเนื้อหาการเรียน และการใช้ชีวิต ทั้งยังสนับสนุนให้ข้าพเจ้าก้าว ผ่านอุปสรรคเรื่อยมา

ขอขอบคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ผู้ให้คำแนะนำสั่งสอนชี้แนะให้เห็นแนวทางใน สิ่งที่ข้าพเจ้าบกพร่อง ให้ความรู้เพื่อ ทั้งยังคอยตักเตือน ว่ากล่าวในหลายสิ่งหลายประการไม่เฉพาะ เนื้อหาการเรียน ข้าพเจ้าขอน้อมรับนำไปปรับปรุงและพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต

ขอขอบคุณอาจารย์วัชรพงษ์ ประสานเกลียว และอาจารย์รัฐพล จิรัฐติกาลกิจ สำหรับคำปรึกษา เรื่องระบบโครงสร้างและคำปรึกษาเรื่องงานระบบประกอบอาคาร

ขอขอบคุณคณาจารย์คณะสถาปัตยกรรมทุกท่านที่ให้คำสอน ความรู้ โอกาส ประสบการณ์แก่ ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอน้อมรับนำมาปรับใช้ในชีวิตของสถาปนิกในภายภาคหน้า

ขอขอบคุณสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ที่การอำนวยความสะดวกในการเข้าศึกษา โครงการ รวมทั้งทีมจิตแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยอีกหลายท่านภายในโรงพยาบาล ที่ให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดีในการพูดคุยและสัมภาษณ์อันเป็นข้อมูลสำคัญในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

ขอขอบคุณพี่น้องสายรหัส 55 และสายร่วม 39 ,91 ที่คอยให้การช่วยเหลือ กำลังแรง กำลังใจ ตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์และตลอดการศึกษาในสถาบันแห่งนี้ได้ลุล่วงผ่านไปด้วยดี

ขอขอบคุณ นางสาวพรนัชชา วิศิษฐ์สรไกร ,นางสาวรวีวรรณ สาลีผล และนางสาวอริษา พงษ์ พูล เพื่อนร่วมกลุ่มตรวจแบบที่คอยผลักดัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดปีที่ผ่านมา

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทั้ง 90 คนในนามอรุณ 40 ที่ฟันฝ่าอุปสรรคเคียงข้างกันมาทั้ง 5 ปี ขอขอบคุณ ทุก ๆ คนที่มอบประสบการณ์ กำลังใจ และการช่วยเหลือตลอดเวลาที่ศึกษาอยู่ในสถาบันแห่งนี้

ขอขอบคุณ นางสาวกฤติสรา วัฒนาประสิทธิ์ ผู้ที่เป็นแรงกำลังใจที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณสำหรับ ความหมายที่มอบให้ ขอขอบคุณสำหรับกำลังใจตลอดเวลาที่ผ่านมา

พงศธร พิมพ์นวลศรี

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ปีการศึกษา 2559-2560

## สารบัญ

บทคัดย่อ.....	I
กิตติกรรมประกาศ .....	II
สารบัญ.....	III
สารบัญตาราง.....	VIII
สารบัญภาพ.....	X
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาของโครงการ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	7
1.3 วัตถุประสงค์และประโยชน์ของโครงการ.....	7
1.4 ขอบเขตและวิธีการศึกษาโครงการ .....	7
<b>บทที่ 2 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการ.....</b>	<b>10</b>
2.1 การศึกษาความหมาย ลักษณะสำคัญ และลักษณะการดำเนินงานของโรงพยาบาล .....	10
2.1.1 ความหมายของ สถานพยาบาล , โรงพยาบาล .....	10
2.1.2 ประเภทและกิจกรรมของ โรงพยาบาล .....	13
2.1.3 สรุปลักษณะของ โรงพยาบาลจิตเวช .....	17
2.2 การศึกษาข้อมูลเพื่อการออกแบบทางสถาปัตยกรรม.....	18
2.2.1 รายละเอียดการออกแบบห้องเพื่อการบำบัดจิต .....	18
2.2.2 รายละเอียดการออกแบบภายใน .....	19
2.2.3 รายละเอียดการออกแบบภูมิสถาปัตยกรรม.....	22
2.2.4 ทฤษฎีสีในการออกแบบ .....	23
<b>บทที่ 3 การศึกษารายละเอียดโครงการและผู้ใช้งาน.....</b>	<b>25</b>
3.1 การกำหนดโครงการ.....	25
3.2 โครงสร้างการบริหารงานของโครงการ.....	26
3.3 การกำหนดขนาดจำนวนเตียง.....	27
3.4 การกำหนดอัตราบุคลากรและจำนวนผู้ใช้โครงการ.....	29
3.5 การกำหนดอัตราค่าบริการที่เกิดขึ้นภายในโครงการ.....	30
3.6 การศึกษาด้านงบประมาณและการลงทุนของโรงพยาบาล .....	31
3.6.1 ประเภทการจัดทำงบประมาณของโรงพยาบาล .....	31
3.6.2 การคำนวณทางประมาณการลงทุน .....	32
3.6.3 การคำนวณรายรับของ โครงการ.....	34

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3.6.4	การคำนวณรายจ่ายของโครงการ .....	35
3.6.5	การคำนวณกำไรหลักหักต้นทุน (จุดคุ้มทุน) .....	36
<b>3.7</b>	<b>รายละเอียดผู้ใช้โครงการ .....</b>	<b>37</b>
3.7.1	ผู้ให้บริการ .....	37
3.7.2	ผู้รับบริการ .....	44
<b>3.8</b>	<b>รายละเอียดการดำเนินงาน .....</b>	<b>46</b>
3.8.1	รายละเอียดกิจกรรมบำบัด.....	46
3.8.2	ระบบงานแรกรับ .....	48
3.8.3	ระบบงานต้อนรับ - ทำบัตร.....	48
3.8.4	ระบบงานเวชระเบียน.....	49
3.8.5	ระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาคารไม่หนัก / Night OPD).....	50
3.8.6	ระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาคารหนัก) .....	51
3.8.7	ระบบงานผู้ป่วยนอก.....	52
3.8.8	ระบบงานสนับสนุนทางการแพทย์.....	53
3.8.9	ระบบงานการเงิน .....	54
3.8.10	ระบบงานเภสัชกรรม .....	54
3.8.11	ระบบงานบำบัดจิตเวช .....	55
3.8.12	ระบบงานผู้ป่วยใน .....	56
3.8.13	สรุปการศึกษารายละเอียดการดำเนินงาน.....	56
<b>บทที่ 4</b>	<b>การศึกษาองค์ประกอบโครงการ.....</b>	<b>57</b>
4.1	การกำหนดองค์ประกอบ .....	57
4.1.1	วิเคราะห์องค์ประกอบจากวัตถุประสงค์ .....	57
4.1.2	วิเคราะห์องค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน .....	58
4.2	รายละเอียดขององค์ประกอบโครงการ.....	65
4.3	รายการองค์ประกอบโครงการและพื้นที่ใช้สอย.....	82
4.4	สรุปพื้นที่ใช้สอยรวมขององค์ประกอบโครงการ.....	95
4.5	ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบโครงการ .....	98
<b>บทที่ 5</b>	<b>การกำหนดและวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ.....</b>	<b>103</b>
5.1	การเลือกที่ตั้งโครงการระดับภูมิภาค (มหภาค).....	103
5.2	การเลือกที่ตั้งโครงการระดับย่าน.....	104
5.3	การเลือกที่ตั้งโครงการระดับที่ตั้ง (จุลภาค) .....	108

5.3.1	หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกที่ตั้งโครงการ .....	108
5.3.2	ทางเลือกที่ตั้งโครงการ .....	109
5.3.3	เปรียบเทียบทางเลือกที่ตั้งโครงการ .....	118
<b>5.5</b>	<b>ข้อมูลที่ตั้งโครงการ .....</b>	<b>120</b>
5.5.1	ข้อมูลทางกายภาพของที่ตั้งโครงการ .....	120
5.5.2	ข้อมูลทางสังคมและวัฒนธรรมของที่ตั้งโครงการ .....	122
5.5.3	ข้อมูลการความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลรัฐ .....	123
<b>5.6</b>	<b>การวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ .....</b>	<b>124</b>
5.6.1	วิเคราะห์กฎหมายและข้อกำหนดของที่ตั้งและประเภทโครงการ .....	124
5.6.2	วิเคราะห์ศักยภาพการใช้พื้นที่ของที่ตั้งโครงการ .....	125
5.6.3	วิเคราะห์มุมมองของที่ตั้งโครงการ .....	126
5.6.4	วิเคราะห์เส้นทางสัญจรสาธารณะของที่ตั้งโครงการ .....	127
5.6.5	วิเคราะห์ทางเข้าออกที่ตั้งโครงการ .....	128
5.6.6	วิเคราะห์กายภาพของที่ตั้งโครงการ .....	129
5.6.7	วิเคราะห์ประวัติอุทกภัยของที่ตั้งโครงการ .....	130
5.6.8	สรุปการวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ .....	131
<b>บทที่ 6</b>	<b>การศึกษาอาคารตัวอย่าง .....</b>	<b>132</b>
<b>6.1</b>	<b>การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่างภายในประเทศ .....</b>	<b>133</b>
6.1.1	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา .....	133
6.1.2	โรงพยาบาลมหารมย์ .....	143
<b>6.2</b>	<b>การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่างต่างประเทศ .....</b>	<b>151</b>
6.2.1	Psychiatric Centre Friedrichshafen .....	151
6.2.2	HELIX, Forensic Psychiatric Clinic of Stockholm .....	156
<b>6.3</b>	<b>สรุปผลการศึกษาอาคารตัวอย่าง .....</b>	<b>162</b>
<b>บทที่ 7</b>	<b>การศึกษาโครงสร้างและงานระบบ .....</b>	<b>163</b>
<b>7.1</b>	<b>โครงสร้างอาคาร .....</b>	<b>163</b>
7.1.1	แนวทางการเลือกใช้โครงสร้าง .....	163
7.1.2	ลักษณะโครงสร้างที่ใช้กับอาคาร .....	163
<b>7.2</b>	<b>งานระบบประกอบอาคาร .....</b>	<b>165</b>
7.2.1	แนวทางการเลือกใช้งานระบบต่าง ๆ .....	165
7.2.2	ระบบวิศวกรรมไฟฟ้า .....	165
7.2.3	ระบบวิศวกรรมสุขาภิบาล .....	167

7.2.4 ระบบปรับอากาศ .....	168
7.2.5 ระบบการสื่อสาร .....	169
7.2.6 ระบบความปลอดภัย .....	170
7.2.7 ระบบการขนส่งทางตั้ง .....	172
7.2.8 ระบบกำจัดขยะ .....	172
<b>บทที่ 8 สรุปผลงานการออกแบบสถาปัตยกรรม .....</b>	<b>173</b>
8.1 กระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ .....	173
8.2 ผลงานการออกแบบสถาปัตยกรรม .....	176
8.2.1 ผังพื้น .....	176
8.2.2 รูปตัด .....	178
8.2.3 รูปด้าน .....	179
8.2.4 ไอโซเมตริก .....	180
8.2.5 ทศนิยมภาพ .....	181
8.3 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม .....	185
บรรณานุกรม .....	188
ภาคผนวก .....	190
ภาคผนวก ก : การศึกษาข้อมูลทั่วไปทางสุขภาพจิต .....	190
1. นิยามศัพท์ .....	190
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต .....	190
3. ความผิดปกติทางจิต .....	193
4. การจำแนกและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช .....	197
5. ความผิดปกติของโรคทางจิตเวช แบ่งตาม DSM-II-R .....	197
6. การบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช .....	202
7. ปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพจิต .....	205
ภาคผนวก ข : ทฤษฎีการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) .....	207
1. ทางเข้าสู่อาคาร (ACCESSIBLE BUILDING) .....	208
2. ที่จอดรถ (PARKING AND PASSENGER LOADING ZONES) .....	209
3. ทางลาด (RAMPS) .....	209
4. ทางเชื่อมระหว่างอาคาร .....	211
5. ระเบียง .....	211
6. ประตู .....	211
7. บันได(STAIRS) .....	212

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

8.	ลิฟต์ (ELEVATORS).....	212
9.	ป้ายประกาศ (SIGNAGE).....	213
10.	โทรศัพท์สาธารณะ (PUBLIC TELEPHONES).....	213
11.	ห้องน้ำ (BATH ROOMS).....	213



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1-1 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปีงบประมาณ- มาณ 2556 (หน่วยนับ : คน).....	1
ตารางที่ 1-2 ตารางแสดงจำนวนเตียงของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 (หน่วยนับ : เตียง).....	3
ตารางที่ 1-3 มูลค่าอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์.....	5
ตารางที่ 3-1 แสดงวิธีการคำนวณจำนวนผู้ป่วยจิตเวชต่อประชากรกรุงเทพมหานคร.....	27
ตารางที่ 3-2 แสดงอัตราค่าบริการตรวจผู้ป่วยนอก.....	30
ตารางที่ 3-3 แสดงอัตราค่าบริการผู้ป่วยใน.....	30
ตารางที่ 3-4 แสดงงบประมาณการลงทุน.....	33
ตารางที่ 3-5 แสดงรายรับของ โครงการในระยะเวลา 5 ปี.....	34
ตารางที่ 3-6 แสดงรายจ่ายของ โครงการในระยะเวลา 5 ปี.....	35
ตารางที่ 3-7 แสดงกำไรหลังหักต้นทุน (จุดคุ้มทุน).....	36
ตารางที่ 3-8 แสดงหน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ.....	37
ตารางที่ 3-10 แสดงรายละเอียดจำนวนบุคลากร เวลาใช้งานและส่วนปฏิบัติงาน.....	40
ตารางที่ 3-11 แสดงรายละเอียดจำนวนผู้รับบริการ เวลาใช้งานและส่วนรับบริการ.....	44
ตารางที่ 3-12 แสดงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยใน.....	45
ตารางที่ 3-13 แสดงกิจกรรมการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์.....	47
ตารางที่ 4-1 แสดงการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบจากวัตถุประสงค์.....	57
ตารางที่ 4-2 แสดงการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน.....	58
ตารางที่ 4-3 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการสาธารณะ.....	65
ตารางที่ 4-4 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการทางการแพทย์.....	66
ตารางที่ 4-5 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนผู้ป่วยใน.....	71
ตารางที่ 4-6 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบำบัดจิตเวช.....	74
ตารางที่ 4-7 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนงานวิชาการ.....	77
ตารางที่ 4-8 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริหาร โครงการ.....	79
ตารางที่ 4-9 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการ.....	80
ตารางที่ 4-10 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริการสาธารณะ.....	82
ตารางที่ 4-11 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนผู้ป่วยนอก.....	82
ตารางที่ 4-12 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนผู้ป่วยใน.....	86
ตารางที่ 4-13 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบำบัดจิตเวช.....	87
ตารางที่ 4-14 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนงานวิชาการ.....	88

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-15 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริหาร โครงการ.....	90
ตารางที่ 4-16 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริการ.....	91
ตารางที่ 4-17 สรุปพื้นที่ใช้สอยทั้งโครงการ .....	95
ตารางที่ 4-18 ตารางแสดงพื้นที่และจำนวนที่จอดรถในโครงการ .....	96
ตารางที่ 5-1 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธารณสุขราย จังหวัด ปีงบประมาณ 2556 (หน่วยนับ : คน).....	103
ตารางที่ 5-2 แสดงพื้นที่ที่ได้พิจารณาว่ามีความเหมาะสมในระดับย่าน .....	106
ตารางที่ 5-3 แสดงคะแนนความเหมาะสมของย่าน .....	106
ตารางที่ 5-4 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 1 .	111
ตารางที่ 5-5 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 2 .	113
ตารางที่ 5-6 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 3 .	115
ตารางที่ 5-7 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 3 .	117
ตารางที่ 5-8 ตารางประเมินความเหมาะสมของทางเลือกที่ตั้ง โครงการ .....	119
ตารางที่ 5-9 แสดงข้อมูลทางกายภาพของที่ตั้ง โครงการ.....	120
ตารางที่ 5-10 แสดงรายละเอียดข้อมูลสังคมและวัฒนธรรมของที่ตั้ง โครงการ .....	122
ตารางที่ 5-11 แสดงพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522.....	124
ตารางที่ 5-12 ตารางวิเคราะห์ศักยภาพการใช้พื้นที่ของที่ตั้ง โครงการ .....	125
ตารางที่ 5-13 วิเคราะห์เส้นทางสัญจร โดยรถส่วนตัวและการขนส่งสาธารณะ.....	127
ตารางที่ 5-14 วิเคราะห์ทางเข้าออกโครงการ .....	129
ตารางที่ 6-1 อัตราค่าบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนารมย์.....	144
ตารางที่ 6-2 อัตราค่าบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนารมย์.....	147
ตารางที่ 7-1 ตารางแสดงขนาดหม้อแปลง .....	166
ตารางที่ 7-2 แสดงปริมาณการใช้ น้ำของอาคาร.....	167
ตารางที่ 7-3 ตารางแสดง Cooling Load ของแต่ละองค์ประกอบอาคาร .....	168
ตารางที่ 8ข-8-1 แสดงจำนวนที่จอดรถคนพิการต่อความจุที่จอดรถ.....	209

## สารบัญญภาพ

รูปที่ 1-1 แผนภูมิแสดงการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 — พ.ศ.2558 (ราย : แส่นประชากร) .....	3
รูปที่ 2-1 ตัวอย่างการจัดสถานที่การบำบัดแบบนั่งรอบ โต้ะ .....	19
รูปที่ 2-2 ตัวอย่างการจัดสถานที่การบำบัดแบบนั่งจัดเก้าอี้เป็นรูปตัววี (V) .....	19
รูปที่ 2-3 การจัดสถานที่การบำบัดแบบรูปวงกลม .....	19
รูปที่ 2-4 ตัวอย่างการออกแบบภายในสำหรับผู้ป่วยจิตเวช .....	20
รูปที่ 2-5 ตัวอย่างการออกแบบภายในสำหรับผู้ป่วยจิตเวช .....	21
รูปที่ 2-6 ทักษะภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช .....	22
รูปที่ 3-1 ผังแสดง โครงสร้างภารกิจ โครงการ .....	25
รูปที่ 3-2 ผังแสดง โครงสร้างด้านการบริหาร .....	26
รูปที่ 3-3 แผนผังการดำเนินงานระบบงานแรกรับ .....	48
รูปที่ 3-4 แผนผังการดำเนินงานต้อนรับ - ทำบัตร .....	48
รูปที่ 3-5 แผนผังการดำเนินงานระบบงานเวชระเบียน .....	49
รูปที่ 3-6 แผนผังการดำเนินงานระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาคาร ไม่นัก / Night OPD) .....	50
รูปที่ 3-7 แผนผังการดำเนินงานระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาคารหนัก) .....	51
รูปที่ 3-8 แผนผังการดำเนินงานระบบงานผู้ป่วยนอก .....	52
รูปที่ 3-9 แผนผังการดำเนินงานระบบงานสนับสนุนทางการแพทย์ .....	53
รูปที่ 3-10 แผนผังการดำเนินงานระบบการเงิน .....	54
รูปที่ 3-11 แผนผังการดำเนินงานระบบงานเภสัชกรรม .....	54
รูปที่ 3-12 แผนผังการดำเนินงานระบบงานบำบัดจิตเวช .....	55
รูปที่ 3-13 แผนผังการดำเนินงานระบบงานผู้ป่วยใน .....	56
รูปที่ 4-1 แผนภูมิแสดงอัตราส่วนพื้นที่ใช้สอยในโครงการ .....	96
รูปที่ 4-2 แผนภูมิแสดงอัตราส่วนองค์ประกอบหลัก , องค์ประกอบรอง และองค์ประกอบเสริม ในโครงการ .....	97
รูปที่ 4-3 แผนภูมิแสดงอัตราส่วนพื้นที่ชายภายในโครงการ .....	97
รูปที่ 4-4 แผนผังความสัมพันธ์องค์รวม .....	98
รูปที่ 4-5 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนผู้ป่วยนอก .....	99
รูปที่ 4-6 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนผู้ป่วยใน .....	100
รูปที่ 4-7 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนบำบัดจิตเวช .....	101
รูปที่ 4-8 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนวิชาการ .....	101
รูปที่ 4-9 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนบริหารโครงการ .....	102

รูปที่ 4-10	แผนผังแสดงความสัมพันธ์ของส่วนบริการ โครงการ .....	102
รูปที่ 5-1	ผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2558 .....	104
รูปที่ 5-2	แสดงความหนาแน่นของประชากร/ตร.กม. ในแต่ละเขตของกรุงเทพมหานคร ...	105
รูปที่ 5-3	แผนที่กรุงเทพมหานคร เน้นเขตดลิ่งชั้น .....	107
รูปที่ 5-4	แผนที่เขตดลิ่งชั้น .....	109
รูปที่ 5-5	แผนที่แสดงที่ตั้งทางเล็อกและละแวกข้างเคียง .....	110
รูปที่ 5-6	ภาพถ่ายทางอากาศที่ตั้งทางเล็อกที่ 1 .....	111
รูปที่ 5-7	ภาพถ่ายทางอากาศที่ตั้งทางเล็อกที่ 2 .....	113
รูปที่ 5-8	ภาพถ่ายทางอากาศที่ตั้งทางเล็อกที่ 3 .....	115
รูปที่ 5-9	ภาพถ่ายทางอากาศที่ตั้งทางเล็อกที่ 4 .....	117
รูปที่ 5-10	ภาพถ่ายทางอากาศที่ตั้ง โครงการ .....	120
รูปที่ 5-11	ผังแสดงรายละเอียดที่ตั้ง โครงการ .....	121
รูปที่ 5-12	ผังสิ่บริเวณที่ตั้งโครงการ .....	122
รูปที่ 5-13	แผนที่แสดงเส้นทางและระยะเวลาในการเดินทางระหว่างที่ตั้งโครงการกับ โรงพยาบาลศิริราช .....	123
รูปที่ 5-14	แผนที่แสดงเส้นทางและระยะเวลาในการเดินทางระหว่างที่ตั้งโครงการกับสถาบัน กัลยาณิราช-นครินทร์ .....	123
รูปที่ 5-15	แสดงข้อกำหนดการใช้ประโยชน์ที่ดินตามข้อบังคับผังเมืองรวม พ.ศ.2556 .....	125
รูปที่ 5-16	มุมมองด้านหน้าที่ตั้งโครงการ มองจากสะพานลอย .....	126
รูปที่ 5-17	มุมมองด้านหน้าที่ตั้งโครงการ .....	126
รูปที่ 5-18	มุมมองถนนจากหน้าที่ตั้งโครงการ .....	126
รูปที่ 5-19	วิเคราะห์ทางเข้าออกโครงการ .....	128
รูปที่ 5-20	ผังจำลองเส้นทางพระอาทิตย์และลมมรสุมที่เกิดขึ้นบริเวณที่ตั้งโครงการ .....	129
รูปที่ 5-21	แผนที่กรุงเทพแสดงพื้นที่อุทกภัย พ.ศ.2554 .....	130
รูปที่ 5-22	ภาพน้ำท่วมบนถนนบรมราชชนนีขาเข้าไปปิ่นเกล้า พ.ศ.2554 .....	130
รูปที่ 6-1	อาคารสก. สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา .....	133
รูปที่ 6-2	แผนผังสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา .....	135
รูปที่ 6-3	บริเวณ โถงพักคอยส่วนผู้ป่วยนอก .....	136
รูปที่ 6-4	ผังแสดงขั้นตอนการเข้ารับการรักษาส่วนผู้ป่วยนอก .....	137
รูปที่ 6-5	ภาพบริเวณ โถงพักคอยเข้ารับการตรวจกับจิตแพทย์ .....	138
รูปที่ 6-6	ภาพภายในบรรยากาศห้องตรวจ .....	138
รูปที่ 6-7	ภาพทางเดินแพทย์หลังห้องตรวจ .....	138

รูปที่ 6-8 ภาพบรรยากาศห้องทดสอบจิตวิทยาด้วยตนเองผ่านระบบคอมพิวเตอร์ .....	139
รูปที่ 6-9 ส่วนพักคอยรอรับยา – จ่ายเงิน .....	139
รูปที่ 6-10 บริเวณด้านหน้าอาคารผู้ป่วยแยกหญิง .....	140
รูปที่ 6-11 บรรยากาศภายในห้องพักผู้ป่วย .....	140
รูปที่ 6-12 ภายในห้องน้ำต้องไม่ให้ฝักบัวยื่นออกมาจนผนัง ซึ่งอาจเป็นคานแขวนคอของ ผู้ป่วยได้.....	141
รูปที่ 6-13 บรรยากาศภายในห้องบำบัดกลุ่ม.....	141
รูปที่ 6-14 บรรยากาศโรงอาหารพนักงานซึ่งเปิดให้ผู้ป่วยเข้าใช้ได้.....	142
รูปที่ 6-15 โรงพยาบาลมนารมย์.....	143
รูปที่ 6-16 บริเวณทางเข้าอาคาร .....	148
รูปที่ 6-17 บรรยากาศบริเวณพักคอยและรอตรวจ .....	149
รูปที่ 6-18 บรรยากาศบริเวณ โถงเชื่อมญาติส่วนผู้ป่วยใน .....	149
รูปที่ 6-19 ภาพบรรยากาศห้องพักแบบต่าง ๆ.....	149
รูปที่ 6-20 Psychiatric Centre Friedrichshafen .....	151
รูปที่ 6-21 สะพานพาดช่วงกว้างเชื่อมปีกอาคาร .....	152
รูปที่ 6-22 บรรยากาศบริเวณ โถงของอาคาร .....	152
รูปที่ 6-23 ผังบริเวณของโครงการ (สีชมพู : อาคารเก่า , สีฟ้า : อาคารใหม่) .....	153
รูปที่ 6-24 รูปตัดอาคารแสดงการเข้าถึงจากทั้งสองทางของอาคาร.....	154
รูปที่ 6-25 ผังแสดงการแบ่งส่วนการใช้งานของอาคาร (สีฟ้า : ห้องพัก , สีชมพู : ส่วนพักผ่อน , สีเหลือง : ห้องกิจกรรม , สีเขียว : ส่วนบริการสาธารณะ).....	154
รูปที่ 6-26 แสดงบรรยากาศจากสวนที่ถูกอาคารล้อมรอบ .....	155
รูปที่ 6-27 HELIX.....	156
รูปที่ 6-28 บริเวณรั้วของโครงการ .....	157
รูปที่ 6-29 บรรยากาศบริเวณ โถงทางเข้าโครงการ .....	158
รูปที่ 6-30 พื้นที่เอนกประสงค์ภายในโครงการ .....	160
รูปที่ 6-31 ผังบริเวณของโครงการ .....	160
รูปที่ 6-32 ผังอาคารผู้ป่วยใน .....	161
รูปที่ 8-1 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 1.....	173
รูปที่ 8-2 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 2.....	174
รูปที่ 8-3 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 3.....	174
รูปที่ 8-4 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 4 .....	175
รูปที่ 8-5 ผังพื้นที่ 1 .....	176

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รูปที่ 8-6 ผังพื้นที่ชั้นที่ 2 .....	177
รูปที่ 8-7 ผังพื้นที่ชั้นที่ 3 .....	177
รูปที่ 8-8 รูปตัด A .....	178
รูปที่ 8-9 รูปตัด B.....	178
รูปที่ 8-10 รูปตัด C.....	178
รูปที่ 8-11 รูปด้านทิศใต้.....	179
รูปที่ 8-12 รูปด้านทิศตะวันตก.....	179
รูปที่ 8-13 รูปด้านทิศเหนือ .....	179
รูปที่ 8-14 รูปด้านทิศตะวันออก .....	179
รูปที่ 8-15 ไอโซเมตริก .....	180
รูปที่ 8-16 ทศนิยมภาพบริเวณด้านหน้าโครงการ .....	181
รูปที่ 8-17 ทศนิยมภาพบริเวณโถงลิโอบบี้ .....	181
รูปที่ 8-18 ทศนิยมภาพอาคารตรวจรักษา.....	182
รูปที่ 8-19 ทศนิยมภาพสวนระหว่างห้องตรวจ .....	182
รูปที่ 8-20 ทศนิยมภาพทางเข้าส่วนผู้ป่วยใน.....	182
รูปที่ 8-21 ทศนิยมภาพโถงนิทรรศการและส่วนงานวิชาการ.....	183
รูปที่ 8-22 ทศนิยมภาพศาลาสมาชิกกลางแจ้ง .....	183
รูปที่ 8-23 ทศนิยมภาพภายในศาลาสมาชิกกลางแจ้ง .....	183
รูปที่ 8-24 ทศนิยมภาพ Recreation Area ภายในส่วนผู้ป่วยใน .....	184
รูปที่ 8-25 ทศนิยมภาพภายในอาคารผู้ป่วยใน.....	184
รูปที่ 8-26 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 1 .....	185
รูปที่ 8-27 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 2 .....	185
รูปที่ 8-28 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 3 .....	186
รูปที่ 8-29 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 4 .....	186
รูปที่ 8-30 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 5 .....	187

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาของโครงการ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานในปี 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,734,410 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้มาขอรับบริการ ในคลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมากขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ 2554-2556 มีจำนวนผู้มาขอรับบริการมากกว่าปี 2554 กว่า 3 เท่าตัว (ปี 2554 จำนวน 11,391 ราย ปี 2555 จำนวน 39,591 ราย และปี 2556 จำนวน 39,841 ราย ตามลำดับ)<sup>1</sup>

ตารางที่ 1-1 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2556 (หน่วยนับ : คน)

จังหวัดในเขตตรวจสาธารณสุข	ประชากรกลางปี	รวมทั้งหมด	
	1 ก.ค. 2556	จำนวน	อัตรา
กรุงเทพมหานครที่มาจากหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต	5,686,252	212,795	3,472.72
เขต 1	5,698,957	245,264	4,303.66
เขต 2	3,446,834	162,311	4,708.99
เขต 3	2,680,164	85,041	3,172.95
เขต 4	3,636,615	104,233	2,866.21
เขต 5	1,587,161	36,960	2,328.69
เขต 6	3,423,294	68,295	1,995.01
เขต 7	1,704,931	30,850	1,809.46
เขต 8	3,215,025	64,964	2,020.64
เขต 9	2,799,844	72,782	2,599.50
เขต 10	3,634,485	78,262	2,153.32
เขต 11	3,173,514	59,125	1,865.91
เขต 12	4,046,257	81,443	2,012.80
เขต 13	6,707,519	134,170	2,000.29

<sup>1</sup> นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข (อธิบดีกรมสุขภาพจิต). ไทยป่วยทางจิตพุ่ง ขอรักษาเพิ่มขึ้น 3 เท่า!! [เว็บไซต์] สืบค้น

จาก <http://www.manager.co.th/>

ตารางที่ 1-1 (ต่อ) ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2556 (หน่วยนับ : คน)

จังหวัดในเขตตรวจสาธารณสุข	ประชากรกลางปี	รวมทั้งหมด	
	1 ก.ค. 2556	จำนวน	อัตรา
เขต 14	4,213,632	88,560	2,101.75
เขต 15	1,704,882	46,273	2,714.15
เขต 16	2,695,907	83,053	3,080.71
เขต 17	1,079,832	15,293	1,416.24
เขต 18	1,951,121	26,320	1,348.97
เขต 19	1,699,683	37,064	2,180.64
<b>รวมทั้งประเทศ</b>	<b>64,785,909</b>	<b>1,734,410</b>	<b>2,677.14</b>

(ที่มา : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-19 และศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต)

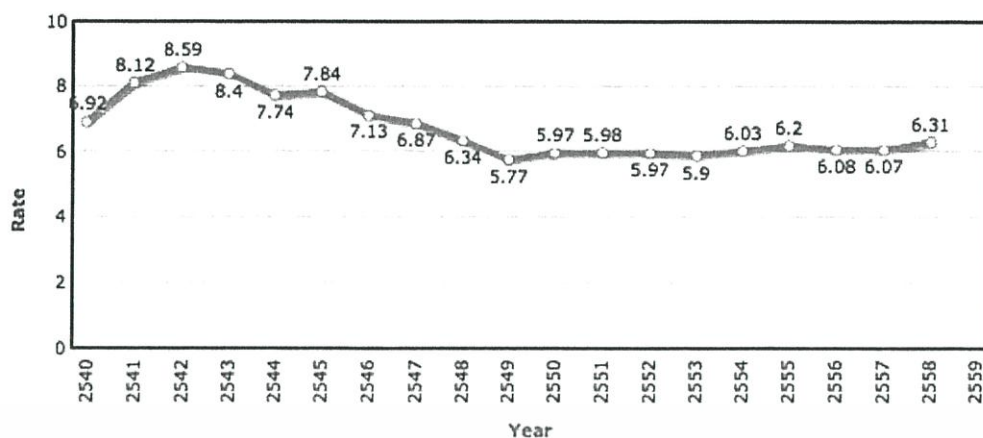
ข้อมูลตารางที่ 1-1 แสดงให้เห็นว่าปัญหาทางสุขภาพจิตกำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองหลวงที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง และมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่รวดเร็วอย่างกรุงเทพมหานคร ประชากรจำต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมายที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ภาวะการว่างงาน ปัญหาการเมือง ปัญหาการจราจร อีกทั้งการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเองก็ยังมีอัตราน้อยกว่าเกณฑ์

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น จากรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปริมาณร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด (ประมาณ 3,000,000 คน) แต่เข้าถึงบริการเพียงประมาณ 100,000 คนเท่านั้น และสถิติการฆ่าตัวตายในสังคมไทยนั้น พบว่าเกิดขึ้น 1 รายในทุก ๆ 1.30 ชั่วโมง โดยสาเหตุหลักก็มาจากเป็นโรคซึมเศร้า<sup>1</sup>

<sup>1</sup> นพ.มล.สมชาย จักรพันธ์ อดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิต. ในปี พ.ศ.2563 โรคซึมเศร้า จะเป็นปัญหาการเจ็บป่วย

อันดับ 2 ของประชากรโลก รองจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ. [เว็บไซต์] สืบค้นจาก <http://www.hiso.or.th/>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



รูปที่ 1-1 แผนภูมิแสดงการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 – พ.ศ.2558(ราย : แส่นประชากร)  
(ที่มา : รายงาน สจ.รง. 201-1 สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

โดยกรมสุขภาพจิตเองก็ได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งด้านการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพจิต ดังที่กำหนดไว้ในนโยบาย ข้อ 3.1 ว่าด้วยเรื่องการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งจิตเวชทั่วไป และจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในหน่วยบริการทุกระดับในเขตสุขภาพ ผนวกกับผลการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษาด้วยยามีเพียง ร้อยละ 50 เนื่องจากมีโรงพยาบาลจิตเวชไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงและรักษา

ตารางที่ 1-2 ตารางแสดงจำนวนเตียงของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 (หน่วยนับ : เตียง)

จังหวัดในเขตตรวจราชการสุว	ปีงบประมาณ		
	2556	2557	2558
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	892	892	892
สถาบันราชานุกูล	610	610	610
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	330	330	330
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	60	60	60
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	-
โรงพยาบาลศรีธัญญา	2280	2280	2280
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	1300	1300	1300
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	750	750	750

<sup>1</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). **ทิศทาง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12. กรุงเทพฯ.** สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ตารางที่ 1-2 (ต่อ) ตารางแสดงจำนวนเตียงของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 (หน่วยนับ : เตียง)

จังหวัดในเขตตรวจราชการสุขภาพ	ปีงบประมาณ		
	2556	2557	2558
โรงพยาบาลสวนปรุง	700	700	700
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	372	372	372
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	300	300	300
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	300	300	300
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	300	300	300
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	150	150	150
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	120	120	120
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	120	120	120
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	120	120	120
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-	-	12
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	-
<b>รวมกรมสุขภาพจิต</b>	<b>8,704</b>	<b>8,704</b>	<b>8,716</b>

(ที่มา : รายงาน สจ.รง. 201-1 และ สจ.รง. 201 สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

จากตารางที่ 1-2<sup>1</sup> จะพบว่าสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะ นั้นยังมีไม่เพียงพอ ผนวกกับนโยบายกรมสุขภาพจิตเองก็ส่งเสริมการพัฒนาด้านการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งนับเป็นมาตรการเร่งด่วนในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวช และเป็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ จากรายงานผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธาณณะสุขภาพรายจังหวัด ปี 2556 พบว่ากรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชสูง โดยจากประชากร 5,686,252 คน พบว่ามีผู้ป่วยเข้าข่ายจำนวน 212,795 คน โดยคิดเป็นอัตราส่วนต่อจำนวนประชากร 100,000 คนจะเท่ากับ 3,742.27 คน ดังนั้นแล้วเขตจังหวัดกรุงเทพมหานครจึงมีความเหมาะสม ที่จะเกิดโครงการโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรองรับความต้องการการบริการด้านสุขภาพจิตในปัจจุบัน<sup>1</sup>

ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ในฐานะ ผู้ริเริ่มงานสุขภาพจิตในประเทศไทย ได้กล่าวไว้ว่า “ การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เป็น โรคจิตแล้ว ก่อนข้างจะสิ้นเปลืองงบประมาณมาก และเป็นการ

<sup>1</sup> จำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธาณณะสุขภาพรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2556

ช่วยเหลือที่สายเกินไป แต่การป้องกัน ก่อนที่จะเกิดปัญหา และการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเสียแต่ในระยะเริ่มแรกจะได้ผลดีกว่า”<sup>1</sup> จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นว่าสถานพยาบาลมิได้ทำหน้าที่เพียงรองรับการรักษา แต่ยังต้องคำนึงถึงสังคมโดยรวม ต้องให้บริการที่ครบด้านทั้งป้องกัน รักษา บำบัด และฟื้นฟูไปในคราวเดียวกัน

ในด้านการลงทุนนั้น ธุรกิจโรงพยาบาลในไทยมีอัตราการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากประเทศไทยมีปัจจัยเชิงบวกในด้านการพยาบาลมาก ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาต่ำกว่าเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว ในขณะที่การบริการได้รับการยอมรับในระดับสากล ผนวกกับธุรกิจการท่องเที่ยวทางการแพทย์ก็ยังมีเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยก็ได้รับอานิสงส์จากการเติบโตดังกล่าว ทำให้ในปัจจุบันธุรกิจโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในธุรกิจที่น่าลงทุน อีกทั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในไทยเองก็ยังมีบริการไม่มาก จึงทำให้เหมาะสมต่อการลงทุน

ตารางที่ 1-3 มูลค่าอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์

ลำดับ	ผู้ประกอบการ	รายได้		กำไร - ขาดทุน		% YOY
		2557	2558	2557	2558	
1	บมจ.กรุงเทพดุสิต เวชการ	58,042.1	65,188.3	7,393.5	7,917.5	+7.1
2	บมจ. โรงพยาบาลบำ รุงราษฎร์	15,910.5	17,942.0	2,730.3	3,435.8	+25.8
3	บมจ. สมิติเวช : SVH	9,855.1	10,104.6	1,281.2	1,357.4	+6.0
4	บมจ. บางกอก เซน ฮอสปิทอล	5,381.5	5,854.6	521.9	527.3	+1.0
5	บมจ. โรงพยาบาล วิภาวดี	5,073.9	5,585.2	596.1	735.7	+23.4
6	บมจ. โรงพยาบาล รามคำแหง	3,866.4	3,969.2	1,010.2	1,018.3	+0.8
7	บมจ. เชียงใหม่ราม ธุรกิจ การแพทย์	2,978.7	3,359.2	386.9	500.8	+29.4
8	บมจ. โรงพยาบาล จุฬารัตน์	2,717.8	3,178.8	480.6	538.4	+12.0

<sup>1</sup> จากแนวคิดที่นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ได้กล่าวไว้เมื่อริเริ่มตั้งคลินิก สุขวิทยาจิต พ.ศ. 2496

ตารางที่ 1-3 (ต่อ) มูลค่าอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์

ลำดับ	ผู้ประกอบการ	รายได้		กำไร - ขาดทุน		% YOY
		2557	2558	2557	2558	
9	บมจ. โรงพยาบาล นทเวช	1,894.8	1,911.8	265.4	298.3	+12.4
10	บมจ. สิริรินทร์	1,879.4	2,026.6	158.1	115.5	-26.9
11	บมจ. โรงพยาบาล มหาชัย	1,819.1	1,955.9	117.9	168.6	+43.0
12	บมจ. โรงพยาบาล เอกชล	1,524.5	1,531.3	181.7	160.2	-11.8
13	บมจ. ศรีวิชัยเวช วิวัฒน์	1,276.4	1,368.7	94.4	101.5	+7.5
14	บมจ. ธนบุรี เมดิคัล เซ็นเตอร์	354.6	450.4	(-32.5)	(-43.7)	-34.5
15	บมจ. วัฒนา การแพทย์	289.9	325.4	11.1	13.0	+17.1
16	บมจ. โรงพยาบาล ลาดพร้าว	-	1,255.7	-	100.5	-
รวม		112,871.7	124,752.0	15,229.2	16,888.2	+10.9

(ที่มา : ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย)

ดังนั้นแล้วโครงการ โรงพยาบาลนำบริการทางจิตเวช ซึ่งจะดำเนินงาน โดยเอกชน จะสามารถตอบสนองต่อนโยบายกรมสุขภาพจิต รวมถึงตอบสนองความต้องการเข้าถึงและการรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่เพียงพอในปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งระดับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ให้บริการทั้งการรักษา บำบัด และฟื้นฟูด้วยวิธีทางที่สมบูรณ์ตามมาตรฐานสากล พร้อมทั้งยังส่งเสริมงานพัฒนาสุขภาพจิตแก่สังคม เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ป้องกันการเกิดปัญหา และส่งเสริมสุขภาพจิตให้ประชาชนในสังคมมีคุณภาพดีขึ้น

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.2.1 ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมและความต้องการของผู้ใช้โครงการ (ผู้ป่วย, แพทย์ และบุคลากร) นำมาซึ่งการได้แนวทางการออกแบบพื้นที่ที่สามารถช่วยเหลือ และส่งเสริมการ รักษาบำบัด และฟื้นฟู ผู้ใช้โครงการ โดยอาศัยการออกแบบสถาปัตยกรรม
- 1.2.2 มีความรู้ความเข้าใจในวิธีการดำเนินงาน และ โครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลจิตเวช
- 1.2.3 สามารถออกแบบ โดยคำนึงถึงเรื่องจิตวิทยาสภาพแวดล้อมได้ ทั้งด้านสถาปัตยกรรม สถาปัตยกรรมภายใน และภูมิสถาปัตยกรรม
- 1.2.4 สามารถออกแบบ โดยคำนึงถึงหลักการออกแบบเพื่อคนทั้งมวลได้
- 1.2.5 ได้ศึกษาถึงองค์ประกอบ ประโยชน์ใช้สอย รูปแบบของโรงพยาบาลจิตเวช และสามารถออกแบบ โรงพยาบาลจิตเวชได้
- 1.2.6 สามารถวางแผนการใช้ประโยชน์อาคารให้สอดคล้องกับสภาพที่ตั้ง วัฒนธรรม และชุมชนโดยรอบได้
- 1.2.7 สามารถเลือกใช้โครงสร้าง งานระบบ และวัสดุประกอบอาคารที่เหมาะสมกับโครงการได้
- 1.2.8 ได้เรียนรู้ขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่การค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ วิเคราะห์ สรุปผล จนกระทั่ง การดำเนินการออกแบบด้วยตนเอง ทำให้ได้ประสบการณ์ การศึกษาข้อมูลลงพื้นที่จริง

## 1.3 วัตถุประสงค์และประโยชน์ของโครงการ

- 1.3.1 เพื่อเป็นสถานที่บำบัด รักษา และฟื้นฟูเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยมีมาตรฐานเป็นสากล สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3.2 เพื่อแบ่งเบาภาระการรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีมากขึ้น และสถานพยาบาลทางจิตเวชมีไม่เพียงพอ
- 1.3.3 เพื่อเป็นสถานที่เรียนรู้ และสร้างความตระหนักรู้ถึงสุขภาพจิตแก่ประชาชน สร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเข้าใจถึงการรักษาบำบัดที่ถูกวิธี
- 1.3.4 เพื่อเป็นสถานที่สำหรับการเรียนรู้ วิจัย อบรม รวมถึงกิจกรรมทางสุขภาพจิตให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง

## 1.4 ขอบเขตและวิธีการศึกษาโครงการ

### 1) ศึกษาด้านสุขภาพจิต

- ประเภทของกลุ่มเป้าหมายโครงการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- อาคารผิดปกติทางจิต
- ประเภท มาตรฐาน และ ขั้นตอนในการ วินิจฉัย บำบัดฟื้นฟู และรักษา
- บริการพิเศษที่เกี่ยวข้อง
- ทฤษฎีทางจิตวิทยา

## 2) ศึกษาการออกแบบสถาปัตยกรรม

- แนวคิดทางสถาปัตยกรรมและการวางผัง
- การออกแบบ โดยคำนึงถึงจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม
- การออกแบบ โดยคำนึงถึงการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล
- ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ใช้สอยและเส้นทางสัญจรภายใน โครงการ
- การออกแบบอาคารประเภท โรงพยาบาล
- จิตวิทยาในการออกแบบเพื่อสื่อสารกับผู้ใช้อาคาร
- การออกแบบสถาปัตยกรรมให้สอดคล้องกับที่ตั้ง โครงการ บริบท สภาพแวดล้อม ชุมชน และผังเมือง
- กฎหมาย และ เทศบัญญัติการควบคุมอาคารที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
- การใช้โครงสร้าง งานระบบ และวัสดุที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับโครงการ
- ศึกษาอาคารตัวอย่างทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการศึกษาจากอาคารจริง

## 3) ศึกษารายละเอียดและองค์ประกอบของโครงการ

- รายละเอียดขององค์ประกอบโครงการและประโยชน์ใช้สอย
- จำนวนปริมาณผู้ใช้โครงการ ประเภทของผู้ใช้บริการ
- ความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของโครงการ
- ตัวอย่างองค์ประกอบจากตัวอย่างอาคารที่มีลักษณะใกล้เคียง พร้อมวิเคราะห์การใช้ งานทั้งข้อดีและข้อเสีย

## 4) ศึกษาและวิเคราะห์ผู้ใช้โครงการ

- จำแนกประเภทและจำนวนผู้ใช้โครงการ
- พฤติกรรมผู้ใช้โครงการ
- หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ
- ผังการบริหารของหน่วยงาน รวมทั้งจำนวนและหน้าที่ของบุคลากร

## 5) ศึกษาและวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ

- ขนาดและรูปร่างของที่ดิน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ข้อมูลเบื้องต้นทางกายภาพที่มีผลต่อที่ตั้งโครงการ
- ประวัติการใช้ที่ดินที่ตั้งโครงการและบริเวณโดยรอบ
- สภาพแวดล้อมรวมถึงวิถีชีวิตรอบข้างที่มีผลต่อที่ตั้งโครงการ
- เส้นทางและระยะการเข้าถึงที่ตั้งโครงการ
- ระบบสาธารณูปโภคที่มีผลต่อที่ตั้งโครงการ
- ทัศนียภาพภายในที่ตั้งโครงการและมุมมองที่มีผลต่อที่ตั้งโครงการ
- สภาพสังคมและเศรษฐกิจ
- แผนการพัฒนาการใช้ประโยชน์ที่ดินและแนวโน้มในอนาคต

การศึกษาข้อมูล จะศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิ โดยสัมภาษณ์บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับโครงการ ลงพื้นที่จริงไปเพื่อถ่ายภาพ เก็บข้อมูล และสังเกต และจะศึกษาด้วยการสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิ ผ่านหนังสือและสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลที่เป็นเอกสารจากหน่วยงานราชการ องค์กร รัฐวิสาหกิจ เอกชน ข้อมูลเอกสารทางเทคนิค รวมไปถึงการสืบค้นข้อมูลจากสื่ออินเทอร์เน็ตต่าง ๆ



## บทที่ 2

### การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

#### 2.1 การศึกษาความหมาย ลักษณะสำคัญ และลักษณะการดำเนินงานของโรงพยาบาล

##### 2.1.1 ความหมายของ สถานพยาบาล ,โรงพยาบาล

โรงพยาบาล ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) หมายถึง ที่ทำงานด้านการแพทย์ทั้งในสถานที่และในชุมชน มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขทุกด้านแก่ประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การบริการผู้ป่วยควรครอบคลุมขยายไปถึงบ้านของผู้ป่วยเอง อีกทั้งโรงพยาบาลยังเป็นที่ฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขและค้นคว้าวิจัยปัญหาสาธารณสุขของชุมชนอีกด้วย

##### 1) สถานพยาบาล<sup>1</sup>

สถานพยาบาล หมายถึง สถานที่ รวมตลอดถึงยานพาหนะที่มีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน ซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ หรือซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบกิจการอื่นด้วยการผ่าตัด ฉีดยา หรือด้วยการใช้กรรมวิธีอื่นซึ่งเป็นกรรมวิธีการประกอบโรคศิลปะ โดยกระทำเป็นปกติธุระไม่ว่าจะ ได้รับผลประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ และเป็นสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ทั้งนี้ ไม่รวมสถานพยาบาลซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้ได้รับการยกเว้น ได้แก่ สถานพยาบาลของรัฐบาล เทศบาล สภาอากาศไทย และสถานพยาบาลอื่น ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา

##### 2) โรงพยาบาล

โรงพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งมีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน และจัดให้มีการวินิจฉัยโรค การศัลยกรรม ผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) ให้บริการด้านพยาบาลเต็มเวลา

คำว่า “โรงพยาบาล” ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 หมวด 2 ลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนข้อ 4 (1) “โรงพยาบาล” เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้บริการผู้ป่วยโดยสามารถ

<sup>1</sup> พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2547

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินสามสิบเตียงขึ้นไปซึ่งมีบริการด้านเวชกรรม ด้านการพยาบาล ด้านเภสัชกรรม และด้านเทคนิคการแพทย์เป็นอย่างน้อยและอาจจะมีบริการด้านทันตกรรมหรือด้านการประกอบโรคศิลปะอื่น ๆ คำที่เราเรียกกันว่า “โรงพยาบาล” นั้น ขึ้นอยู่กับการจัดตั้งชื่อของการดำเนินการของผู้ก่อตั้งสถานพยาบาลนั้น

### 3) โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย<sup>1</sup>

หมายความว่าโรงพยาบาลที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพตามลักษณะเฉพาะประเภทผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่น โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลแม่และเด็ก และโรงพยาบาลบำบัดยาเสพติด เป็นต้น

### 4) ลักษณะโดยทั่วไปและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน<sup>2</sup>

ข้อ 5 ให้โรงพยาบาลมีลักษณะตามขนาดและจำนวนเตียงที่จัดให้บริการผู้ป่วย ดังนี้

- โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ต้องมีจำนวนเตียงที่จัดให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่เก้าสิบเอ็ดเตียงขึ้นไป
- โรงพยาบาลขนาดกลาง ต้องมีจำนวนเตียงที่จัดให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่สามสิบเอ็ดเตียงขึ้นไป
- โรงพยาบาลขนาดเล็ก ต้องมีจำนวนเตียงที่จัดให้บริการผู้ป่วยไม่เกินสามสิบเตียง

ข้อ 6 โรงพยาบาลต้องมีลักษณะโดยทั่วไป ดังต่อไปนี้

- ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- โครงสร้างของอาคารต้องไม่ติดกับอาคารหรือสิ่งปลูกสร้างอื่น
- อาคารที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่สามชั้นขึ้นไป จะต้องมีลิฟต์บรรทุกเตียงผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งตัว และเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสมของจำนวนเตียง หรือมีทางลาดเอียงเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- ทางสัญจรร่วมในส่วนที่ให้บริการผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการขนส่งผู้ป่วยโดยเตียงเข็นต้องกว้างไม่น้อยกว่าสองเมตร ถ้ามีระดับพื้นสูงต่ำไม่เท่ากัน ต้องมีทางลาดเอียงซึ่งมีความชันไม่เกินสิบห้าองศา
- ต้องจัดสถานที่และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และผู้พิการแต่ละประเภท โดยอย่างน้อยต้องมีทางลาดเอียง ราวเกาะ และห้องน้ำสำหรับผู้พิการ

<sup>1</sup> กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ.2558

<sup>2</sup> กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ.2558

- การดำเนินการจัดสถานที่เพื่อกิจการอื่นซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการ เช่น ร้านอาหาร ร้านขายของ ให้กระทำได้โดยอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมและเพียงพอ สำหรับการให้บริการที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาล นั้น ๆ ทั้งนี้ การจัดบริการอื่นดังกล่าว จะต้องไม่อยู่ในบริเวณแผนกผู้ป่วยใน และแยก เป็นสัดส่วน โดยไม่ปะปนกับการให้บริการบริเวณผู้ป่วยนอก

ข้อ 7 โรงพยาบาลต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

- มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการ ประกอบวิชาชีพตามประเภทและสาขานั้น
- ได้มาตรฐานการประกอบวิชาชีพที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศ กำหนดแล้วแต่กรณี
- ได้รับอนุญาตเป็นอาคารสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคาร
- มีลักษณะถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
- มีลักษณะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการผังเมือง
- มีรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่ได้รับความเห็นชอบตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

ข้อ 14 โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วยต้องประกอบด้วยหน่วยบริการและระบบสนับสนุน การให้บริการ ดังต่อไปนี้

- แผนกเวชระเบียน
- แผนกผู้ป่วยนอก
- แผนกผู้ป่วยใน
- แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน
- แผนกเภสัชกรรม
- แผนกเทคนิคการแพทย์
- แผนกรังสีวิทยา
- ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ระบบควบคุมการติดเชื้อ
- ระบบไฟฟ้าสำรอง
- ระบบน้ำสำรอง
- หน่วยบริการหรือระบบสนับสนุนการให้บริการอื่นตามที่แจ้งไว้ในการขออนุญาต

โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วยขนาดเล็ก อาจไม่มีแผนกเทคนิคการแพทย์ หรือ แผนกรังสี วิทยา แต่จะต้องจัดให้มีบริการเท่าที่จำเป็นได้

### 2.1.2 ประเภทและกิจกรรมของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล มีการจำแนกได้หลายวิธี โดยมีการจำแนกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง, จำแนกด้วยจำนวนเตียง, จำแนกด้วยลักษณะกิจการสถานพยาบาล ตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1) กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งประเภทของโรงพยาบาลตามจำนวนเตียงที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

- โรงพยาบาลมหาราช หรือโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด มีจำนวนเตียงระหว่าง 600 - 1,000 เตียง
- โรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนเตียงระหว่าง 500 - 600 เตียง
- โรงพยาบาลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ขนาด คือขนาด 150 - 250 เตียง และขนาด 250 - 500 เตียง
- โรงพยาบาลชุมชน แบ่งเป็น 5 ขนาด คือ 10 - 30 เตียง 30 - 60 เตียง 60 - 90 เตียง 90 - 120 เตียง และ 120 - 150 เตียง

#### 2) การจำแนกตามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโดยทั่วไปการประกอบธุรกิจสถานพยาบาลมีทั้งโรงพยาบาลที่เป็นของหน่วยงานรัฐและเอกชน ซึ่งแบ่งโรงพยาบาลทั่วไปตามลักษณะกิจการ เช่น

- โรงพยาบาลและสถานพยาบาลประเภททั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลและสถานพยาบาล แผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนไข้ด้วยโรคทั่วไป มิได้จำกัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง โรงพยาบาลประเภทนี้มีทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลเอกชนมักจะเป็นโรงพยาบาลประเภทที่รับรักษาโรคทั่วไป เนื่องจากมีตลาดที่กว้างกว่า สามารถหาผู้ป่วยได้ง่ายกว่า จึงทำให้ทำรายได้ได้มาก สามารถคืนทุนได้เร็ว สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) จำนวนเตียง ที่เหมาะแก่การลงทุนในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนจะอยู่ประมาณ 100-400 เตียง ต่อ 1 แห่ง เพราะถ้าน้อยกว่า 100 เตียง จะไม่คุ้มต่อการลงทุน โดยเฉพาะในระยะแรก เช่น การลงทุนซื้อเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นเป็นต้น ส่วนถ้าใหญ่เกินไป เช่นถึง 500 เตียง จะเริ่มมีปัญหาในเรื่องจำนวนผู้ป่วยจำนวนบุคลากร และการบริหารควรแยกเป็นสาขาออกไปเจาะตลาดในกลุ่มลูกค้าแห่งใหม่จะคุ้มกว่า สำหรับโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารและเงินงบประมาณแผ่นดินมากกว่าจำนวนผู้ป่วย
- โรงพยาบาลและสถานพยาบาลประเภทเฉพาะโรค ได้แก่ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนไข้เฉพาะโรค โดยมีผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณในสาขาเฉพาะโรค ทำการรักษาโรคเฉพาะนั้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ๆ เช่น โรงพยาบาลโรคตา, โรงพยาบาลโรคตา หู คอ จมูก, โรงพยาบาลทันตกรรม, โรงพยาบาลโรคผิวหนัง, โรงพยาบาลจิตเวช, โรงพยาบาลแม่และเด็ก, โรงพยาบาลโรคกระดูก, โรงพยาบาลโรคทรวงอก หรือสถาบันมะเร็ง เป็นต้น

โรงพยาบาลเฉพาะทางเหล่านี้ ส่วนมากจะเป็น โรงพยาบาลในภาครัฐเพราะการลงทุนเครื่องมือแพทย์แต่ละสาขาค่อนข้างสูง และมีปัญหาเรื่องการหาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคได้ยาก เนื่องจากต้องอาศัยชื่อเสียงของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคเฉพาะทางจึงจะสามารถดึงดูดผู้ป่วยให้มารับการรักษาได้เพียงพอและคุ้มกับการลงทุน ในภาคเอกชนจึงหาผู้ลงทุนในโรงพยาบาลเฉพาะสาขาค่อนข้างยาก นอกจากเป็นสาขาเชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไปเท่านั้น เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสาขาโรคหัวใจ และการรักษาสมองด้วยเครื่องมือแกรมม่าไนซ์ โรงพยาบาลเทพธารินทร์ เชี่ยวชาญเรื่องโรคเบาหวาน เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลเฉพาะโรคที่นิยมเปิดกัน ในภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลพิน โรงพยาบาล ตา หู คอ จมูก หรือ โรงพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมแต่งความงาม เป็นต้น

- โรงพยาบาลแยกประเภทผู้ป่วย ( Special Patient Hospital ) เป็น โรงพยาบาลที่แยกประเภทของผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากมีข้อจำกัดบางอย่าง เป็นต้นว่า

โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องของการปฏิบัติในสมณะเพศ จึงสมควรแยกออกมาตั้งเป็น โรงพยาบาลของสงฆ์โดยเฉพาะ เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติโรงพยาบาลเด็ก ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของภูมิคุ้มกันเป็นการง่ายต่อการติดเชื้อ จึงสมควรแยกสถานรักษาพยาบาลออกจากโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งอาจจะติดเชื้อได้ง่ายกว่า เป็นต้น

โรงพยาบาลทหาร ซึ่งอาจมีข้อจำกัดเป็นการดำเนินงาน โดยเฉพาะฝ่ายเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรับผิดชอบของการรักษาพยาบาล และเป็นการรองรับจำนวนผู้ป่วยของหน่วยงานเองด้วย พร้อมทั้งยังมีสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ที่เข้ามาับการรักษาด้วย

โรงพยาบาลตำรวจ มีลักษณะเช่นเดียวกับสถานพยาบาลของทหาร

- โรงพยาบาลที่ก่อตั้งขึ้นจากมูลนิธิการกุศล ( Non-Profit Hospital ) เป็น โรงพยาบาลที่ดำเนินการบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยมิได้แสวงหาผลกำไร ส่วนใหญ่จะเป็นมูลนิธิทางศาสนา เช่น ศาสนาคริสต์ จะมีเตียงไว้รับผู้ป่วยอนาถาไว้จำนวนหนึ่ง อีกจำนวนหนึ่งจะเป็นเตียงผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งจะได้รับเงินจากผู้ป่วยพิเศษและเงินสนับสนุนจากมูลนิธิมาเลี้ยงโรงพยาบาลให้ดำเนินการอยู่ได้โรงพยาบาลประเภทนี้จะได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้ นิติบุคคล

3) การจำแนกระดับหน่วยบริการ ที่พื้นที่วางแผนให้ประชาชนในแต่ละตำบลไปใช้บริการในแต่ละระดับบริการ โดยมีเกณฑ์ในการกำหนดหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ดังนี้

- หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง สถานีอนามัย ศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ การรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่บริการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ผู้ป่วยนอก (OPD) โดยยึดเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ควรเกิน 22.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 30 นาที จัดแพทย์ให้บริการในลักษณะหมุนเวียน หรือบริการประจำเป็นแพทย์ปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา

- หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ การรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common problem) ไม่ซับซ้อนมากนัก โดยยึดเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 45 กม. หรือระยะเวลาเดินทาง ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง มีแพทย์ปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกันอาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา ทำหน้าที่ดูแล
- หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มีการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสุนัขศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ ทำหน้าที่ดูแล เป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 67.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 1.30 ชั่วโมง ต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 80,000 คน หรือกรณีอื่นที่มีความจำเป็นจริงของพื้นที่
- หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มีการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารอง นอกจากแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลัก เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาลิงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชบำบัดวิกฤต ทำหน้าที่ดูแล เป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 90 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 200,000 คน
- หน่วยบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง สาขาต่อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาต่อยอดของอายุรศาสตร์ คือ อายุรศาสตร์โรคไต โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคเลือด จิตวิทยาโรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ เป็นต้น สาขาต่อยอดศัลยศาสตร์ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ทรวงอก กุมารศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลอดเลือด ตกแต่ง เป็นต้น สาขาต่อยอดกุมารเวชศาสตร์ คือ ระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือด เป็นต้น สาขาอื่น เช่น พยาธิวิทยา กายวิภาค รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย เวชศาสตร์นิวเคลียร์ มะเร็งวิทยา เป็นต้น มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลาง

ตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 202.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 4 ชั่วโมง ต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 1,000,000 คน

- หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง (Excellent Center) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้วยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น (ศูนย์โรคหัวใจ) เน้นแพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์โรคทรวงอก อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ (ศูนย์มะเร็ง) เน้นแพทย์ในสาขา รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย เวชศาสตร์นิวเคลียร์ สาขาพยาธิวิทยา กายวิภาค อายุรศาสตร์โรคเลือด (ศูนย์อุบัติเหตุ) เน้นแพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ กุมารศัลยศาสตร์ (ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ) นิติเวช เป็นต้น เป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 247.5 กม. หรือมีระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 4.30 ชั่วโมง ต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 2,000,000 คน

หลักเกณฑ์ดังกล่าวเป็นหลักการพื้นฐาน ซึ่งคณะกรรมการระดับกระทรวงฯ อาจปรับแก้ไขอีกครั้ง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ขึ้นค่าของการจัดบริการ เช่น สถานีอนามัยที่รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 2,000 คน ควรมีเจ้าหน้าที่ไม่ต่ำกว่า 2 คน โรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบประชากรไม่ถึง 20,000 คน ควรมีแพทย์ไม่ต่ำกว่า 2 คน หรือโรงพยาบาลที่มีภารกิจตติยภูมิระดับสูงในจังหวัดที่มีประชากรน้อย ต้องกำหนดให้มีกำลังคนให้เพียงพอต่อการจัดบริการ เป็นต้น นอกจากนี้เกณฑ์ระยะทาง ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการซึ่งเป็นเกณฑ์พื้นฐานกว้างๆ ที่พื้นที่สามารถปรับได้ตามความเหมาะสมและเป็นไปตามสภาพเศรษฐกิจ งบประมาณ ลักษณะพื้นที่ และหากโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาหรือขยายบริการก่อนหน้านี้ ถ้าพิจารณาตามเกณฑ์แล้วไม่เหมาะสมเป็นหน่วยบริการระดับนั้นก็ให้คงภารกิจไว้ เพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายยุบเลิกหรือปรับลดภารกิจ ไม่มีนโยบายเกลี้ยอัตรากำลังคนในเชิงบังคับหรือเชิงลบ แต่จะเป็นการจำกัดอัตรากำลังบางพื้นที่ และการเพิ่มอัตรากำลังและการจัดสรรทรัพยากร จะมีนโยบายกระจายไปในพื้นที่ที่ขาดแคลนกว่าเป็นอันดับต้น

ภายหลังจากระดับจังหวัดและเขตจัดเครือข่ายบริการเสร็จ ได้จัดทำแผนให้ประชาชน ในแต่ละตำบลเข้าถึงบริการแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับ Excellent Center ทำให้ทราบจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของหน่วยบริการแต่ละระดับ เพื่อกำหนดเป็นแผนความต้องการกำลังคนได้

ในส่วนของการจำแนกระดับหน่วยบริการ โดยมีเกณฑ์ในการกำหนดหน่วยบริการระดับต่าง ๆ จากการวางแผน GIS (Geographic Information System) ระบบบริการสุขภาพของพื้นที่นี้ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่เพียงจะมีผลต่อการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

แล้ว ยังมีผลต่อการกำหนดแผนการลงทุน รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ในอนาคตด้วย

### 2.1.3 สรุปลักษณะของโรงพยาบาลจิตเวช

จากการศึกษาความหมาย ลักษณะสำคัญ และลักษณะการดำเนินงานของโรงพยาบาลแล้ว สามารถสรุปได้ว่าโครงการโรงพยาบาลบำบัดรักษาทางจิตเวช เข้าข่ายเป็น โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย เนื่องจากมีการประกอบวิชาชีพตามลักษณะเฉพาะประเภทผู้ป่วย (จิตเวช) นับเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง เนื่องจากมีจำนวนเตียงที่จัดให้บริการผู้ป่วย 64 เตียง (มากกว่า 31 เตียง แต่ไม่ถึง 90 เตียง ตามกฎกระทรวง<sup>1)</sup> จำเป็นจะต้องมี แผนกเวชระเบียน ,แผนกผู้ป่วยนอก ,แผนกผู้ป่วยใน ,แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ,แผนกเภสัชกรรม ,แผนกเทคนิคการแพทย์ ,แผนกรังสีวิทยา ,ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ,ระบบควบคุมการติดเชื้อ ,ระบบไฟฟ้าสำรอง และระบบน้ำสำรอง



<sup>1)</sup>กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ.2558  
เอกสารนี้เชิงอนุสรณ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลเท่านั้น ไม่อนุญาตนานาไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 2.2 การศึกษาข้อมูลเพื่อการออกแบบทางสถาปัตยกรรม

### 2.2.1 รายละเอียดการออกแบบห้องเพื่อการบำบัดจิต

การจัดสถานที่ที่มีความสงบเงียบ ไม่มีเสียงรบกวน ห้องไม่กว้างหรือแคบเกินไป มีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงหน้าหนาวอาจจัดในที่ที่แดดเข้าถึง หรือบางครั้ง หรือบางครั้งอาจมีการติดม่านเพื่อสบายตาสบายใจ ให้เกิดความอบอุ่นปลอดภัย

คุณสมบัติของพื้นที่สำหรับการบำบัด

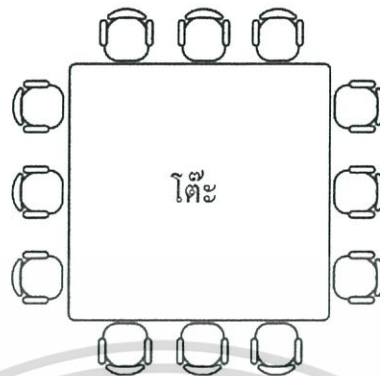
- ให้ความรู้สึกโปร่งโล่ง
- อากาศถ่ายเทสะดวก
- อุณหภูมิเหมาะกับการทำงาน
- ปราศจากเครื่องประดับตกแต่งอันเป็นเครื่องเบี่ยงเบน ดึงดูดความสนใจ
- ใช้สีและวัสดุที่ให้ความรู้สึกเป็นกลาง
- ขนาดของพื้นที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับแต่ละกิจกรรม ตามวัตถุประสงค์ของการบำบัดแต่ละครั้ง
- อาจมีโต๊ะสำหรับทำงานศิลปะและเก้าอี้นั่งสำหรับผู้รับการบำบัดและผู้ให้การบำบัด (แล้วแต่กิจกรรม)
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์และสิ่งของในพื้นที่ ควรเป็นไปเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่อบอุ่น ผ่อนคลาย และปลอดภัย
- ไม่ควรมีสิ่งของหรือบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องอยู่ร่วมหรือใช้พื้นที่ร่วมในขณะเดียวกัน

ในส่วนของอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น บางกิจกรรมอาจต้องใช้โต๊ะเก้าอี้และขาตั้งสำหรับวาดรูป เช่น การวาดรูป การปั้น บางกิจกรรมอาจต้องใช้สื่อ เช่น การทำงานฝีมือ บางกิจกรรมอาจไม่ต้องใช้อะไรเลย เช่น การแสดงออกในรูปแบบของการแสดงบำบัด

ในแง่ของวัสดุต่าง ๆ ก็มีผลต่อผู้ป่วยแต่ละประเภทเช่นกัน เช่น ผู้ป่วยบางประเภทอาจต้องเลือกสีที่สดใส บางประเภทอาจใช้สีเรียบ ๆ เย็น ๆ ผู้ป่วยบางประเภทชอบนั่งเพื่อฝัน จึงควรใช้วัสดุที่มีรูปร่างแน่นอน สัมผัสได้ เป็นต้น

ตัวอย่างในการจัดสถานที่บำบัดมีดังนี้

- **นั่งรอบโต๊ะ**



รูปที่ 2-1 ตัวอย่างการจัดสถานที่การบำบัดแบบนั่งรอบโต๊ะ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

- **จัดเก้าอี้เป็นรูปตัววี (V)**



รูปที่ 2-2 ตัวอย่างการจัดสถานที่การบำบัดแบบนั่งจัดเก้าอี้เป็นรูปตัววี (V) (ที่มา : ผู้จัดทำ)

- **แบบรูปวงกลม**



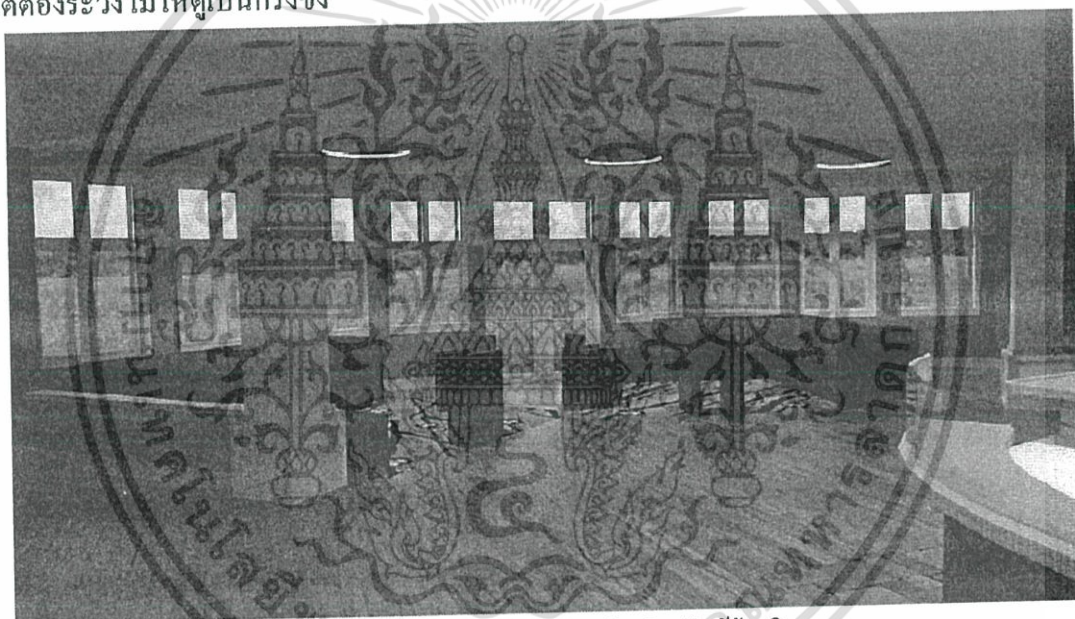
รูปที่ 2-3 การจัดสถานที่การบำบัดแบบรูปวงกลม (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 2.2.2 รายละเอียดการออกแบบภายใน

ผู้ป่วยเกือบทุกคนไม่ชอบอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีสุขภาพทางกายแข็งแรง ไม่มีโรคทางกายร่วมด้วย จะมีความรู้สึกอึดอัดที่ต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล รู้สึกขาดอิสระ ดังนั้น ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เหมือนบ้าน มีการอยู่เป็นประจำวันเสมือนกับว่าอยู่ที่บ้าน เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เช่น มีที่เก็บของเครื่องใช้ส่วนตัวในห้องนอนผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถจัดห้องนอนของตนเองตามความพอใจ การตกแต่งจึงพยายามสร้างบรรยากาศให้เหมือนบ้าน แต่ก็ต้องมีความเหมาะสมกับลักษณะความเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย คือวัสดุตกแต่ง เฟอร์นิเจอร์ต้องมีความแข็งแรงทนทานเพื่อเตรียมรับมือกับผู้ป่วยบางราย ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบทำลายข้าวของ หรือคลุ้มคลั่งทำร้ายผู้อื่นและตนเอง วัสดุภัณฑ์บางชิ้นเช่น โถะ แก้ว ในส่วนที่มีการใช้งานอย่างใดอย่างหนึ่งแน่นอนควรมีลักษณะที่ยากต่อการโยกย้าย หรืออาจจะยึดติดกับที่นั้น ๆ เลย เครื่องใช้ชิ้นเล็ก ๆ ที่สามารถหยิบขว้างปาได้ เช่น แจกัน ที่เขียนหรือ ควรเก็บไว้ให้ห่างจากผู้ป่วย ถ้าจำเป็นต้องใช้จริง ๆ ควรยึดติดกับโถะอย่างมั่นคง

ตัวอาคารต้องไม่ทึบ มีการเปิดหน้าต่างและช่องแสงตามความเหมาะสม ช่องกระจกควรอยู่ในระดับที่ขึ้นไปไม่ถึง และในบางจุดต้องใช้กระจกนิรภัย หรือติดลูกกรงเพื่อป้องกันผู้ป่วยทุบกระจก แต่ต้องระวังไม่ให้ดูเป็นกรงขัง



รูปที่ 2-4 ตัวอย่างการออกแบบภายในสำหรับผู้ป่วยจิตเวช  
(ที่มา : Mental Health Facilities Design Guide ,2010)

วัสดุปูพื้น ต้องไม่เป็นวัสดุที่ลื่น เพราะผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่อยู่นิ่ง เดินไปเดินมาตลอดเวลา บางรายเคลื่อนไหวผิดปกติ อันสืบเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต การใช้วัสดุปูพื้นในโรงพยาบาลจิตเวชว่า ในส่วนที่เป็นบริเวณซึ่งมีการเคลื่อนที่มาก เช่นตามทางเดิน ควรปูด้วยกระเบื้องสำหรับปูพื้นโดยเฉพาะ และส่วนที่เป็นบริเวณสำหรับหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ ควรปูพรม เพราะนอกจากจะช่วยเป็นฉนวนกันเสียงอีกทีแล้ว ยังให้ความรู้สึกหรูหรา น่าสบาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้วย

เพดานห้อง โดยเฉพาะในห้องนอนผู้ป่วย ควรเป็นเพดานเรียบ ไม่มีช็อกานหรือโครงเคร่า T-Bar ซึ่งล่อแหลมต่อการผูกคอตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัสดุอีกอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการบำบัดทางอ้อมคือ กระจกเงา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะไม่สนใจตัวเอง และปล่อยปละละเลยในสุขภาพของตนเองจนสภาพร่างกายทรุดโทรมลงตามลำดับ กระจกเงาเป็นเครื่องสะท้อนให้ผู้ป่วยได้เห็นสภาพที่เป็นอยู่ของร่างกายของตน ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันมาเอาใจใส่ตัวเองมากขึ้น และเกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ทั้งนี้ต้องใช้ในปริมาณที่พอเหมาะ และจัดวางในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสังเกตเห็นได้ง่าย เจ้าหน้าที่สังเกตการณ์สะดวก แต่ยากต่อการเข้าถึงตัวยานกระจก บริเวณ Day Space ของผู้ป่วยใน เป็นต้น

Osmond และ Izumi<sup>1</sup> ได้กล่าวถึงการออกแบบโรงพยาบาลจิตเวชว่า พื้นที่ส่วนต่าง ๆ ควรออกแบบให้สามารถบ่งชี้แยกแยะได้ง่าย โดยการใช้อยู่สี แสงสว่าง ผิวสัมผัส และเครื่องบ่งชี้ทางประสาทรับรู้อื่น ๆ รวมทั้งการประดับตกแต่งที่แตกต่างกันในแต่ละส่วน จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสน หรือหลงสถานที่ นอกจากนี้งานออกแบบยังต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอาณาเขตครอบครองของตนได้ เช่น ที่ประตูห้องนอนของผู้ป่วย เขียนชื่อของเขาไว้ได้ถ้าเขาต้องการ ผู้ป่วยควรจะได้รู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนที่เขาอยู่กับส่วนอื่น ๆ ของโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับโลกภายนอก รวมทั้ง วัน เวลา จะต้องถูกแสดงไว้อย่างชัดเจน อาจใช้เครื่องมือช่วย เช่น นาฬิกาหรือปฏิทิน หรืออาศัยเครื่องบอกเวลาที่มีอยู่ในธรรมชาติ เช่น ท้องฟ้า ดวงอาทิตย์ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องพิจารณาตามความน่าสนใจ และความเหมาะสมในแต่ละกรณี



รูปที่ 2-5 ตัวอย่างการออกแบบภายในสำหรับผู้ป่วยจิตเวช  
(ที่มา : Mental Health Facilities Design Guide ,2010)

<sup>1</sup> Function as the Basis of Psychiatric Ward Design ,American Psychiatric Association (1957)

### 2.2.3 รายละเอียดการออกแบบภูมิสถาปัตยกรรม

“ป่า เป็นเครื่องหมายของการระบายทุกข์ ความวิเวก และความสงบแห่งจิต เมื่อมนุษย์อยู่ท่ามกลางความวุ่นวาย เขาจะต้องการสถานที่อันเป็นธรรมชาติสักแห่งหนึ่ง เพื่อที่จะยืนปล่อยอารมณ์ และเยียวยาสภาพจิตอันว้าวุ่นของเขานั้น ... ชีวิตจะมีประโยชน์อะไร ถ้าเต็มไปด้วยความว้าวุ่น ไม่มีที่ที่จะยืนและเบิ่ง ... คนไข้โรคจิตผู้มีสภาพจิตไม่ปกติยิ่งจะต้องการที่ที่จะยืนและเบิ่งขึ้นหลายเท่า”<sup>1</sup>

สำหรับเรื่องการสอดส่องดูแลรักษาความปลอดภัยในบริเวณโครงการ ควรจัดภูมิทัศน์ให้เจ้าหน้าที่สามารถสอดส่องดูแลผู้ป่วยได้ โดยไม่ทำให้เกิดความรู้สึกของการถูกกักขัง การสร้างรั้วตาข่ายสูงรอบบริเวณควบคุมไม่ใช่คำตอบของการออกแบบ การสร้างเป็นส่วนที่กั้นบริเวณด้วยไม้พุ่มแน่น (Dense Hedge) หรือสวนภายใน ล้อมรอบด้วยอาคาร (Courtyard) จะเหมาะสมกว่า

อีกสิ่งหนึ่งที่นำพิจารณาคือ น้ำ การขุดสระน้ำจะช่วยสร้างบรรยากาศที่ชุ่มชื้นร่มเย็น อีกทั้งยังเป็นบริเวณรองรับน้ำที่จะระบายจากผิวดิน และช่วยกำหนดขอบเขตต่าง ๆ ได้ แต่ต้องมีข้อระมัดระวังในการออกแบบ ก็คืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ดังนั้นสระน้ำในบริเวณ โรงการต้องเป็นสระตื้น ๆ และอยู่ในจุดที่มีการสอดส่องดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างทั่วถึง



รูปที่ 2-6 ทัศนียภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช (ที่มา : <https://depts.washington.edu/>)

การรักษาคนไข้โรคจิตจามวิทยาการแผนใหม่ ส่วนใหญ่แล้วอิทธิพลของธรรมชาติจะถูกนำมาเข้ามามีประอบด้วยเสมอ เพราะธรรมชาติย่อมจะก่อให้เกิดลักษณะพิเศษเฉพาะขึ้น ในด้านความสวยงาม การปรับตัว จึงทำให้คนไข้ได้รับอิทธิพลเหล่านี้ได้ทีละเล็กทีละน้อย ความสงบทางด้านจิตใจ และจินตนาการในการสร้างสรรค์ การปรับตัวย่อมจะเกิดขึ้นตามมา การรักษาสภาพเดิมของ

<sup>1</sup> จากแนวคิดที่นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ได้กล่าวไว้เมื่อริเริ่มตั้งคลินิก สุขวิทยาจิต พ.ศ. 2496

บริเวณจึงเป็นหลักการใหญ่ที่ควรนำมาใช้ เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลจิตเวชตามโครงการนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ แต่บางครั้งบางแห่งก็ย่อมต้องการการเสริมแต่งเพื่อช่วยส่งเสริมให้มีลักษณะเด่นขึ้น แต่ก็ต้องไม่มากเกินไป

#### 2.2.4 ทฤษฎีสีในการออกแบบ

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สี กับบุคลิกภาพของคนเป็นสิ่งที่น่าศึกษาอย่างยิ่ง การตอบสนองต่อรูปร่าง (Form) ของสิ่งใด มักจะเป็นในด้านสมอง และขณะเดียวกันการตอบสนองของสีของสิ่งนั้น มักจะเป็นไปในด้านอารมณ์ ตัวอย่างเช่นเด็กเล็ก ๆ มักมีความรู้สึกต่อ “สี” ได้ดีและรวดเร็วกว่า “รูปร่าง”

ในบรรดาสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา จะเป็นวัตถุหรือการกระทำก็ตาม ล้วนแต่เป็น “สิ่งเร้า” (Stimulation) ซึ่งเร้า (Stimulate) ร่างกายของเราให้แสดงการตอบสนองออกไป ขบวนการของสิ่งเร้านี้จึงมีอิทธิพลต่อระบบประสาทของมนุษย์มาก และสามารถเปลี่ยนอารมณ์ (Mood) นิสัยใจคอ (Temperament) และพฤติกรรม (Behavior) ได้

สี จัดเป็นสิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus) อย่างหนึ่งที่มนุษย์สามารถรับได้ผ่านการรับรู้ทางตา และก่อให้เกิดความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย สดชื่น เศร้าหมอง เฉื่อยชา เป็นต้น เราทุกคนคงประสบมาแล้วว่าหลังจากได้ผ่านแดดจ้าและเดินเข้าไปในห้องที่ทาสีฟ้าอ่อนหรือสีเขียว น้ำทะเล จะรู้สึกหายเหนื่อยและสดชื่นขึ้น หรือเมื่ออากาศเย็นจัดในฤดูหนาว เราเข้าไปนั่งในห้องที่ทาสีปูนแห้ง จะรู้สึกอบอุ่น และไม่เหนื่อยหาวสั่น ที่เรามีความรู้สึกเช่นนี้ก็เพราะ สีเป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อระบบประสาท ดังได้กล่าวมาข้างต้น หากว่าสีฟ้าผนังนั้นมีผลต่อการเพิ่มหรือลดอุณหภูมิห้องไม่

ในแง่ของจิตวิทยาที่กล่าวถึงการรับรู้ของประสาทรับรู้ทางตาที่มีต่อสี หรือ Visual Perception of Color ได้กำหนดสีปฐมภูมิขึ้น 4 สี ได้แก่ แดง ,น้ำเงิน ,เขียว ,เหลือง และสีทุติยภูมิอีก 4 สี ได้แก่ ม่วง ,เขียวหางนกยูง (Blue-Green) ,เขียวตองอ่อน (Yellow-Green) ,ส้ม

สีอบอุ่น (Warm Color) เป็นสีที่มีช่วงคลื่นยาว คือสีแดงและสีเหลือง และสีเชิงประกอบที่มีสีแดงหรือสีเหลืองอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองมีส่วนผสมอยู่มากกว่า สีอบอุ่นเมื่อจ้องมองจะรู้สึกเหมือนว่าเคลื่อนใกล้เข้ามาหา

สีเย็น (Cool Color) เป็นสีที่มีช่วงคลื่นสั้น คือสีเขียว หรือน้ำเงิน และสีเชิงประกอบที่มีสีเขียวหรือน้ำเงินอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองมีส่วนผสมอยู่มากกว่า สีเย็นเมื่อจ้องมองจะรู้สึกเหมือนว่าเคลื่อนถอยห่างออกไป

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช นับเป็น User ที่มีความต้องการที่เฉพาะทางมาก อาการป่วยทางจิตใจ ส่งผลต่อการรับรู้และอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างมาก การออกแบบพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งเพื่อผู้ป่วยทางจิตเวชจึงเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงและระวังเป็นอย่างมาก ต่อการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่กระทบอารมณ์ เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับกรใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ความรู้สึกของผู้ป่วย จากการศึกษาค้นคว้า ได้พบว่า มีผู้เชี่ยวชาญทั้งจิตแพทย์ นักออกแบบ สถาปนิก ได้ตระหนักถึงในจุดนี้ และมีการบันทึกข้อมูลเป็นแนวทางเอาไว้มากมาย ทั้งการออกแบบพื้นที่ ภายในห้องตรวจ ภายในห้องพัก สวนภายนอกอาคาร และพื้นที่อื่น ๆ โดยหลักสำคัญอันดับแรกคือ ต้องสามารถดูแลสอดส่องผู้ป่วยได้ดี มีความปลอดภัย และต้องสร้างความสบายใจต่อผู้ป่วยให้มากที่สุด ไม่ให้เกิดความรู้สึกหวาดระแวงหรือว่าวุ่นทางใจ ในส่วนอื่น ๆ คือการออกแบบเพื่อตอบสนองผู้ป่วยที่มีหลายประเภท หากมีอาการซึมเศร้าต้องออกแบบเพื่อสร้างความกระตือรือร้น ถ้าหากมีอาการก้าวร้าว ต้องออกแบบเพื่อให้สงบสติอารมณ์ หรือหากมีอาการเพื่อเจ็บก็ต้องออกแบบเพื่อให้เข้าสู่โลกความจริงมากที่สุด เช่นการสัมผัสกับสภาพแวดล้อม รับรู้สภาพอากาศ และเวลาให้เป็นตามความเป็นจริงมากที่สุด



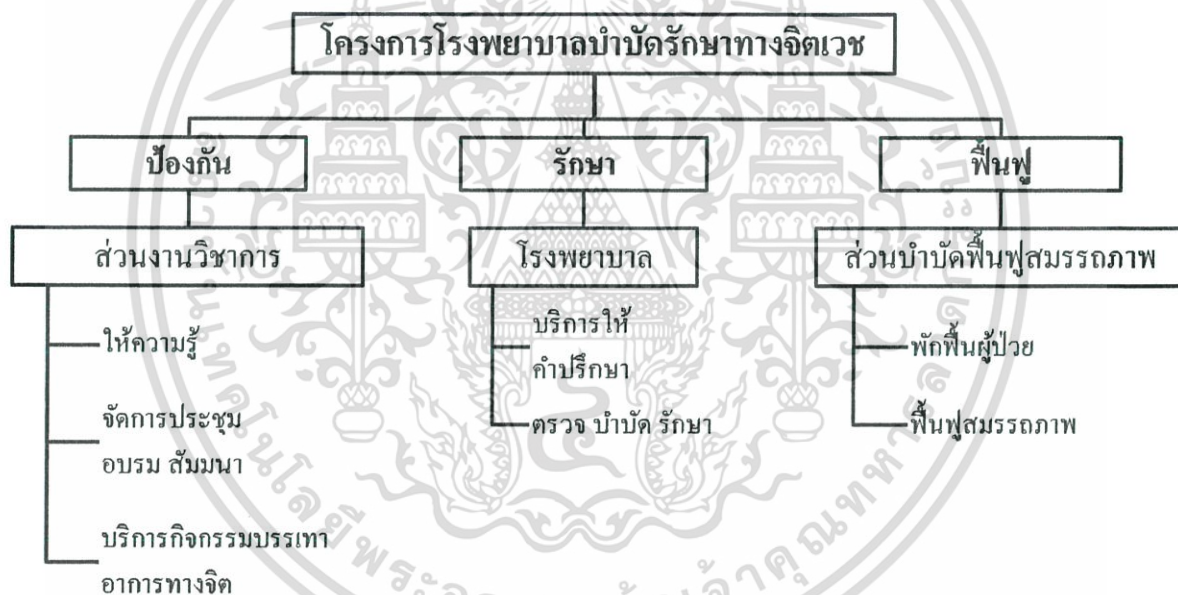
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### บทที่ 3

#### การศึกษารายละเอียดโครงการและผู้ใช้งาน

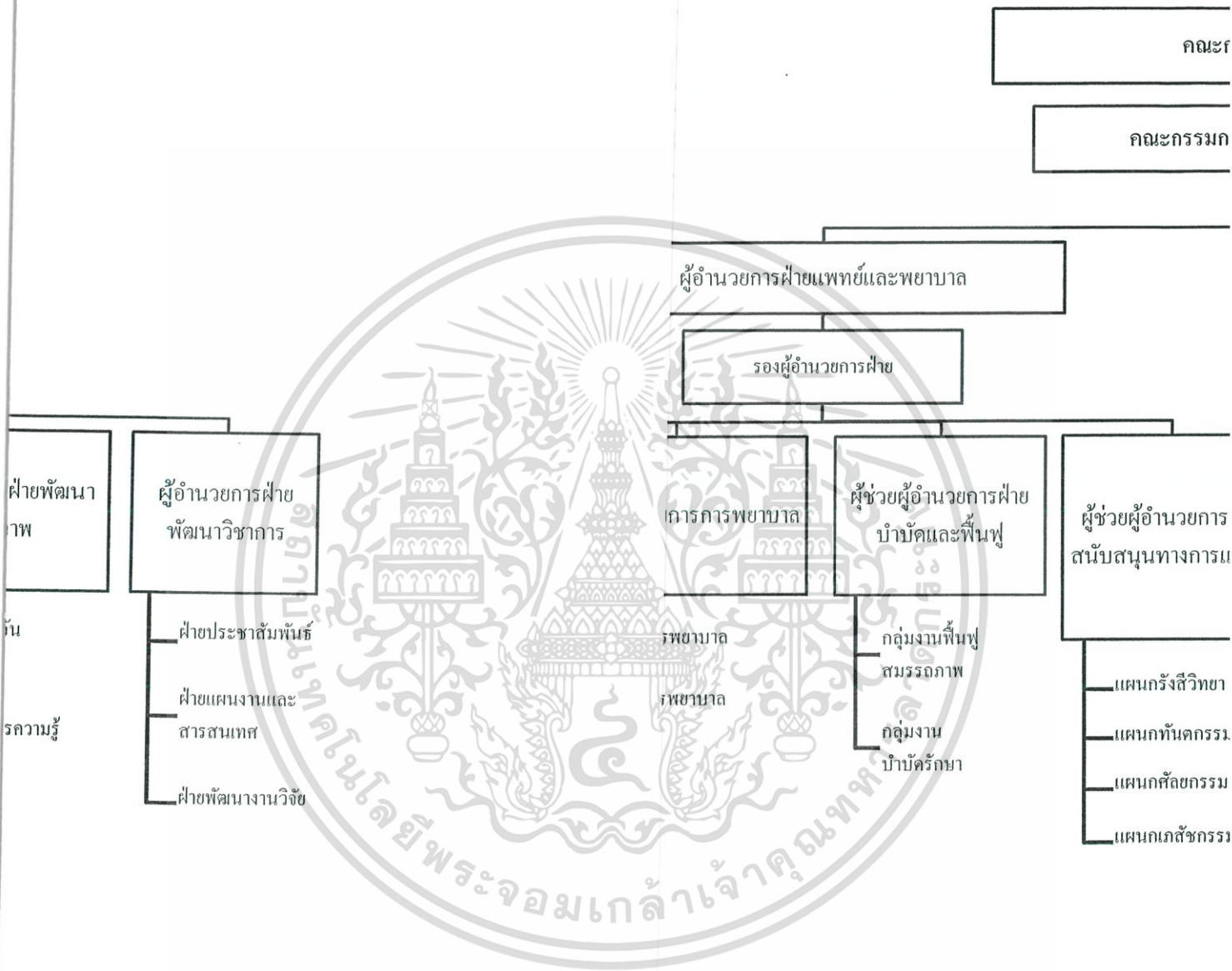
##### 3.1 การกำหนดโครงการ

โครงการโรงพยาบาลบำบัดรักษาทางจิตเวช เป็นโครงการเอกชน ที่เข้ามามีส่วนช่วยในการให้บริการสาธารณสุขทางด้านสุขภาพจิตในระดับตติยภูมิ ซึ่งรัฐบาลยังมีการให้บริการไม่เพียงพอ โดยโครงการมีขอบข่ายของการดำเนินงานสุขภาพจิตในระยะยาว ในลักษณะของการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ การป้องกัน - บำบัดรักษา - ฟื้นฟู ส่งผลให้โครงการมีภารกิจในการพัฒนาวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ ตลอดจนให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตติยภูมิ (ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน) ซึ่งหมายรวมถึงตั้งแต่การบรรเทาอาการทางจิตตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการของโรค ไปจนถึงการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ



รูปที่ 3-1 ผังแสดงโครงสร้างภารกิจโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

ส่งผลถึงการแบ่ง Zoning ขององค์ประกอบโครงการได้เป็นส่วนหลัก ๆ ดังต่อไปนี้ ส่วนผู้ป่วย นอก ส่วนผู้ป่วยใน ส่วนบำบัดจิตเวช ส่วนงานวิชาการ ส่วนบริหารโครงการ และส่วนงานบริการ



รูปที่ 3-2 ผังแสดงโครงสร้าง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 3.3 การกำหนดขนาดจำนวนเตียง

การกำหนดจำนวนเตียง จะใช้หลักการคิดของ นพ.ชรณินทร์ กองสุข ,2557<sup>1</sup> โดยคำนวณจากความต้องการจำนวนเตียงในระดับจังหวัด แล้วจึงหักออกด้วยจำนวนเตียงที่มีการรองรับแล้ว จึงจะได้ขนาดจำนวนเตียงที่โครงการต้องการออกมา

$$\text{จำนวนเตียง} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้อง Admit} \times \text{วันนอนเฉลี่ย}}{365 \text{ วัน}}$$

โดยจะหาจำนวนผู้ป่วยที่ต้อง Admit จากอัตราส่วน ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อผู้ป่วยนอกเฉลี่ย<sup>2</sup> ระหว่างปี พ.ศ.2556 - พ.ศ.2558 ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

$$\frac{\text{ผู้ป่วยในเฉลี่ย}}{\text{ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย}} = \frac{87,730 + 85,669 + 88,327}{1,109,183 + 1,082,407 + 1,070,206} = \frac{261,726}{3,261,796} = 0.802$$

สรุปได้ว่าอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก = 0.8% หรือ ในทุก ๆ ผู้ป่วยนอก 100 คน จะมีผู้ป่วยใน 8 คน<sup>3</sup>

ทั้งนี้ ข้อมูลสถิติใน พ.ศ.2556<sup>4</sup> แสดงให้เห็นจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวน 212,795 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร 5,686,252 คน จะพบว่ามีอัตราของผู้ป่วยจิตเวช 0.037% หรือ ในทุก ๆ ประชากร 10,000 คน จะมีผู้ป่วยจิตเวช 37 คน

ใน พ.ศ.2556 ประชากรกรุงเทพมหานครมีอัตราการเพิ่มขึ้น + 0.11%<sup>5</sup> หากโครงการต้องการรองรับจำนวนผู้ป่วยในอนาคตเป็นระยะเวลา 5 ปี จำเป็นจะต้องคำนวณดังตารางนี้

ตารางที่ 3-1 แสดงวิธีการคำนวณจำนวนผู้ป่วยจิตเวชต่อประชากรกรุงเทพมหานคร

ปี	พ.ศ.	ประชากรกรุงเทพมหานคร	จำนวนผู้ป่วยจิตเวช
		+ 0.11 %	× 0.037 %
0	2558	5,741,509	212,435
1	2559	5,747,824	212,669
2	2560	5,754,146	212,903
3	2561	5,760,475	213,137

<sup>1</sup> แนวทางการกระจายเตียงจิตเวช ในเขตบริการสุขภาพที่ 10

<sup>2</sup> รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2558 ,กรมสุขภาพจิต

<sup>3</sup> เฉพาะประเภทงานจิตเวชเท่านั้น

<sup>4</sup> จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด 2556 ,กรมสุขภาพจิต

<sup>5</sup> สถิติกรุงเทพมหานคร 2557 ,สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล

ตารางที่ 3-1 (ต่อ) แสดงวิธีการคำนวณจำนวนผู้ป่วยจิตเวชต่อประชากรกรุงเทพมหานคร

ปี	พ.ศ.	ประชากรกรุงเทพมหานคร	จำนวนผู้ป่วยจิตเวช
		+ 0.11 %	× 0.037 %
4	2562	5,766,813	213,372
5	2563	5,773,156	213,607
6	2564	5,779,506	213,842
7	2565	5,785,863	214,077
8	2666	5,792,228	214,312
9	2567	5,798,599	214,548
10	2568	5,804,977	214,784

(ที่มา : สถิติกรุงเทพมหานคร 2557 ,สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล)

เมื่อทราบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว จึงสามารถใช้อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก = 0.08% จะได้จำนวนผู้ป่วยใน ในเขตกรุงเทพมหานครดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ผู้ป่วยใน} &= 0.08 \times \text{ผู้ป่วยนอก} \\ &= 0.08 \times 214,784 \text{ คน} \\ &= 17,182 \text{ คน} \end{aligned}$$

แล้วจึงนำไปเข้าหลักการคิดหาจำนวนเตียงของ นพ.สรนินทร์ กองสุข ,2557<sup>1</sup> จะได้จำนวนเตียงที่ต้องการในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จำนวนเตียง} &= \frac{17,089 \text{ คน} \times 29 \text{ วัน}}{365 \text{ วัน}} \\ &= 1,365 \text{ เตียง} \end{aligned}$$

หมายเหตุ : จำนวนวันนอนเฉลี่ย 29 วัน มาจากตารางแสดงวันนอนเฉลี่ย (Length of Stay) ของผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556 - 2558<sup>2</sup>

สรุปได้ว่า ในปี พ.ศ.2563 จังหวัดกรุงเทพมหานคร จะต้องการจำนวนเตียงจิตเวชจำนวน 1,365 เตียง และเนื่องจากจำนวนเตียงในสถานบำบัดรักษาทางจิตเวชในกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโครงการ (ได้แก่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ,สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ,โรงพยาบาลมหารมย์ และหน่วยงานในทบวงมหาวิทยาลัย) มีจำนวนรวม 1,301 เตียง

<sup>1</sup> แนวทางการกระจายเตียงจิตเวช ในเขตบริการสุขภาพที่ 10

<sup>2</sup> รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2558 ,กรมสุขภาพจิต

ดังนั้นแล้ว จำนวนเตียงที่กรุงเทพมหานครต้องการรองรับเพิ่มเติมเท่ากับ

$$1,365 - 1,301 = 64 \text{ เตียง}$$

สรุปว่า โครงการจะมีจำนวนเตียงที่เพียงพอ เหมาะสมในการบริหาร และ ลงทุนที่ **64 เตียง** เนื่องจากเป็นจำนวนที่พอดีต่อความต้องการที่มีการคาดคะเนล่วงหน้าเป็นระยะเวลา 10 ปีแล้ว (คาดคะเนล่วงหน้าถึงปีพ.ศ.2568) ทั้งยังเป็นสัดส่วนที่พอดีกับการลงทุนเพื่อผลความคุ้มค่า ซึ่งจะแสดงในตารางที่ 3-7 ในหัวข้อที่ 3.6.5 และจำนวนเตียงยังมีความสอดคล้องกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลมหารมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชเอกชนที่มีรูปแบบโครงการคล้ายคลึงกับโครงการนี้ (เปรียบเทียบโดยอาศัยขนาดที่ดิน : จำนวนเตียง)

### 3.4 การกำหนดอัตราบุคลากรและจำนวนผู้ใช้โครงการ

อ้างอิงจากตัวอย่างการหาตัวเลขจำนวนแพทย์และพยาบาล<sup>1</sup> ตามค่าเฉลี่ยจำนวนบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนในประเทศ อัตราส่วนระหว่างกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโดยตรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยพยาบาล เป็นดังนี้

จำนวนแพทย์ : พยาบาล + ผู้ช่วยพยาบาล : จำนวนเตียง

1	:	10	:	5
13	:	130	:	64

เมื่อทราบจำนวนแพทย์และจำนวนรวม พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานผู้ช่วยพยาบาลแล้ว จึงสามารถทราบจำนวนที่แท้จริงของ พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานผู้ช่วยพยาบาลผ่านอัตราส่วนดังนี้

พยาบาล : ผู้ช่วยพยาบาล

1	:	1.5
52	:	78

ในส่วนของจำนวนบุคลากรที่เหมาะสมนั้น สามารถทราบได้จาก

จำนวนเตียง : จำนวนบุคลากร

1	:	3.3
64	:	212

<sup>1</sup> อวยชัย วุฒิโคสิต. (2543). การออกแบบโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สรุปได้ว่า จากขนาดจำนวน 64 เตียง จะต้องการบุคลากรรวม 212 คน แบ่งเป็นจิตแพทย์ 13 คน พยาบาลจิตเวช 52 คน ผู้ช่วยพยาบาล 78 คน และบุคลากรด้านอื่น ๆ อีก 69 คน

### 3.5 การกำหนดอัตราค่าบริการที่เกิดขึ้นภายในโครงการ

ศึกษาโดยอาศัยอัตราค่าบริการจากโครงการอาชีวศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดอัตราค่าบริการที่เหมาะสมกับบริบทและการตลาดในปัจจุบัน โดยใช้อัตราค่าบริการของโรงพยาบาลมหารมย์มาเป็นตัวอย่างเพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับโครงการ

#### 1) อัตราค่าบริการตรวจผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 3-2 แสดงอัตราค่าบริการตรวจผู้ป่วยนอก

รายการค่าบริการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
อัตราค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกครั้งแรก	2,000
อัตราค่าจิตบำบัดจิตเวช	3,000
อัตราค่าประเมินทางจิตเวชเพื่อออกใบรับรองแพทย์	1,500

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

#### 2) อัตราค่าบริการผู้ป่วยใน

ตารางที่ 3-3 แสดงอัตราค่าบริการผู้ป่วยใน

แบบห้อง	ค่าห้อง (บาท)	ค่าการบริหารทางจิตเวช (บาท)	ค่าบริการทั่วไป (บาท)	รวม (บาท)
ห้องเตียงคู่	2,800	3,900	800	7,500
ห้องเตียงเดี่ยว	6,200	3,900	900	11,000

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.6 การศึกษาด้านงบประมาณและการลงทุนของโรงพยาบาล

#### 3.6.1 ประเภทการจัดทำงบประมาณของโรงพยาบาล

งบประมาณ (Budget) ในด้านการลงทุนของโรงพยาบาล เป็นแผนงานที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับทรัพยากรที่จะหามา และทรัพยากรที่จะใช้ไปในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง งบประมาณเป็นแผนงานสำหรับอนาคต ที่มีการเขียนและเรียบเรียงไว้อย่างมีรูปแบบที่ชัดเจน (Formal) และในลักษณะที่สามารถวัดได้ (Measurable) เพื่อการวางแผนโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพงบประมาณเพื่อการออกแบบโรงพยาบาลแบ่งเป็นประเภทใหญ่ได้ 3 ประเภท คือ

##### 1) งบประมาณเพื่อการลงทุน (Capital Budgets)

เป็นงบประมาณที่ใช้ในการวางแผนสำหรับการจัดหารูग्ภัณฑ์ เครื่องมือ และอุปกรณ์ใหม่หรือเพื่อทดแทน การก่อสร้างอาคารและสิ่งก่อสร้างใหม่ การซ่อมแซมและตกแต่งใหม่ รวมถึงการลงทุนอื่น ๆ ที่อาจมี การลงทุนเพื่อเป็นการใช้จ่ายเพื่อหวังผลตอบแทนกลับคืนในอนาคต โดยหลักการจะไม่ถือเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ

##### 2) งบประมาณดำเนินการ (Operating Budgets)

เป็นการวางแผนทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการบริหาร งบประมาณดำเนินการอาจประกอบด้วยรายการงบประมาณที่สำคัญ 5 รายการ คือ

- งบประมาณปริมาณบริการ (Volume Budget) โดยข้อมูลปริมาณบริการมีประโยชน์หลายด้าน ทั้งที่บ่งบอกความต้องการทรัพยากรทั้งหมดในการบริการ และสะท้อนถึงการใช้นวัตกรรม ทรัพยากร และอาคารต่าง ๆ อีกด้วย และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนงบประมาณรายการอื่น ๆ
- งบประมาณรายรับ (Revenue Budget) งบประมาณรายรับสะท้อนรายรับที่จะได้จากการบริการตามค่าบริการที่ตั้งไว้
- งบประมาณบุคลากร (Personnel Budget) งบประมาณบุคลากรจะมีส่วนในการช่วยแจ้งปริมาณและประเภทของบุคลากรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งควรมีรายละเอียดมากพอสมควร
- งบประมาณค่าวัสดุและค่าใช้จ่าย (Supplies and Services Budget) งบประมาณค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายเป็นประมาณการต้นทุนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ขององค์กร
- งบประมาณรายจ่าย (Expense Budget) งบประมาณรายจ่ายจะเป็นงบประมาณที่รวมรายจ่ายประเภทต่าง ๆ ตามต้นทุนของโรงพยาบาลไว้ด้วยกัน

##### 3) งบประมาณเงินสด (Cash Budget)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่ส่งมอบไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

งบประมาณเงินสดเป็นประมาณการกระแสเงินสดที่จะวิ่งเข้าสู่องค์กร เนื่องจากองค์กรมีรายรับตามที่ประมาณการไว้ในงบประมาณรายรับ และกระแสเงินสดที่วิ่งออกจากองค์กร เนื่องจากองค์กรมีรายจ่ายตามประมาณการไว้ในงบประมาณรายจ่ายและอื่น ๆ งบประมาณเงินสดจึงเป็นประมาณการที่บ่งบอกถึงสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลในแต่ละช่วงเวลา

### 3.6.2 การคำนวณหางบประมาณการลงทุน

ค่าใช้จ่ายในการลงทุน ตามวิธีทางสถาปัตยกรรม แบ่งออกเป็นอัตราส่วนดังต่อไปนี้

#### 1) ราคาที่ดินและปรับปรุงที่ดิน (Site and Site Development)

คิดเป็น 20 % ของเงินลงทุนทั้งสิ้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น

- ราคาซื้อที่ดิน คิด 90 % ของเงินราคาที่ดินและปรับปรุงที่ดิน
- ราคาปรับปรุงสภาพที่ดิน คิด 10 % ของเงินราคาที่ดินและปรับปรุงที่ดิน
- เพื่อความไม่แน่นอน คิด 3 % ของเงินราคาที่ดินและปรับปรุงที่ดิน

#### 2) ราคาค่าก่อสร้าง (Building Construction Cost)

คิดเป็น 65 % ของเงินลงทุนทั้งสิ้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น

- โครงการสร้างอาคาร คิด 80 % ของราคาค่าก่อสร้าง
- ราคาอุปกรณ์ติดกับอาคาร คิด 20 % ของราคาค่าก่อสร้าง
- เพื่อความไม่แน่นอน คิด 5 % ของราคาค่าก่อสร้าง

#### 3) ราคาเครื่องมือใช้ทางการแพทย์ (Equipment)

คิดเป็น 10 % ของเงินลงทุนทั้งสิ้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น

- ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ คิด 90 % ของราคาเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์
- ค่าครุภัณฑ์ คิด 10 % ของราคาเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์
- เพื่อความไม่แน่นอน คิด 3 % ของราคาเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์

#### 4) ราคาค่าใช้จ่ายของสถาปนิก วิศวกร และค่าใช้จ่ายด้านธุรการ-บริหาร

คิดเป็น 5 % ของราคาค่าก่อสร้าง

ตารางที่ 3-4 แสดงงบประมาณการลงทุน

%	รายการ	คาดการณ์ งบประมาณ (บาท)	ที่มา
20	ราคาที่ดินของที่ตั้งโครงการ (90%) (เขตคลังชั้น บริเวณถนนบรมราชชนนี 18,245 บาท/ตร.วา)	ที่ดิน 15 ไร่ 2 งาน 55 ตร.วา = 6,255 ตร.วา x 18,245 = 114,120,609	ราคาประเมิน ที่ดินเฉลี่ย กทม. โดย กรมธนารักษ์ พ.ศ.2559
	ราคาค่าปรับปรุงสภาพที่ดิน (10%)	34,750,000	
	เพื่อความไม่แน่นอน (+3%)	10,425,000	
	<b>รวม</b>	<b>130,604,697</b>	
65	ค่าก่อสร้างอาคาร (80%) (ประมาณ 28,500 บาท/ตร.)	11,567.78 x 28,500 = 329,681,730	
	ราคาอุปกรณ์ติดกับอาคาร (20%)	20,600,108	
	เพื่อความไม่แน่นอน (+5%)	58,017,405	
	<b>รวม</b>	<b>412,102,161</b>	
10	ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ (90%)	57,060,305	
	ค่าครุภัณฑ์ (10%)	6,340,034	
	เพื่อความไม่แน่นอน (+3%)	1,902,010	
	<b>รวม</b>	<b>65,302,348</b>	
5	ค่าใช้จ่ายของสถาปนิก วิศวกร และค่าใช้จ่าย ด้านธุรการ-บริหาร	31,700,169	
<b>รวมงบประมาณการลงทุนทั้งสิ้น</b>		<b>634,003,385</b>	

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 3.6.3 การคำนวณรายรับของโครงการ

จากการศึกษาตลาดการลงทุนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย มักจะกำหนดระยะเวลาในการคืนทุนอยู่ที่ไม่เกิน 5 ปี จึงจะทำการคำนวณรายรับของโครงการใน  
 ห้วงระยะเวลา 5 ปี นับจากเริ่มเปิดให้บริการเพื่อนำไปเทียบเคียงสร้างจุดคุ้มทุนต่อไป

ตารางที่ 3-5 แสดงรายรับของโครงการในระยะเวลา 5 ปี

รายการ	รายรับ (บาท)				
	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
ค่ารับบริการรักษาผู้ป่วยนอก ครั้งละ 2,000 บาท เฉลี่ย 50 คน/วัน	36,500,000	36,500,000	36,500,000	36,500,000	36,500,000
ค่ารับบริการบำบัดจิตเวช ครั้งละ 3,000 บาท เฉลี่ย 20 คน/วัน	21,900,000	21,900,000	21,900,000	21,900,000	21,900,000
ค่ารับบริการประเมิณทางจิตเวช ครั้งละ 1,500 บาท เฉลี่ย 20 คน/วัน	10,950,000	10,950,000	10,950,000	10,950,000	10,950,000
ค่าเข้าพักผู้ป่วยใน ห้องเตียงคู่ 12 ห้อง (7,500 บาท/วัน)	65,700,000	65,700,000	65,700,000	65,700,000	65,700,000
ค่าเข้าพักผู้ป่วยใน ห้องเตียงเดี่ยว 32 ห้อง (11,000 บาท/วัน)	128,480,000	128,480,000	128,480,000	128,480,000	128,480,000
ค่าเช่าอบรมเฉลี่ยเดือนละ 40,000 บาท	480,000	480,000	480,000	480,000	480,000
<b>รายรับรวม</b>	<b>264,010,000</b>	<b>264,010,000</b>	<b>264,010,000</b>	<b>264,010,000</b>	<b>264,010,000</b>

(ที่มา: ผู้จัดทำ)

### 3.6.4 การคำนวณรายจ่ายของโครงการ

จากการศึกษาตลาดการลงทุนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย มักจะกำหนดระยะเวลาในการคืนทุนอยู่ที่ไม่เกิน 5 ปี จึงจะทำการคำนวณรายจ่ายของโครงการในห้วงระยะเวลา 5 ปี นับจากเริ่มเปิดให้บริการเพื่อนำไปเทียบเคียงสร้างจุดคุ้มทุนต่อไป

ตารางที่ 3-6 แสดงรายจ่ายของโครงการในระยะเวลา 5 ปี

รายการ	รายจ่าย (บาท)				
	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
เงินเดือนแพทย์ 13 คน (เฉลี่ยคนละ 300,000 บาท/เดือน)	46,400,000	46,400,000	46,400,000	46,400,000	46,400,000
เงินเดือนพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล 130 คน (เฉลี่ยคนละ 22,000 บาท/เดือน)	34,320,000	34,320,000	34,320,000	34,320,000	34,320,000
เงินเดือนพนักงานอื่น ๆ 69 คน (เฉลี่ยคนละ 28,000 บาท/เดือน)	23,184,000	23,184,000	23,184,000	23,184,000	23,184,000
ค่าเวชภัณฑ์และเคมีภัณฑ์เฉลี่ย 300,000 บาท/เดือน	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000
ค่าน้ำประปา 255 ลบ.ม. / วัน (1 ลบ.ม./7 บาท)	652,802	652,802	652,802	652,802	652,802
ค่าไฟฟ้าเฉลี่ย 35,000 บาท/เดือน จากเวลาทำการ 12 ชั่วโมง	420,000	420,000	420,000	420,000	420,000
ค่าบำรุงรักษาอาคารคิดเป็น 4% ของรายรับ	10,560,400	10,560,400	10,560,400	10,560,400	10,560,400
ค่าโฆษณา ประชาสัมพันธ์ คิดเป็น 3% ของรายรับ	7,920,300	7,920,300	7,920,300	7,920,300	7,920,300
<b>รายจ่ายรวม</b>	<b>127,057,502</b>	<b>127,057,502</b>	<b>127,057,502</b>	<b>127,057,502</b>	<b>127,057,502</b>

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.6.5 การคำนวณกำไรหลักหักต้นทุน (จุดคุ้มทุน)

เมื่อทราบตัวเลขรายรับ และรายจ่ายที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 5 ปีแล้ว จึงสามารถนำมาเทียบเคียงเพื่อตรวจสอบจุดคุ้มทุน และความคุ้มค่าในการลงทุนสร้างโครงการนี้ต่อไป

ตารางที่ 3-7 แสดงกำไรหลังหักต้นทุน (จุดคุ้มทุน)

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)					
	ปีที่ 0	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
รายรับต่อปี	-	264,010,000	264,010,000	264,010,000	264,010,000	264,010,000
รายรับสะสม	-	264,010,000	528,020,000	792,030,000	1,056,040,000	132,0050,000
รายจ่ายต่อปี	-	127,057,502	127,057,502	127,057,502	127,057,502	127,057,502
รายจ่ายสะสม	-	127,057,502	254,115,004	381,172,506	508,230,008	635,287,510
ผลกำไรต่อปี	-	136,952,498	136,952,498	136,952,498	136,952,498	136,952,498
ผลกำไรสะสม	-	136,952,498	273,904,996	410,857,494	547,809,992	684,762,490
<b>ผลกำไรหลังหักต้นทุน</b>	<b>-634,003,385</b>	<b>-497,050,887</b>	<b>-360,098,389</b>	<b>-22,3145,891</b>	<b>-89,193,393</b>	<b>+5,0759,105</b>

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

เมื่อนำผลกำไรทั้งหมดมาหักต้นทุนงบประมาณในการก่อสร้าง จึงพบว่าโครงการสามารถคืนทุนได้ในระยะเวลา 5 ปีพอดี ภายใต้เงื่อนไขของจำนวนเตียง และอัตราค่าบริการที่กำหนดขึ้นมา ซึ่งเมื่อจบปีงบประมาณปีที่ 5 โครงการจะสามารถทำกำไรได้ 5,0759,105 บาท และสร้างกำไรต่อเนื่องต่อไป จึงเห็นสมควรว่าโครงการสามารถเกิดขึ้นได้จริง สามารถนำไปออกแบบต่อไปได้

### 3.7 รายละเอียดผู้ใช้โครงการ

ผู้ใช้โครงการสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ให้บริการอันได้แก่บุคลากรระดับต่าง ๆ ภายในโครงการตั้งแต่ผู้อำนวยการ โครงการ เจ้าหน้าที่ส่วนบริหาร แพทย์ พยาบาล พนักงานส่วนบริการจนถึงนักรการภารโรง และ ผู้รับบริการอันได้แก่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประชาชนทั่วไป

#### 3.7.1 ผู้ให้บริการ

##### 1) หน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ

ตารางที่ 3-8 แสดงหน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการ	หน้าที่รับผิดชอบ
<b>ฝ่ายแพทย์และพยาบาล</b>	
<b>ฝ่ายแพทย์</b>	
จิตแพทย์	เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาอาการผิดปกติทั้งการใช้ยา ทำจิตบำบัด และจัดชนิดของงานกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการบำบัดให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยจิตแพทย์จะมีสาขาจิตเวชที่เชี่ยวชาญแบ่งออกได้ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- จิตเวชผู้ใหญ่</li> <li>- ปัญหาการนอน</li> <li>- จิตเวชเด็กและวัยรุ่น</li> <li>- กลุ่มอาการซึมเศร้า</li> <li>- กลุ่มอาการคลุ้มคลั่ง</li> <li>- กลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตาย</li> <li>- กลุ่มหวาดระแวง</li> </ul>
นักจิตวิทยาคลินิก	มีหน้าที่ทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค และเพื่อการศึกษาปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีบทบาทในการทำจิตบำบัดรายบุคคลและเป็นกลุ่ม
นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช	ทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วย สัมภาษณ์และจดบันทึกประวัติของผู้ป่วย ช่วยบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว โดยติดต่อกับสภาสังคมสงเคราะห์หรือองค์กรต่าง ๆ ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ ยังติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมอันแท้จริงของผู้ป่วยด้วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3-8 (ต่อ) แสดงหน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการ	หน้าที่รับผิดชอบ
<b>ฝ่ายแพทย์และพยาบาล</b>	
<b>ฝ่ายพยาบาล</b>	
พยาบาลจิตเวช	เป็นผู้วางแผนให้การพยาบาล โดยมีผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเป็นผู้ร่วมงาน เป็นบุคคลที่ติดต่อกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลเปรียบเสมือนกุญแจดอกสำคัญที่มีบทบาทในการสังเกตเขียนรายงาน และให้ข่าวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อที่จะให้เจ้าหน้าที่ในทีมจิตเวชได้ทราบถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการรักษา
ผู้ช่วยพยาบาลจิตเวช	เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่คอยให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเพื่อคอยสอดส่องผู้ป่วยแทนแพทย์และพยาบาล และมีหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
<b>ฝ่ายบำบัดและฟื้นฟู</b>	
นักอาชีวบำบัด	ทำงานประสานกับพยาบาลเพื่อจัดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม โดยเลือกงานอาชีวบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ตามความเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของแต่ละคนในขณะนั้น
นักกายภาพบำบัด	ให้บริการด้านกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว สังเกตพัฒนาการด้านกายภาพ และจัดเครื่องมือที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน
<b>ฝ่ายสนับสนุนทางคลินิก</b>	
เภสัชกร	ควบคุมการจัดยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง จัดระเบียบควบคุมรักษาในคลัง และแนะนำคนไข้ในการใช้ยา
ทันตแพทย์	ตรวจและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับช่องปากด้วยการศัลยกรรม ซึ่งเป็นการทำงานด้านศิลปะและด้านการแพทย์ควบคู่กัน
เจ้าหน้าที่การแพทย์	มีหน้าที่ช่วยแพทย์บำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่แพทย์ใช้ เช่น เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>	
ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ	บริหารจัดการองค์กร โรงพยาบาล กำหนดนโยบายและควบคุมการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3-3 (ต่อ) แสดงหน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการ	หน้าที่รับผิดชอบ
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>	
เจ้าหน้าที่ธุรการ	มีหน้าที่จัดการเกี่ยวกับงานทั่วไปในโรงพยาบาล ได้แก่ด้านธุรการ ด้านการเงิน การบัญชี ด้านพัสดุและเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ การเก็บรวบรวมสถิติผู้ป่วย รวมทั้งด้านอื่น ๆ
<b>ฝ่ายบริการ</b>	
นักโภชนาการ	มีหน้าที่รับผิดชอบอาหารของผู้ป่วย สังเกตผู้ป่วยในขณะรับประทานอาหาร เพื่อสามารถจัดอาหารได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยทั้งนี้ต้องเป็นไปตามหลักโภชนาการด้วย
แม่ครัว	มีหน้าที่จัดเตรียมและจัดส่งอาหาร ไปให้ผู้ป่วยตามที่นักโภชนาการกำหนดไว้
ช่างซ่อมบำรุง	มีหน้าที่ดูแลรักษาซ่อมแซมอาคาร อุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลให้มีสภาพดีสามารถพร้อมใช้สอยได้ตลอดเวลา
พนักงานทำความสะอาด	ดูแลความสะอาดของโครงการ
เจ้าหน้าที่ซักฟอก	มีหน้าที่ดูแลทำความสะอาดผ้าภายในโรงพยาบาล ทั้งชุดผู้ป่วย ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และทำหน้าที่มาเช็อุปกรณ์ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล
<b>ฝ่ายวิชาการ</b>	
เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์	ให้การต้อนรับและแนะนำโครงการแก่ผู้เข้าใช้โครงการ
เจ้าหน้าที่วิชาการ	มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลทางด้านการแพทย์ต่าง ๆ วิธีการบำบัดรักษาเพื่อนำมาพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วย และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนด้วยวิธีต่าง ๆ

(ที่มา : สุขวิทยาจิต , วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา)

## 2) จำนวนผู้ให้บริการและส่วนปฏิบัติงาน

ตารางที่ 3-9 แสดงรายละเอียดจำนวนบุคลากร ใช้งานและส่วนปฏิบัติงาน

ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ส่วนปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
		08.30 – 12.00	13.00 – 16.00	16.00 – 08.30	
<b>ฝ่ายแพทย์และพยาบาล</b>					
- ผู้อำนวยการ ฝ่ายแพทย์และ พยาบาล	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- รอง ผู้อำนวยการ ฝ่ายแพทย์และ พยาบาล	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- เลขาธิการฝ่าย แพทย์และ พยาบาล	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
<b>ฝ่ายแพทย์</b>	<b>13</b>				
- จิตแพทย์	6	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอก	จิตเวชฉุกเฉิน (เวร)	
- จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น	1	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอก		
- นักจิตวิทยา คลินิก	4	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน		
- นักสังคม สงเคราะห์	3	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน		
<b>ฝ่ายการพยาบาล</b>	<b>135</b>				
- พยาบาลจิตเวช	52	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยใน (เวร)	
- ผู้ช่วยพยาบาล จิตเวช	78	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยใน (เวร)	
- เจ้าหน้าที่ ประจำรถเข็น	5	เปลเวร	เปลเวร	เปลเวร	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3-4 (ต่อ) แสดงรายละเอียดจำนวนบุคลากร เวลาใช้งานและส่วนปฏิบัติงาน

ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ส่วนปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
		08.30 – 12.00	13.00 – 16.00	16.00 – 08.30	
<b>ฝ่ายบำบัดและฟื้นฟู</b>	4				
- นักวิชาการสุขศึกษา	1	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอก , ผู้ป่วยใน		
- นักกายภาพบำบัด	1	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยใน		
- เจ้าหน้าที่บำบัดและฟื้นฟู	2	ส่วนฟื้นฟูฯ	ส่วนฟื้นฟูฯ		
<b>ฝ่ายสนับสนุนทางคลินิก</b>	9				
- เภสัชกร	1	เภสัชกรรม	เภสัชกรรม		
- พนักงานเภสัชกร	2	เภสัชกรรม	เภสัชกรรม		
- ทันตแพทย์	1	ทันตกรรม	ทันตกรรม		
- ผู้ช่วยทันตแพทย์	1	ทันตกรรม	ทันตกรรม		
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	1	รักษากลาง	รักษากลาง		
- เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์	1	รักษากลาง	รักษากลาง		
- นักเทคนิคการแพทย์	1	รักษากลาง	รักษากลาง		
- เจ้าหน้าที่รังสีวิทยา	1	รักษากลาง	รักษากลาง		
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>					
- ผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและธุรการ	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3-4 (ต่อ) แสดงรายละเอียดจำนวนบุคลากร เวลาใช้งานและส่วนปฏิบัติงาน

ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ส่วนปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
		08.30 – 12.00	13.00 – 16.00	16.00 – 08.30	
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>					
- รอง ผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหารและ ธุรการ	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- เลขธิการฝ่าย บริหารและ ธุรการ	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
ฝ่ายบริหารและ ธุรการ	16				5% ของ บุคลากร
- นักสถิติ	1	เวชระเบียน	เวชระเบียน		
- เจ้าหน้าที่เวช สถิติ	2	เวชระเบียน	เวชระเบียน		
- เจ้าหน้าที่ บริหารงาน ทั่วไป	2	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- เจ้าหน้าที่งาน ธุรการ	2	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- นักวิชาการ การเงินและ บัญชี	2	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- เจ้าหน้าที่ การเงินและ บัญชี	2	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- นักการตลาด	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- เจ้าหน้าที่ บันทึกข้อมูล	2	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3-4 (ต่อ) แสดงรายละเอียดจำนวนบุคลากร เวลาใช้งานและส่วนปฏิบัติงาน

ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ส่วนปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
		08.30 – 12.00	13.00 – 16.00	16.00 – 08.30	
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>					
- เจ้าหน้าที่ บริหารบุคคล	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
- เจ้าหน้าที่ คอมพิวเตอร์	1	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร		
<b>ฝ่ายบริการ</b>	19				
- นักโภชนาการ	1	ครัว	ครัว		
- คนครัว	3	ครัว	ครัว		
- คนสวน	2	ทั่วไป	ทั่วไป		
- คนงาน	1	ทั่วไป	ทั่วไป		
- เจ้าหน้าที่ทำ ความสะอาด	2	ทั่วไป	ทั่วไป		
- เจ้าหน้าที่ซักกรีด	3	ส่วนซักฟอก	ส่วนซักฟอก		
- เจ้าหน้าที่งาน พัสดุ	1	ส่วนงานพัสดุ	ส่วนงานพัสดุ		
- ยามรักษาความ ปลอดภัย	4	ทั่วไป	ทั่วไป		
- เจ้าหน้าที่ขับรถ	2	ส่วนงาน พาหนะ	ส่วนงาน พาหนะ		
<b>ฝ่ายวิชาการ</b>	10				
- เจ้าหน้าที่ ประชาสัมพันธ์	4	ส่วนงาน ประชาสัมพันธ์	ส่วนงาน ประชาสัมพันธ์		
- เจ้าหน้าที่ การศึกษาและ อบรม	2	ส่วนวิชาการ	ส่วนวิชาการ		
- บรรณารักษ์	1	ห้องสมุด	ห้องสมุด		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3-4 (ต่อ) แสดงรายละเอียดจำนวนบุคลากร เวลาใช้งานและส่วนปฏิบัติงาน

ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ส่วนปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
		08.30 – 12.00	13.00 – 16.00	16.00 – 08.30	
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>					
ฝ่ายวิชาการ	10				
- เจ้าหน้าที่ แผนงานและ สารสนเทศ	1	ส่วนวิชาการ	ส่วนวิชาการ		
- เจ้าหน้าที่ นิทรรศการ	2	ส่วน นิทรรศการ	ส่วน นิทรรศการ		
<b>รวม</b>	<b>212</b>				

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.7.2 ผู้รับบริการ

ประกอบด้วย กลุ่มผู้รับบริการที่มีอยู่เป็นประจำ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยแผนกเคย์แคร์ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน รวมทั้งญาติผู้ป่วย และมีผู้ใช้บางกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการเป็นครั้งคราวเท่านั้น เช่น อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย หรือ ประชาชนทั่วไปที่มาร่วมกิจกรรมวิชาการหรือติดต่อ

#### 1) จำนวนผู้รับบริการและส่วนรับบริการ

จากที่ทราบว่า โครงการจะรองรับขนาด 64 เตียง หรือจำนวนผู้ป่วยใน 64 คนนั้น ทำให้สามารถคำนวณเทียบเคียงจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการอื่น ๆ จากอาคารตัวอย่าง จึงสามารถสรุปจำนวนผู้รับบริการ ได้ดังนี้

ตารางที่ 3-10 แสดงรายละเอียดจำนวนผู้รับบริการ เวลาใช้งานและส่วนรับบริการ

ผู้รับบริการ	จำนวน (คน/วัน)	ส่วนรับบริการ		
		08.30 – 12.00	13.00 – 16.00	16.00 – 08.30
- ผู้ป่วยนอก	50-70	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอก	-
- ผู้ป่วยใน	64	หอผู้ป่วย	หอผู้ป่วย , ส่วน บำบัดฯ	หอผู้ป่วย
- ผู้ป่วยแผนก เคย์แคร์	15	ส่วนบำบัดฯ	ส่วนบำบัดฯ	-
- ญาติผู้ป่วย	20-40	ผู้ป่วยนอก , หอ ผู้ป่วย	ผู้ป่วยนอก , หอ ผู้ป่วย	-

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3-5 (ต่อ) แสดงรายละเอียดจำนวนผู้รับบริการ เวลาใช้งานและส่วนรับบริการ

ผู้รับบริการ	จำนวน (คน/วัน)	ส่วนรับบริการ		
		08.30 – 12.00	13.00 – 16.00	16.00 – 08.30
- อาสาสมัคร	20-30	ส่วนฟื้นฟูฯ	หอผู้ป่วย	-
- ประชาชน ทั่วไป	10-50	ส่วนวิชาการ	ส่วนวิชาการ	-
- ผู้เข้าร่วม อบรม สัมมนา	30-50	ส่วนวิชาการ	ส่วนวิชาการ	-
- องค์กร สถาบันต่าง ๆ	-	ส่วนบริหาร	ส่วนบริหาร	-

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 2) กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยใน

ตารางที่ 3-11 แสดงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยใน

เวลา	กิจวัตรประจำวัน
05.30 - 06.30	ตื่นนอน ภารกิจส่วนตัว
06.30 - 08.00	รับประทานอาหารเช้า + ทานยา
08.00 - 09.00	รับการตรวจเยี่ยม
09.00 - 10.00	ออกกำลังกาย ,กิจกรรมกลุ่ม
10.00 - 10.30	ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ
10.30 - 12.00	ทำอาชีวบำบัด
12.00 - 13.00	รับประทานอาหารกลางวัน + ทานยา
13.00 - 14.00	พักผ่อน
14.00 - 17.00	ทำกิจกรรมบำบัด
17.00 - 18.30	รับการตรวจเยี่ยม
18.30 - 19.30	พักผ่อน
19.30 - 20.30	ภารกิจส่วน + ทานยา + เตรียมเข้านอน

(ที่มา : ตารางกิจกรรมสำหรับผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา)

## หมายเหตุ

ตารางเวลาดังกล่าวเป็นตารางกิจวัตรประจำวันของวันจันทร์ - ศุกร์ ในวันเสาร์และอาทิตย์นั้น จะไม่มีกิจกรรมบำบัด เนื่องจากควรเป็นวันหยุดให้คนไข้ได้พักผ่อน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 3.8 รายละเอียดการดำเนินงาน

#### 3.8.1 รายละเอียดกิจกรรมบำบัด

กิจกรรมบำบัดจะเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีอาการทางจิตลดลง ทางโครงการจะจัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกฝนการดำรงชีวิตพื้นฐาน ทั้งการดูแลความสะอาดตัวเอง การรับประทานอาหาร ทักษะงานเรือน ทักษะทางสังคม ทักษะการพักผ่อน และทักษะการอยู่ในชุมชน โดยรายละเอียดของ ทักษะทั้ง 5 ด้านมีดังต่อไปนี้

##### 1) ทักษะการดูแลตนเอง

ฝึกพัฒนาทักษะผู้ป่วยด้านการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่

- การดูแลทำความสะอาดร่างกาย
- กิจกรรมการซัก - รีดเสื้อผ้า
- การประกอบอาหารอย่างง่าย

##### 2) ทักษะสังคม

ฝึกกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคมของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นด้านการมีสัมพันธภาพ ที่เหมาะสมกับบุคคลรอบข้าง กิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่

- กิจกรรมการเข้าสังคม - กิจกรรมนันทนาการ
- กิจกรรมการพูดคุย - สื่อสารกับผู้อื่น

##### 3) ทักษะการใช้ชีวิตภายในบ้าน

ฝึกกิจกรรมที่มุ่งเน้นพัฒนาผู้ป่วยให้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเมื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว เช่น บทบาทของความเป็นพ่อ แม่ ลูก หรือเครือญาติกิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่

- การทำความสะอาดบ้าน
- การวางแผนการใช้จ่าย
- การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าภายในบ้าน
- บทบาทสมมติในครอบครัว

##### 4) ทักษะการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

ฝึกกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้จักบริหารจัดการเวลาว่างให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเอง กิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่

- กิจกรรมงานศิลปะ - กิจกรรมร้องเพลง - เล่นดนตรี

### 5) ทักษะการอยู่ร่วมกับชุมชน / สังคม

ฝึกทักษะที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน รู้จัก บทบาทของตนเองต่อสังคม และการเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น กิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่

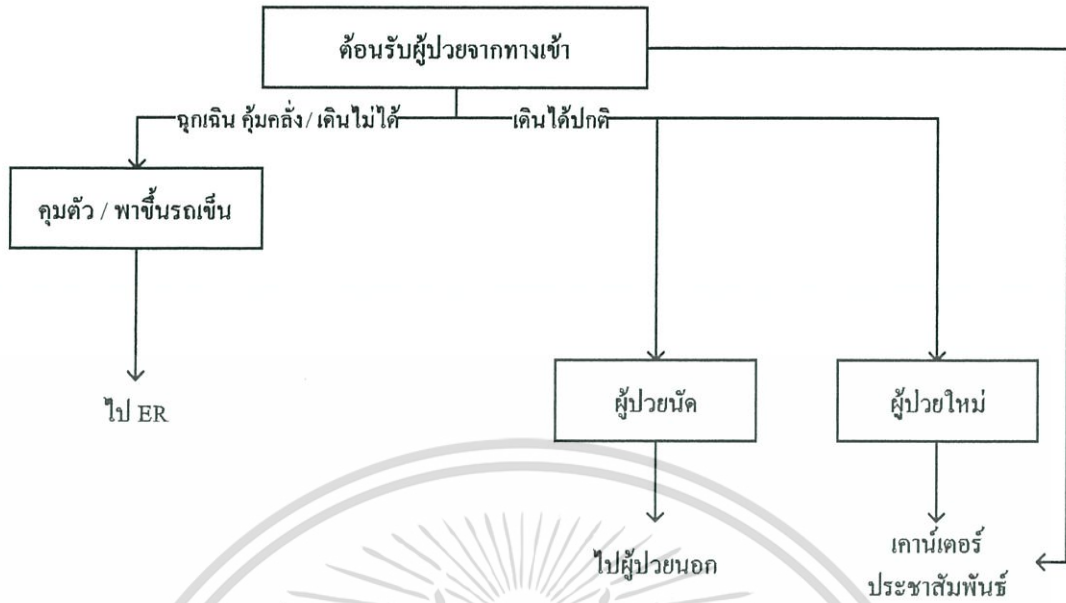
- กิจกรรมสำรวจชุมชน
- กิจกรรมวันสำคัญต่าง ๆ
- กิจกรรมการสื่อสารในชุมชน
- กิจกรรมชุมชนจำลอง

ตารางที่ 3-12 แสดงกิจกรรมการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

วัน	เวลา	
	09.00 - 12.00	14.00 - 16.00
จันทร์	การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา	การปรับความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการรักษา
อังคาร	โรคและยา	การปฏิบัติตัวป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
พุธ	ความคิดและพฤติกรรมบำบัด	นันทนาการ
พฤหัสบดี	อาการทางจิตและแนวทางการจัดการ	สอนและฝึกการจัดการกับอาการทางจิต
ศุกร์	การประคับประคองจิตใจผู้ป่วย	นันทนาการ
เสาร์ - อาทิตย์	พักผ่อน	
จันทร์	การเข้าใจและการจัดการกับอารมณ์	เตรียมความพร้อมสู่ชุมชน
อังคาร	การเสริมสร้างคุณค่าแห่งตน	การตัดสินใจ
พุธ	การจัดการกับความเครียด	นันทนาการ
พฤหัสบดี	การคิดเชิงบวก	การรับรู้ความคิดและทักษะด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว
ศุกร์	ครอบครัวบำบัด	นันทนาการ

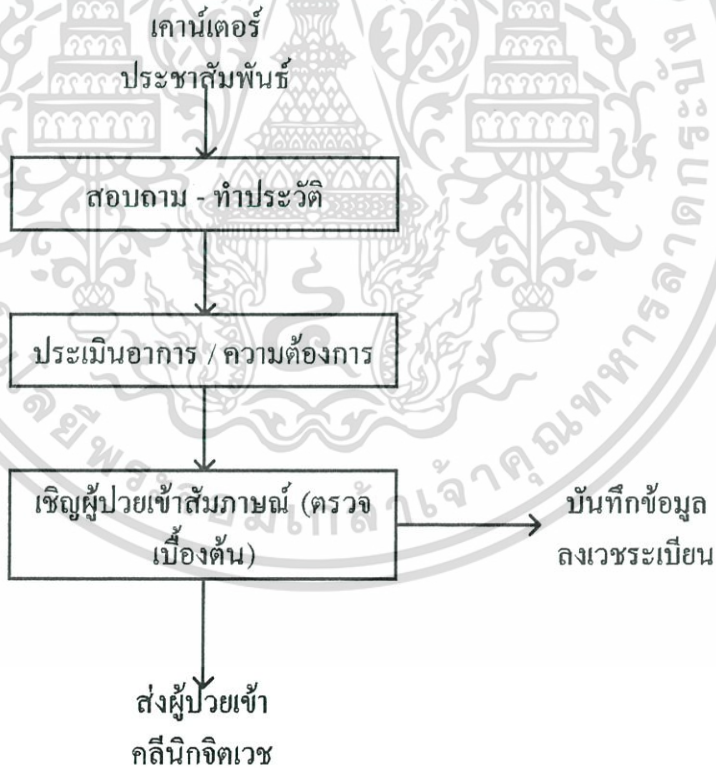
(ที่มา : ตารางกิจกรรมสำหรับผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา)

3.8.2 ระบบงานแรกรับ



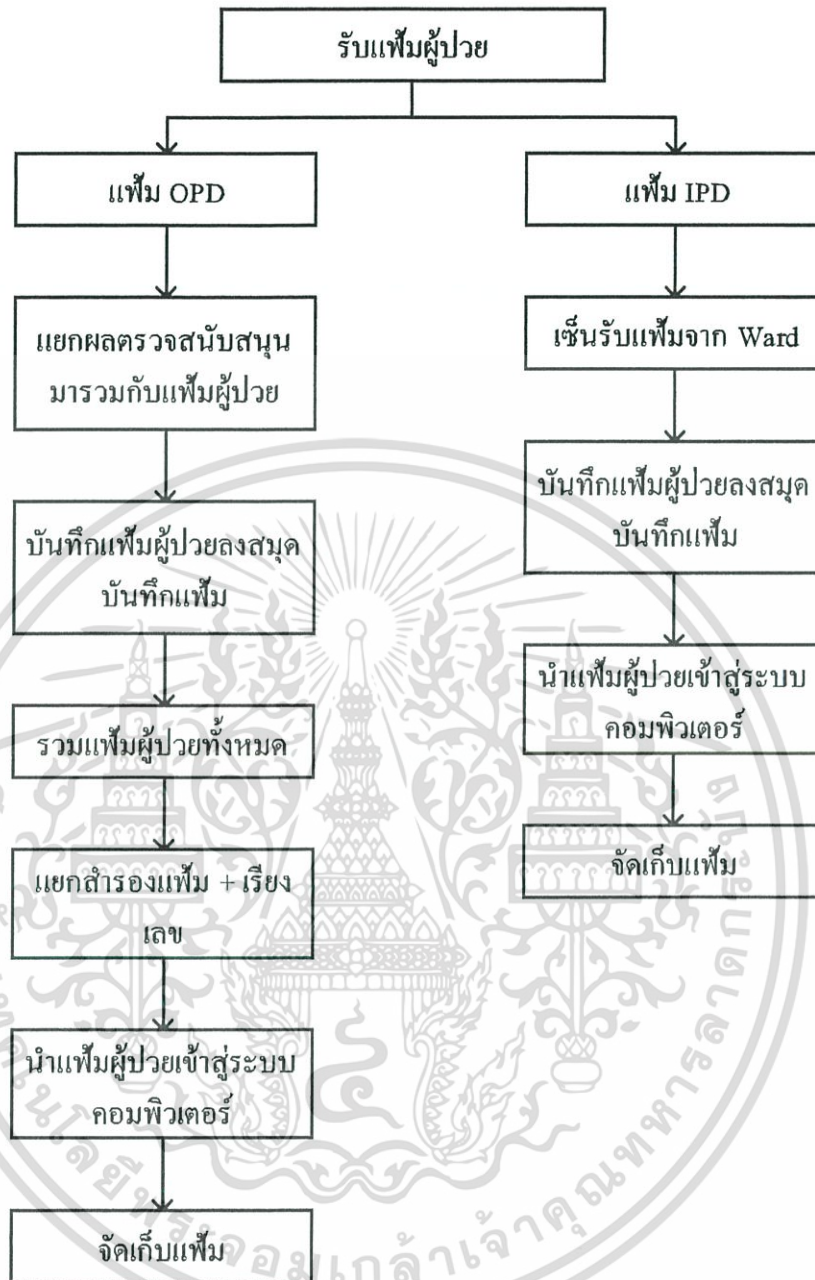
รูปที่ 3-3 แผนผังการดำเนินงานระบบงานแรกรับ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

3.8.3 ระบบงานต้อนรับ - ทำบัตร



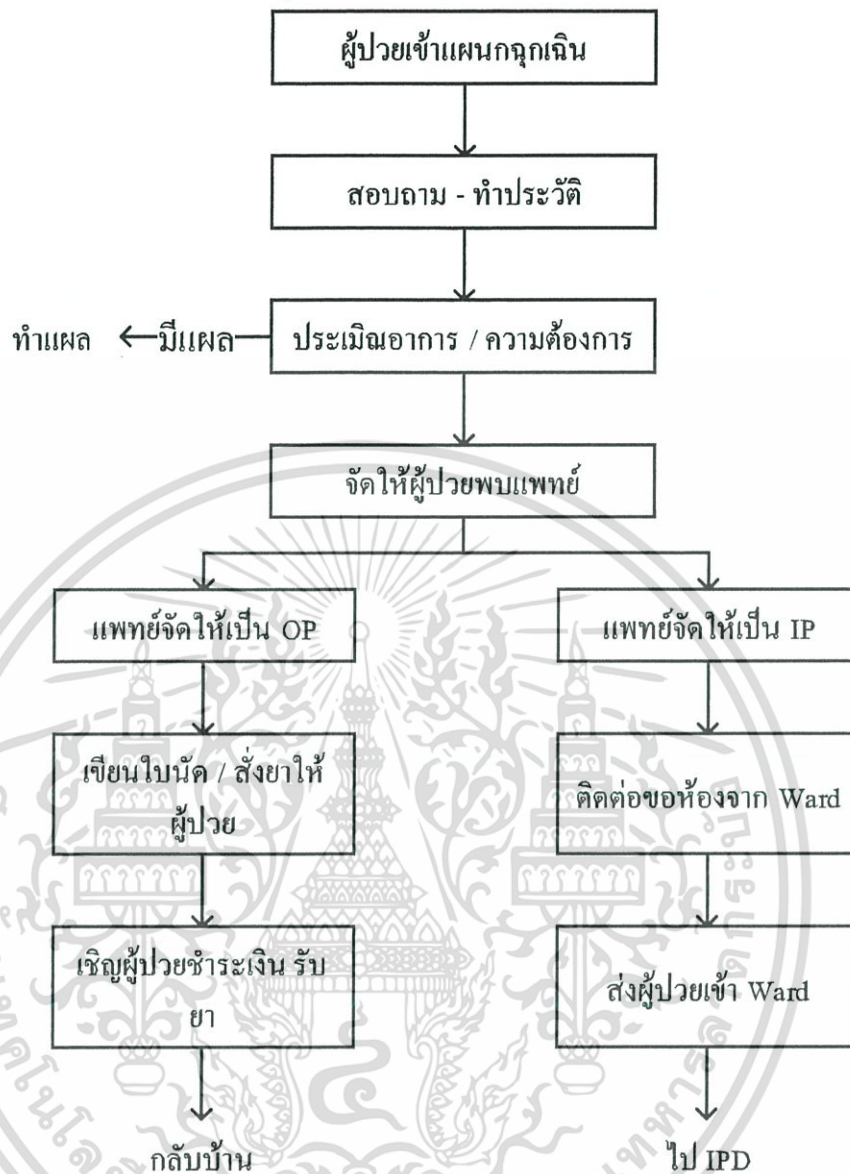
รูปที่ 3-4 แผนผังการดำเนินงานต้อนรับ - ทำบัตร (ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 3.8.4 ระบบงานเวชระเบียน



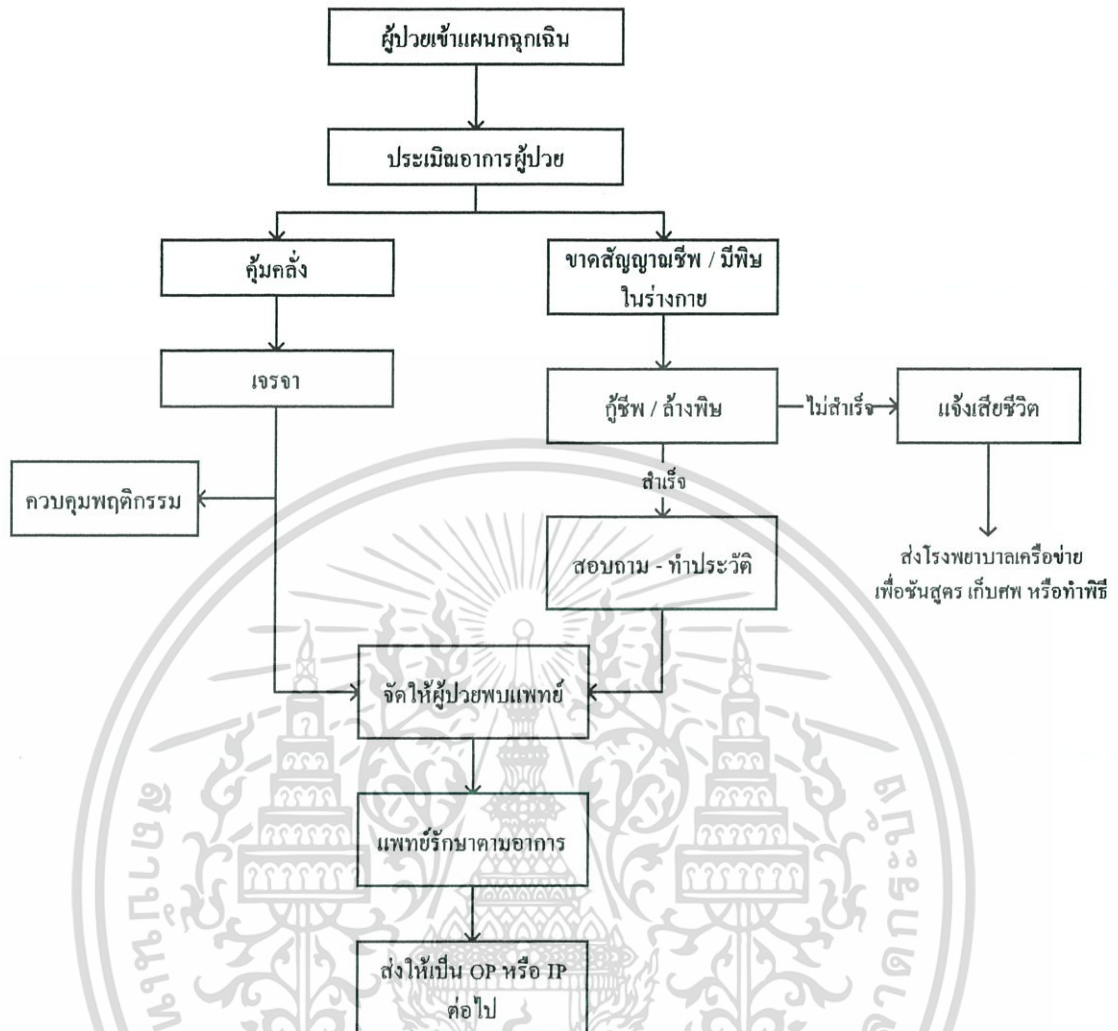
รูปที่ 3-5 แผนผังการดำเนินงานระบบงานเวชระเบียน (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.8.5 ระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาการไม่หนัก / Night OPD)



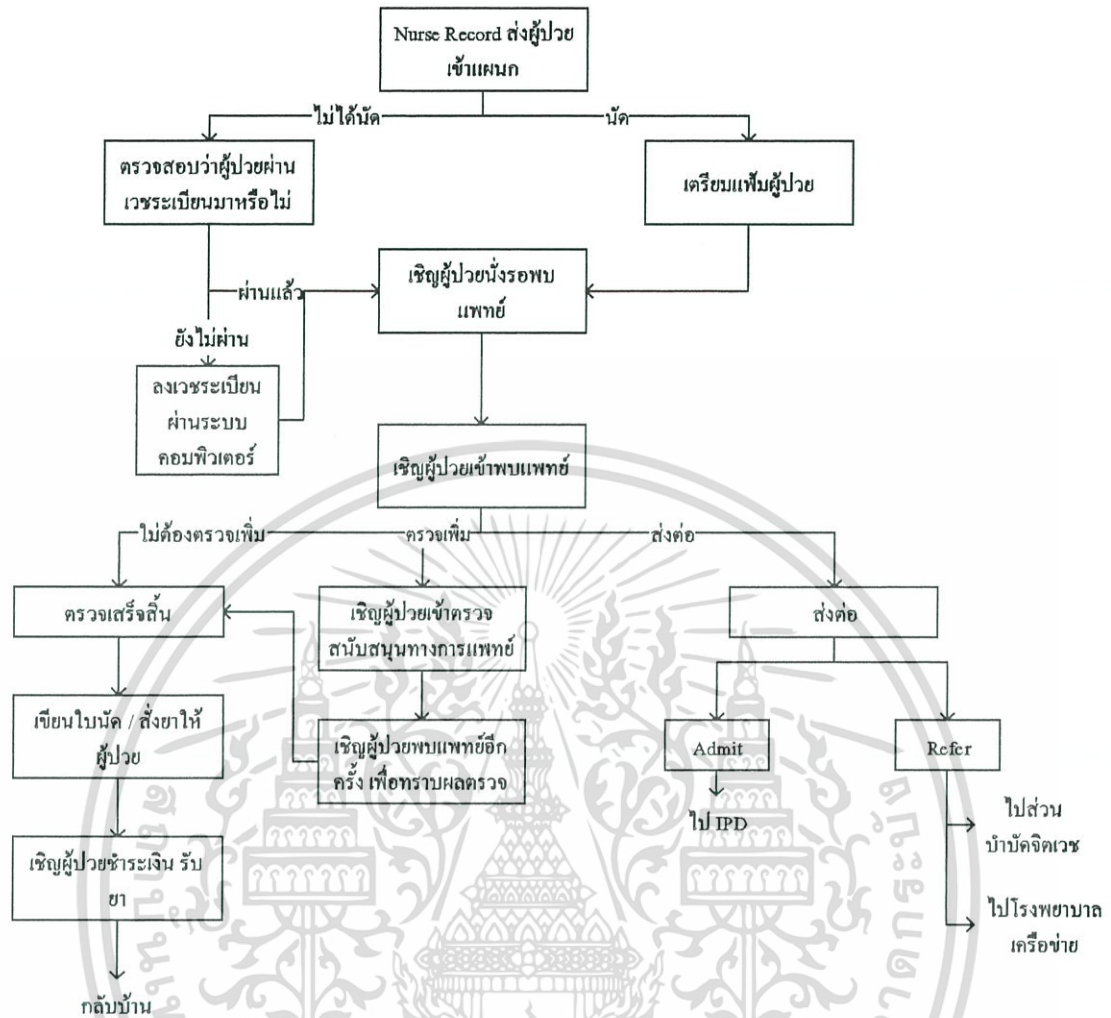
รูปที่ 3-6 แผนผังการดำเนินงานระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาการไม่หนัก / Night OPD) (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.8.6 ระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาการหนัก)



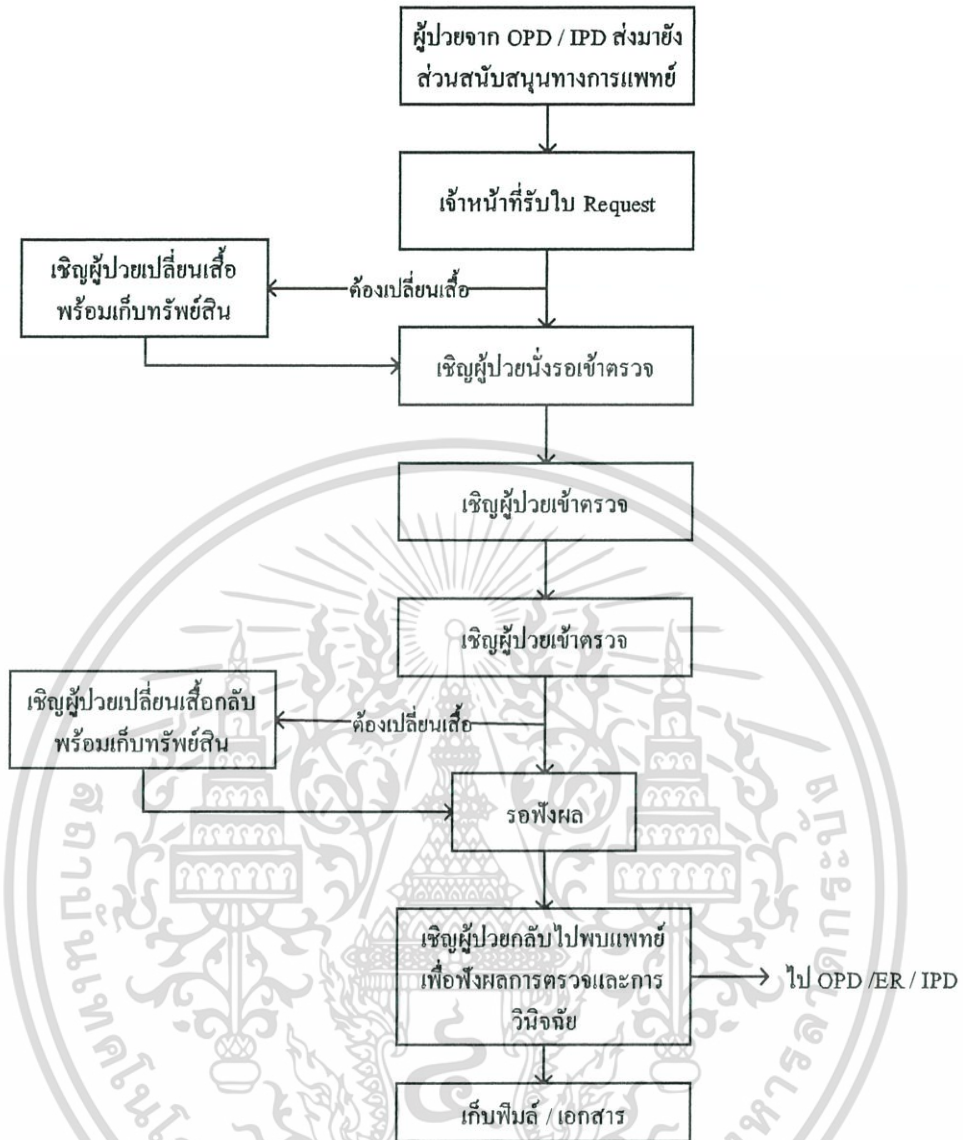
รูปที่ 3-7 แผนผังการดำเนินงานระบบงานจิตเวชฉุกเฉิน (อาการหนัก) (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.8.7 ระบบงานผู้ป่วยนอก



รูปที่ 3-8 แผนผังการดำเนินงานระบบงานผู้ป่วยนอก (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.8.8 ระบบงานสนับสนุนทางการแพทย์



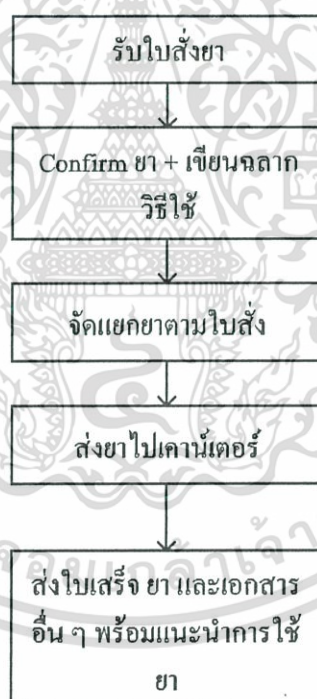
รูปที่ 3-9 แผนผังการดำเนินงานระบบงานสนับสนุนทางการแพทย์ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.8.9 ระบบงานการเงิน



รูปที่ 3-10 แผนผังการดำเนินงานระบบการเงิน (ที่มา : ผู้จัดทำ)

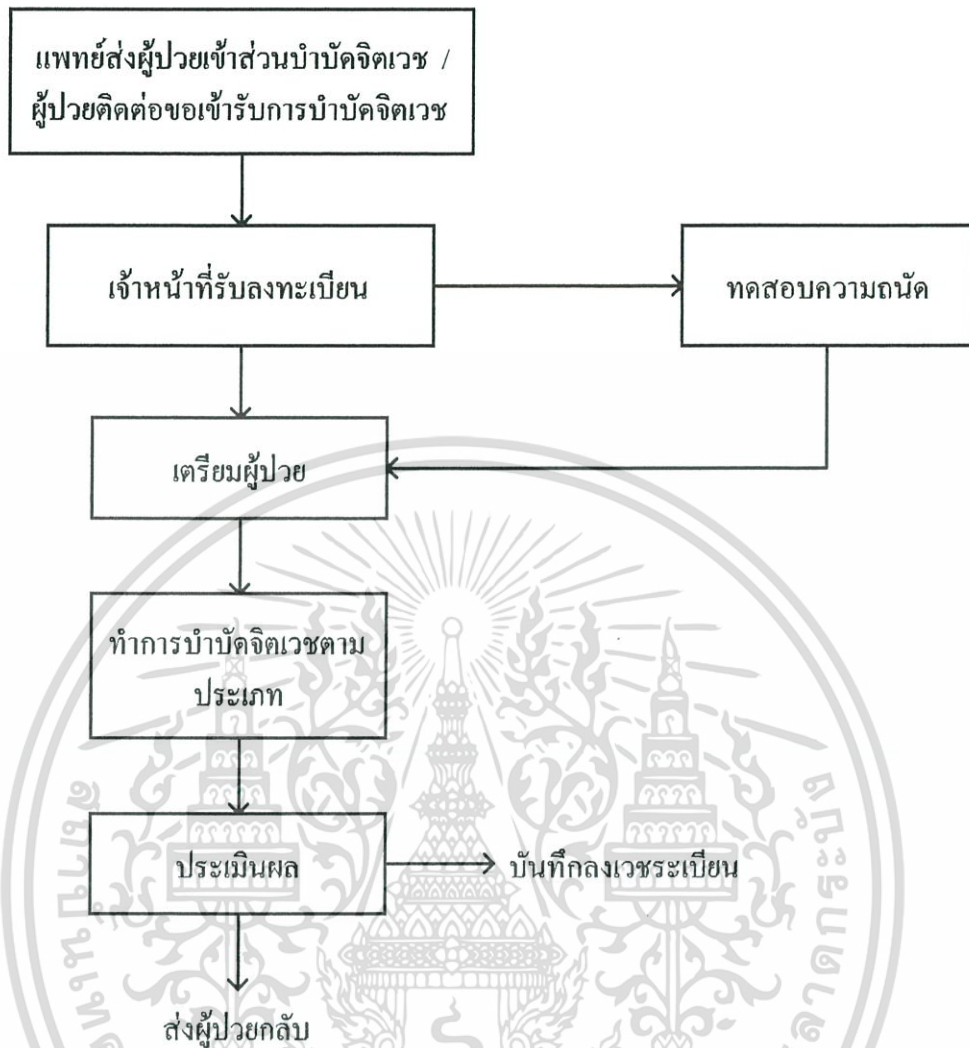
### 3.8.10 ระบบงานเภสัชกรรม



รูปที่ 3-11 แผนผังการดำเนินงานระบบงานเภสัชกรรม (ที่มา : ผู้จัดทำ)

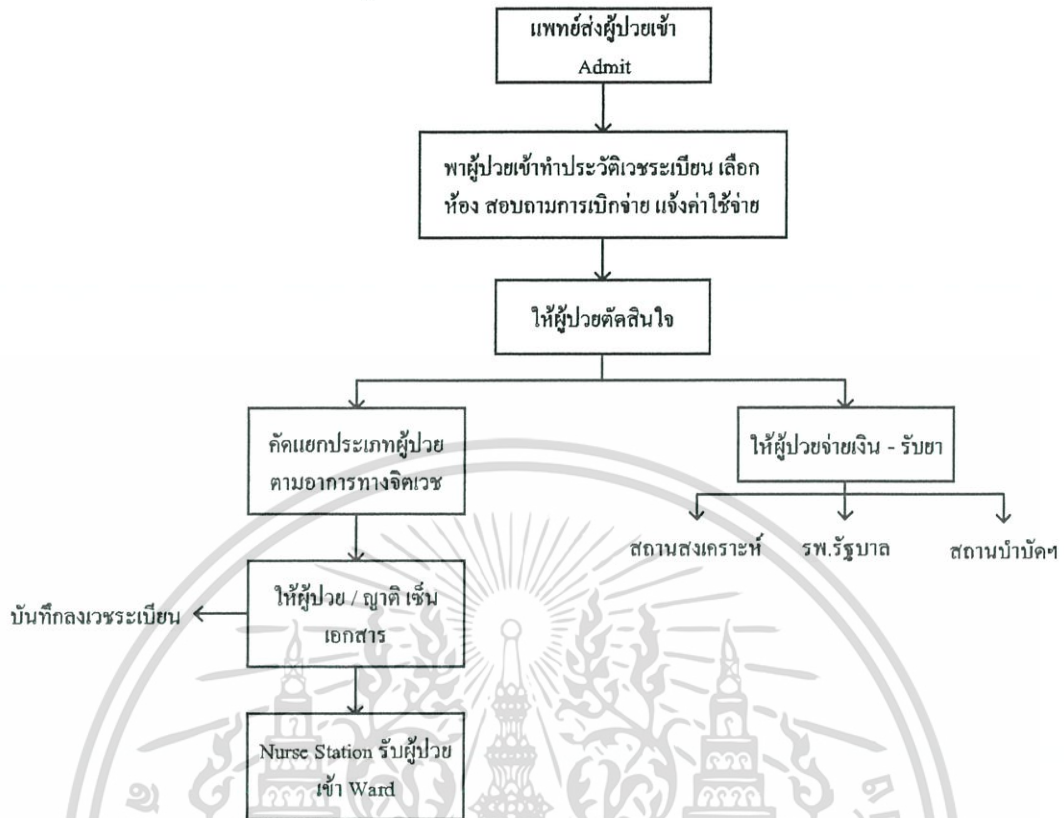
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 3.8.11 ระบบงานบำบัดจิตเวช



รูปที่ 3-12 แผนผังการดำเนินงานระบบงานบำบัดจิตเวช (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3.8.12 ระบบงานผู้ป่วยใน



รูปที่ 3-13 แผนผังการดำเนินงานระบบงานผู้ป่วยใน (ที่มา: ผู้จัดทำ)

### 3.8.13 สรุปการศึกษารายละเอียดการดำเนินงาน

จากการศึกษารายละเอียดการดำเนินงาน ทำให้ได้ทราบถึงขั้นตอนการทำงานของบุคลากรภายในโครงการ เนื่องจากการขั้นตอนการทำงานของโรงพยาบาลต้องเป็นระบบ ทุกอย่างต้องถูกบันทึกเพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูล เพื่อสามารถเรียกใช้ในภายหลังได้ ทั้งในการติดตามและประเมินอาการเมื่อทราบดังนี้แล้ว จึงสามารถนำเอาความเข้าใจในส่วนนี้ไปผนวกกับการออกแบบ เพื่อออกแบบกำหนดลำดับขั้นในการเข้าถึงแต่ละองค์ประกอบ รวมถึงทางสัญจรและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อระบบการทำงานของโครงการได้อย่างเหมาะสม

## บทที่ 4

### การศึกษาองค์ประกอบโครงการ

การศึกษาองค์ประกอบของโครงการจะศึกษาถึงการกำหนดองค์ประกอบ ศึกษารายละเอียดขององค์ประกอบ พื้นที่ใช้สอยขององค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ซึ่งผลจากการศึกษาข้อมูลจะนำมาสรุปเป็นองค์ประกอบของโครงการเพื่อการออกแบบ

#### 4.1 การกำหนดองค์ประกอบ

การกำหนดองค์ประกอบถือเป็นแกนหลักในการดำเนินโครงการ เนื่องจากองค์ประกอบโครงการจะเป็นตัวแปรในการตอบสนองทั้งวัตถุประสงค์ของโครงการ และพฤติกรรมของผู้ใช้งาน โดยจะทำการกำหนดองค์ประกอบด้วยวิธีดังนี้

##### 4.1.1 วิเคราะห์องค์ประกอบจากวัตถุประสงค์

ตารางที่ 4-1 แสดงการวิเคราะห์องค์ประกอบจากวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
เพื่อเป็นสถานที่บำบัด รักษา และฟื้นฟูเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยมีมาตรฐานเป็นสากล สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	- ส่วนบริการทางการแพทย์	- จิตเวชฉุกเฉิน - ห้องสัมภาษณ์ - ห้องตรวจจิตเวช - ห้องทดสอบจิตวิทยา - ส่วนเภสัชกรรม - ส่วนทันตกรรม - ส่วนรังสีวิทยา - ส่วนบำบัดรักษา
เพื่อแบ่งเบาภาระการรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีมากขึ้น และสถานพยาบาลทางจิตเวชมีไม่เพียงพอ	- ส่วนบริการทางการแพทย์	- ห้องพักผู้ป่วย
เพื่อเป็นสถานที่เรียนรู้ และสร้างความตระหนักรู้ถึงสุขภาพจิตแก่ประชาชน สร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเข้าใจถึงการรักษามอบที่ถูกต้องวิธี	- ส่วนวิชาการ	- ส่วนจัดนิทรรศการ - ห้องสมุด - ส่วนติดต่อ - สอบถาม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-1 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบจากวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
เพื่อเป็นสถานที่สำหรับการเรียนรู้ วิจัย อบรม รวมถึงกิจกรรมทางสุขภาพจิต ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่ สนใจ	- ส่วนวิชาการ	- ห้องสัมมนา - ห้องอบรม

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 4.1.2 วิเคราะห์องค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ตารางที่ 4-2 แสดงการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ผู้ใช้งาน	พฤติกรรม	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
<b>ผู้ให้บริการ</b>			
<b>ฝ่ายการแพทย์และพยาบาล</b>			
- ผู้อำนวยการฝ่าย แพทย์และพยาบาล	- เดินทาง	- ส่วนจอตรด	- ที่จอตรด
- รองผู้อำนวยการ ฝ่ายแพทย์และ พยาบาล	- ทำงาน	- ส่วนบริหาร	- ส่วนพักคอย - ห้องทำงาน - ห้องประชุม - ห้องเก็บเอกสาร
- เลขานุการ ฝ่าย แพทย์และพยาบาล	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องพักผ่อน - ห้องอาหาร
<b>ฝ่ายแพทย์</b>			
- จิตแพทย์	- เดินทาง	- ส่วนที่จอตรด	- ที่จอตรด
- จิตแพทย์เด็กและ วัยรุ่น	- ทำงาน	- ส่วนบริการทาง การแพทย์	- ส่วนพักคอย - ห้องสัมภาษณ์ - ห้องตรวจจิตเวช
- นักจิตวิทยาคลินิก			- ห้องทดสอบ จิตวิทยา
- นักสังคมสงเคราะห์			- หอผู้ป่วย
	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องอาหาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-2 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์องค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ผู้ใช้งาน	พฤติกรรม	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
<b>ผู้ให้บริการ</b>			
<b>ฝ่ายการพยาบาล</b>			
- พยาบาลจิตเวช	- เดินทาง	- ส่วนที่จอดรถ	- ที่จอดรถ
- ผู้ช่วยพยาบาลจิตเวช	- ทำงาน	- ส่วนบริการทางการแพทย์	- ส่วนพักคอย
- เจ้าหน้าที่ประจำรถเข็น			- ห้องสัมภาษณ์
			- ห้องตรวจจิตเวช
			- ห้อง ทด สอบ จิตวิทยา
			- หอผู้ป่วย
	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องอาหาร
<b>ฝ่ายบำบัดจิตเวช</b>			
- เจ้าหน้าที่บำบัดจิตเวช	- เดินทาง	- ส่วนที่จอดรถ	- ที่จอดรถ
	- ทำงาน	- ส่วนบำบัดจิตเวช	- ห้องทดสอบความถนัด
			- ส่วนนันทนาการ
			- ห้องศิลปะบำบัด
			- ห้องดนตรีบำบัด
			- ห้องบำบัดด้วยการปลดปล่อย
			- ห้องบำบัดอันนิวิบากกรรม
			- ห้องครอบครัวบำบัด
			- ส่วนธรรมชาติบำบัด
			- ห้องบำบัดกลุ่ม
			- ห้องบำบัดเดี่ยว
	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องอาหาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-2 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์องค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ผู้ใช้งาน	พฤติกรรม	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
<b>ผู้ให้บริการ</b>			
<b>ฝ่ายสนับสนุนทางคลินิก</b>			
- เภสัชกร	- เดินทาง	- ส่วนที่จอดรถ	- ที่จอดรถ
- พนักงานเภสัชกร	-	- ส่วนสนับสนุนทางคลินิก	- พื้นที่เก็บยาสำเร็จและเคมีภัณฑ์
- ทันตแพทย์			- พื้นที่ปรุงยา
- ผู้ช่วยทันตแพทย์			- ห้องเก็บอุปกรณ์
- นักเทคนิคการแพทย์			- ห้อง MRI
- เจ้าหน้าที่รังสีวิทยา			- ห้อง CT Scan
			- ห้องเก็บฟิล์ม
			- ห้องทันตกรรม
	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องอาหาร
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>			
- ผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและธุรการ	- เดินทาง	- ส่วนจอดรถ	- ที่จอดรถ
- รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและธุรการ	- ทำงาน	- ส่วนบริหาร	- ส่วนพักคอย
- เลขานุการฝ่ายบริหารและธุรการ			- ห้องทำงาน
- เลขานุการฝ่ายบริหารและธุรการ			- ห้องประชุม
			- ห้องเก็บเอกสาร
			- ห้องพักพนักงาน
	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องอาหาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-2 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์องค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ผู้ใช้งาน	พฤติกรรม	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
<b>ผู้ให้บริการ</b>			
<b>ฝ่ายบริหารและธุรการ</b>			
- นักสถิติ	- เดินทาง	- ส่วนจอครด	- ที่จอครด
- เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	- ทำงาน	- ส่วนบริหาร โครงการ	- พื้นที่ทำงาน
- เจ้าหน้าที่ บริหารงานทั่วไป	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องอาหาร
- เจ้าหน้าที่งาน ธุรการ			
- เจ้าหน้าที่การเงิน และบัญชี			
- นักการตลาด			
- เจ้าหน้าที่บันทึก ข้อมูล			
- เจ้าหน้าที่บริหาร บุคคล			
- เจ้าหน้าที่ คอมพิวเตอร์			
<b>ฝ่ายบริการ</b>			
- นักโภชนาการ	- เดินทาง	- ส่วนจอครด	- ที่จอครด
- คนครัว	- ทำงาน	- ส่วนบริการ	- บริเวณโครงการ ซักรีด ครัว ซ่อมบำรุง พัสดุกลาง ส่วนเทคนิค ประกอบอาคาร
- คนสวน			
- คนงาน			
- เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด			
- เจ้าหน้าที่ซักรีด			
- เจ้าหน้าที่พัสดุ	- พักเที่ยง	- ส่วนบริการ	- ห้องอาหาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-2 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ห้องที่ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ผู้ใช้งาน	พฤติกรรม	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
<b>ผู้ให้บริการ</b>			
<b>ฝ่ายวิชาการ</b>			
- เจ้าหน้าที่ ประชาสัมพันธ์ - เจ้าหน้าที่การศึกษา และอบรม - บรรณารักษ์ - เจ้าหน้าที่แผนงาน และสารสนเทศ - เจ้าหน้าที่ นิทรรศการ	- เดินทาง - ทำงาน  - พักเที่ยง	- ส่วนจอตลอด - ส่วนงานวิชาการ  - ส่วนบริการ	- ที่จอตลอด - งานนิทรรศการ - ห้องสมุด - งานเผยแพร่ วิชาการ - ห้องอาหาร
<b>ผู้รับบริการ</b>			
- ผู้ป่วยนอก	- เข้ารับบริการ	- ผู้ป่วยนอก	- โถงทางเข้า และ ประชาสัมพันธ์ - โถงพักคอย - ส่วนติดต่อทำ บัตร - แผนกจิตเวช ฉุกเฉิน - ห้องสัมภาษณ์ - เคาน์เตอร์จ่ายยา และรับเงิน - ห้องตรวจจิตเวช - ห้องทดสอบทาง จิตวิทยา
- ผู้ป่วยใน	- คิ่บนอน	- ผู้ป่วยใน	- ห้องพักผู้ป่วย - Nurse Station - พื้นที่ รับประทาน อาหาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับบริการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-2 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ห้องประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ผู้ใช้งาน	พฤติกรรม	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
<b>ผู้รับบริการ</b>			
	- ทำกิจกรรม	- ส่วนบำบัดจิต เวช	- ส่วนทำการ บำบัด - พื้นที่ เอนกประสงค์
	- พักเที่ยง	- ผู้ป่วยใน	- พื้นที่ รับประทานอาหาร - ส่วนพักผ่อน
	- เข้านอน	- ผู้ป่วยใน	- ห้องพักผู้ป่วย - Nurse Station - ส่วนพักผ่อน
- ญาติผู้ป่วย	- ส่งผู้ป่วย - เข็มผู้ป่วย	- ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน - ส่วนบำบัดจิต เวช	- โถงทางเข้า และ ประชาสัมพันธ์ - โถงพักคอย - ส่วนติดต่อทำ บัตร แผนกจิตเวช ฉุกเฉิน - เคาน์เตอร์จ่ายยา และรับเงิน - ห้องอาหาร
- อาสาสมัคร	- กิจกรรม อาสาสมัคร	- ส่วนบำบัดจิต เวช	- พื้นที่ เอนกประสงค์ - ส่วนทำการ บำบัด - ห้องทำกิจกรรม - ส่วนนันทนาการ - ห้องอาหาร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-2 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์องค์ประกอบจากพฤติกรรมผู้ใช้งาน

ผู้ใช้งาน	พฤติกรรม	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
<b>ผู้รับบริการ</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนทั่วไป</li> <li>- ผู้เข้าร่วมอบรม</li> <li>    สัมมนา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าอบรม</li> <li>    สัมมนา</li> <li>- เข้าชม</li> <li>    นิทรรศการ</li> <li>- สืบค้นข้อมูล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนวิชาการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้องนิทรรศการ</li> <li>- ห้องสัมมนา</li> <li>    ขนาด 50 ที่นั่ง</li> <li>- โถงพัก</li> <li>- ห้องสมุด</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กร สถาบันต่าง</li> <li>    ๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนบริหาร</li> <li>    โครงการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โถงทางเข้า และ</li> <li>    ส่วนติดต่อ</li> <li>    สอบถาม</li> <li>- ห้องประชุม</li> </ul>

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 4.2 รายละเอียดขององค์ประกอบโครงการ

### 1) ส่วนบริการสาธารณะ

เป็นส่วนที่ต้องสร้างบรรยากาศที่เชื่อเชิญให้เข้ามาใช้โครงการมากที่สุด เพราะเป็นภาพแรกที่คุณมาติดต่อกับทุกคนเห็น ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ 4-3 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการสาธารณะ

รายการ	หน้าที่
- โถงต้อนรับและประชาสัมพันธ์	ทางเข้าใหญ่ของอาคาร อยู่บริเวณด้านหน้า ซึ่งบริเวณนี้จะต้องเป็นจุดเด่นที่ทุกคนสามารถเห็นได้ง่าย เป็น Approach จากภายนอกเข้าสู่ตัวอาคาร และส่วนหนึ่งของบริเวณนี้จะเป็นที่วาง Wheel Chair & Stretcher ด้วย โดยจะต้องสามารถขึ้นรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บริการได้ทันที และจากจุดบริเวณเทียบรถ ผู้ป่วยจะต้องเข้าสู่ตัวอาคาร ได้โดยไม่เปียกฝน
- บริการรถเข็น	มีเพื่อบริการแก่ผู้ใช้โครงการที่มีอาการหนัก หรือไม่สามารถเดินได้ หรือจำเป็นต้องขนย้ายผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 2) ส่วนบริการทางการแพทย์

เป็นส่วนที่ผู้ป่วยที่ต้องการใช้บริการของโครงการจำเป็นต้องมาตรวจอาการทางจิต พูดคุยกับจิตแพทย์ สอบถามประวัติโดยนักสังคมสงเคราะห์ อาจมีการทดสอบทางจิตจากนักจิตวิทยาบริเวณนี้จึงทำหน้าที่เป็นส่วนคัดกรองผู้ป่วยก่อนรับผู้ป่วยเข้าใช้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละอาการมีความต้องการไม่เหมือนกัน ทั้งความต้องการทางการแพทย์ และความต้องการทางสภาพแวดล้อมด้วย การจัดให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยในส่วนที่เหมาะสมกับอาการของตัวเองจึงมีความจำเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายอาจมีพฤติกรรมส่งเสียงดัง หรืออาการทางบวกอื่น ๆ ทำให้รบกวนผู้ป่วยรายอื่น หากจัดให้พักในบริเวณใกล้เคียงกัน

และบริเวณนี้ยังเป็นบริเวณสำหรับตรวจรักษาอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการอีกด้วย อาจมีการนัดรักษา (Checkup) รายสัปดาห์หรืออาจมีการตามอาการหากรับการบำบัดรักษาครบตามช่วงเวลาแพทย์ได้จัดไว้ให้ เพื่อประเมินและส่งผู้ป่วยกลับสู่สังคม

บรรยากาศภายในส่วนบริการทางการแพทย์นี้ จะต้องให้ความรู้สึกเป็นกันเอง อบอุ่น และปลอดภัยแก่ผู้มาติดต่อ ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ชุมชนชาติและภูมิสถาปัตยกรรมเป็นสิ่งที่คุณไม่ได้คาดคิดจนแสงธรรมชาติที่ช่วยสร้างความรู้สึกรื่น สดใส

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## ส่วนบริการทางการแพทย์ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

ตารางที่ 4-4 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการทางการแพทย์

รายการ	หน้าที่
<b>ผู้ป่วยนอก</b>	
- โถงทางเข้า และ ประชาสัมพันธ์	ทางเข้าใหญ่ของอาคาร อยู่บริเวณด้านหน้า ซึ่งบริเวณนี้จะต้องเป็นจุดเด่นที่ทุกคนสามารถเห็นได้ง่าย เป็น Approach จากภายนอกเข้าสู่ตัวอาคาร และส่วนหนึ่งของบริเวณนี้จะเป็นที่วาง Wheel Chair & Stretcher ด้วย โดยจะต้องสามารถเจ็บรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บริการได้ทันที และจากจุดบริเวณเทียบรถ ผู้ป่วยจะต้องเข้าสู่ตัวอาคารได้โดยไม่เปียกฝน โดยมีบริเวณติดต่อดสอบถามเป็นส่วนต้อนรับและคัดกรองผู้มาติดต่อ ผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาในส่วนพักคอยนี้จะรอการเรียกเข้าไปทำการสัมภาษณ์และทดสอบ บริเวณนี้ จึงควรเป็นที่โล่งมีที่นั่งพักคอยเมื่อเวลาที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก และมีเนื้อที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- ส่วนติดต่อทำบัตร	ผู้ป่วยที่เข้าใช้งาน โครงการต้องติดต่อทำบัตรเป็นอย่างแรก ส่วนติดต่อทำบัตรจะอยู่ใกล้เกี่ยวกับส่วนประชาสัมพันธ์เพื่อความสะดวกในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- ห้องทำงานเจ้าหน้าที่เวช ระเบียน	เป็นลักษณะการทำงานแบบห้องทำงานทั่วไป ซึ่งพนักงานจะทำงานเกี่ยวกับงานเอกสารทั่วไป ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาและผู้ป่วยแต่อย่างใด
- แผนกจิตเวชฉุกเฉิน	เป็นแผนกตรวจคนไข้ที่อะอะโวยวายหรืออาละวาด ต้องใช้พนักงานช่วยจับยึดยาให้สงบแล้วจึงให้จิตแพทย์ตรวจต่อไปได้ ดังนั้นห้องนี้จึงควรแยกออกต่างหากจากบริเวณตรวจทั่วไป เพื่อมิให้รบกวนผู้อื่นหรือทำลายขวัญคนอื่นได้ แผนกนี้จำเป็นที่จะต้อง มีบริเวณพักคอยแยกออกต่างหากโดยเข้าจากด้านหน้าโครงการ ได้ทันที ไม่ต้องผ่านบริเวณตรวจทั่วไป และสามารถเปิดใช้ได้ 24 ชม. ในเวลากลางคืนมีแพทย์และพยาบาลเวลประจำอยู่ และควรมีหน่วยเภสัชกรรมย่อยเพื่อให้สามารถใช้งานภายในแผนกเองได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-4 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการทางการแพทย์

รายการ	หน้าที่
<b>ผู้ป่วยนอก</b>	
- ห้องสัมภาษณ์	สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่จะมีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้สอบประวัติผู้ป่วย โดยอาจจะสอบถามจากตัวผู้ป่วยเองหรือจากญาติผู้ป่วยเพื่อที่จะได้ทราบมูลเหตุต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดอาการป่วยได้ อันเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไป ห้องนี้จึงต้องมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติจะได้เล่าประวัติของผู้ป่วยโดยไม่ปิดบัง ห้องสอบประวัตินี้ควรอยู่ติดกับห้องตรวจเพื่อที่จะได้รับการตรวจได้ทันทีที่ทำประวัติเสร็จ
<b>คลินิกจิตเวช</b>	
- ห้องตรวจจิตเวช	เป็นห้องตรวจอาการเชิงลึก อาจมีการให้เล่าเรื่องที่เป็นเรื่องส่วนตัว จึงจำเป็นต้องมีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ควบคุมเสียงได้เป็นอย่างดี ไม่ให้เด็ดลอดเข้ามาหรือออกไปภายนอกได้ ขนาดของห้องต้องไม่ใหญ่หรือไม่เล็กจนเกินไปจนเกิดความอึดอัด
- ห้องทดสอบทางจิตวิทยา	เป็นห้องทดสอบทางจิตวิทยาของนักจิตวิทยา ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องการการทดสอบทางจิตวิทยาจากการที่ตรวจกับจิตแพทย์แล้ว จิตแพทย์มีความคิดเห็นว่าควรให้ทดสอบทางจิตวิทยาเพิ่มเติม บรรยากาศภายในห้องมีความอบอุ่น อาจมีการเปิดช่องแสงเพื่อเชื่อมต่อกับภายนอกหรือไม่ก็ได้ ตามลักษณะสิ่งแวดล้อมที่ต้องการของนักจิตวิทยา เนื่องจากการทดสอบบางครั้งต้องการสมาธิ บางครั้งต้องการการสังเกตการณ์ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสภาพแวดล้อมที่สมจริง ไม่ใช่สภาพแวดล้อมแบบปิด ลักษณะของห้องจึงจำเป็นต้องการความยืดหยุ่นของการทำงานมากพอสมควร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-4 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการทางการแพทย์

รายการ	หน้าที่
<b>คลินิกจิตเวช</b>	
- ห้องพักทรมจิตเวช	เป็นห้องพักของแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ควรอยู่ใกล้เคียงทางเข้าออกของพนักงาน และติดต่อกับได้สะดวกกับส่วนบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ควรมีความเป็นส่วนตัวเพื่อไม่ให้ถูกรบกวนได้ และมีทัศนวิสัยที่ดีสามารถมองเห็นภายนอกของอาคารได้ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการหลบหนีของผู้ป่วยด้วย ห้องพักไม่ควรแยกเป็นหลายๆห้อง เพราะทีมงานจิตเวชต้องการความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน มีการแลกเปลี่ยนความเห็นในแง่ต่าง ๆ ตลอดจนปัญหาของผู้ป่วยในโครงการภายในห้องอาจมีส่วนเตรียมอาหาร (Pantry) เล็ก ๆ สำหรับเตรียมเครื่องดื่มหรือมีตู้หนังสือ เก้าอี้พักผ่อนต่าง ๆ ตามอัธยาศัย
- ห้องทำงานทรมจิตเวช	เป็นห้องทำงานของแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์เมื่อไม่มีผู้ป่วยมาติดต่อ อาจเป็นพื้นที่ทำงานเพื่อการค้นคว้า และวิจัยต่างๆภายในห้องอาจมีชั้นหนังสือทางการแพทย์ และชุดโซฟาสำหรับอ่านหนังสือ หรือประชุมเล็ก ๆ ภายในทีม บรรยากาศไม่จำเป็นต้องเหมือนส่วนทำงานทั่วไป อาจมีความไม่เป็นทางการเล็กน้อยเพื่อเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศจากการทำงานในส่วนการตรวจ สอบประวัติ และทดลองทางจิตวิทยาดังกล่าวข้างต้น
<b>ส่วนสนับสนุนทางคลินิก</b>	
- ห้อง MRI และห้อง CT Scan	สำหรับตรวจหาความผิดปกติของสมอง ประกอบด้วย ห้องตรวจคลื่นสมองและห้องเก็บบันทึกผลการตรวจ
- ห้องบำบัดด้วยการช็อคไฟฟ้า	ห้องที่ทำการบำบัดด้วยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปในสมอง ในปริมาณน้อยที่สุดเพื่อทำให้เกิดการชัก และผลของการชักทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครง สร้างการทำงานในสมอง ที่จะปรับอารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย โดยจะต้องทำการดมยาสลบก่อนทำการช็อคไฟฟ้า
- ห้องทันตกรรม	ห้องสำหรับตรวจรักษาโรคฟันทั้งหมด รวมทั้งโรคเหงือก และโรคในช่องปาก

## ตารางที่ 4-4 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการทางการแพทย์

รายการ	หน้าที่
<b>ส่วนสนับสนุนทางคลินิก</b>	
- ห้องพักเจ้าหน้าที่	เป็นห้องพักของเจ้าหน้าที่สนับสนุนทางคลินิก ห้องควรมีความเป็นส่วนตัว และควรใกล้กับส่วนทำงาน และควรอยู่ใกล้กับส่วนพักผ่อนของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ
<b>เภสัชกรรม</b>	
- พื้นที่เก็บยาสำเร็จและเคมีภัณฑ์	เป็นห้องสำหรับเก็บยาต่าง ๆ ที่ใช้ในโครงการ ควรมีลักษณะที่ปิดมิดชิดสามารถกันความชื้นได้ ภายในห้องมีชั้นสำหรับเก็บยาแบ่งประเภทของยา และควรอยู่ติดกับพื้นที่จ่ายยาเพื่อความสะดวกในการให้บริการ
- ห้องเก็บอุปกรณ์	เก็บอุปกรณ์การปรุงยาของเภสัชกร
- พื้นที่ปรุงยา	เป็นพื้นที่ในการจัดยา และทำงานเกี่ยวกับยาทั้งหมด ความเป็นพื้นที่ที่เดินได้สะดวกและมองเห็นได้จากส่วนอื่น
- ห้องพักเภสัชกร	เป็นห้องพักของเภสัชกร ห้องควรมีความเป็นส่วนตัว และควรใกล้กับส่วนทำงาน และควรอยู่ใกล้กับส่วนพักผ่อนของเจ้าหน้าที่อื่น
- ห้องทำงานเภสัชกร	เป็นห้องสำหรับทำงานที่นอกเหนือจากการปรุงยา การทำงานเอกสารต่าง ๆ มีความเป็นส่วนตัวมากกว่าพื้นที่ปรุงยา ควรอยู่ใกล้กับพื้นที่ปรุงยา
- เคาท์เตอร์จ่ายยา	จ่ายยาให้กับผู้ป่วยนอกที่ได้รับการสั่งยาจากแพทย์ และ จ่ายยาให้พยาบาลจากส่วนที่พักรักษาผู้ป่วย เพื่อนำไปจัดตามมื้ออาหารและให้แก่ผู้ป่วยต่อไป

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 3) ส่วนผู้ป่วยใน

ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงถึงขนาดไม่สามารถรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หรือเป็นผู้ป่วยเคย์แคร์ได้ เนื่องจากเป็นอันตรายต่อตัวคนไข้เอง ครอบครัวและชุมชน หรืออาจเป็นเพราะครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลรักษาได้ดีพอ ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงจะสามารถผันเปลี่ยนไปเป็นผู้ป่วยเคย์แคร์ได้

ลักษณะของคนไข้อาการของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาภายในแผนกได้แก่

- Super Energy Output มีอาการรุนแรง เอะอะ กลุ้มคลั่ง พุดเพื่อเจ้อ พุดไม่หยุด เป็นลักษณะพวก Serious Division หรือกลุ่มร้ายแรง
- หวาดระแวง ประสาทหลอน หูแว่ว เป็นลักษณะพวก Steady Division หรือกลุ่มเฝ้าระวัง
- Low Energy Output มีอาการซึมเซา นิ่งเฉย สงบ เป็นลักษณะพวก Moderate Division หรือกลุ่มอาการทุเลา

ดังนั้นการออกแบบส่วนผู้ป่วยใน นอกจากจะแบ่งเป็นหอชายและหญิงแยกจากกันแล้ว ยังมีการแยกย่อยตามประเภทของผู้ป่วยอีกตามลักษณะอาการด้วย ได้แก่

#### - Serious Ward หรือกลุ่มร้ายแรง

เป็นกลุ่มที่มีอาการเอะอะ กลุ้มคลั่ง จนอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง พวกนี้มีจำนวนน้อย โดยจำเป็นจะต้องจัดห้องแยกกันต่างหาก ควรใช้เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้ป่วยสามารถนำมาทำอันตรายได้ หรืออาจถูกทำลายให้เสียหายได้ วัสดุบุผนังควรเป็นวัสดุที่นุ่มและกันเสียง หน้าต่างและประตูต้องปิดล็อกและมีระบบป้องกันการหนีได้ ห้องน้ำของคนไข้ต้องแยกออกต่างหาก โดยทั้งหมดต้องออกแบบให้เจ้าหน้าที่สังเกตการณ์ได้ แต่ก็ไม่โจ่งแจ้งเกินไป ที่ตั้งของ Ward นี้ต้องมี Nurse Station ดูแลอยู่ใกล้ซิดที่สุด

#### - Steady Ward หรือกลุ่มเฝ้าระวัง

เป็น Ward สำหรับคนไข้ที่มีอาการทางประสาทมากกว่าอาการทางจิต คือเป็นพวกประสาทหลอน หวาดระแวง สามารถอยู่ร่วมได้ในสังคมแต่ไม่มีความสุข เป็นพวกที่มีอาการทางจิตน้อยที่สุด อาจเรียกได้ว่า Open Ward เพราะคนไข้ควรมีห้องพักเป็นของตัวเองเพื่อความมีอิสระ ไม่รู้สึกถูกขังอยู่ในโรงพยาบาล คนไข้ใน Ward นี้จะได้รับการรักษาในส่วนบำบัดจิตเวช หรือสัมภาษณ์พูดคุยกับแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่อยู่ภายนอก Ward ได้

#### - Moderate Ward หรือกลุ่มอาการทุเลา

เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมารองจากกลุ่ม Normal Division เป็น Ward สำหรับคนไข้ที่มีอาการสงบ นิ่งเฉยซึมเศร้า ต้องการความสงบ ชอบแยกตัวออกไปจากสังคม ห้องพักคนไข้กลุ่มนี้จึงต้องมีความ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เป็นส่วนตัวมากที่สุด โดยการจัดให้อยู่ภายในห้องเดี่ยว มีการจัดห้องเหมือนกับห้อง Normal Ward และอาจจัดให้อยู่ใกล้กันได้โดยแยกทางเข้าออกจากกัน บรรยากาศภายในห้องต้องทำให้เกิดความสดชื่น แจ่มใส เพื่อช่วยมิให้คนไข้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าจากที่เป็นอยู่ โดยใช้สีหรือแสงสว่างเข้าช่วย

ลักษณะของส่วนผู้ป่วยใน ควรแยกออกจากหากจากบริเวณที่มีบุคคลภายนอกพลุกพล่าน ที่ตั้งควรอยู่ในบริเวณที่สงบร่มรื่น ปราศจากการรบกวนจากภายนอก มีอากาศถ่ายเท มีบริเวณจัดสวนอยู่รอบด้าน มีการป้องกันการหนีของคนไข้หรือรูกลิ้เข้าไปส่วนอื่น ๆ

ในเวลากลางคืน ผู้ป่วยทุกคนต้องมีบริเวณพักผ่อนเป็นสัดส่วนของตัวเอง โดยประกอบด้วยเตียงแบบปกติ โต๊ะเขียนหนังสือ ตู้เสื้อผ้า โต๊ะหัวเตียง ประตูห้องนอนทุกห้องต้องมีชื่อผู้ป่วยติดไว้ และสามารถเปิดออกสู่ภายนอกได้สะดวกรวดเร็ว เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

ในเวลากลางวัน บริเวณพักผ่อนของผู้ป่วยจะต้องเชื่อมต่อกับบริเวณพักผ่อนและเชื่อมต่อไปยังส่วนพักผ่อนกลาง หรือพื้นที่เอนกประสงค์ที่สามารถจัดกิจกรรมได้หลากหลาย โดยมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่นั่งคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

ตารางที่ 4-5 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนผู้ป่วยใน

รายการ	หน้าที่
ผู้ป่วยใน	
- ห้องพักผู้ป่วยเดี่ยว / คู่	ส่วนพักผ่อนของผู้ป่วยที่อาจจะเป็นห้องเดี่ยว หรือห้องเตียงคู่ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการใช้บริการ บรรยากาศภายในห้องควรจะมีควมคล้ายคลึงกับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยหรือบ้านให้มากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้งานรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ควรมีเครื่องช่วยยกร่างกายที่ติดผนังเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากเครื่องนั้นมีเหลี่ยมมุมอยู่มากมาย หากจำเป็นต้องใช้เครื่องขนาดเล็กที่สามารถขนย้ายได้แล้วให้มีการสังเกตการผู้ป่วยตลอดเวลา ห้องพักทุกห้องจำเป็นต้องได้รับแสงธรรมชาติและสามารถเปิดหน้าต่างมองเห็นธรรมชาติภายนอกได้ บริเวณหน้าต่างจำเป็นต้องใช้คลินิกหรือกระจกลามิเนตเพื่อป้องกันอันตรายหากมีการทุบหรือทำลาย เฟอรันิเจอร์ส่วนใหญ่ควรเป็นของหนักที่ยากต่อการยกหรือขว้างปา อาจมีมุมทำงานเล็ก ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาส่วนตัวภายในห้องของตัวเอง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-5 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนผู้ป่วยใน

รายการ	หน้าที่
ผู้ป่วยใน	
- ห้องสังเกตอาการ	<p>เป็นห้องสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ หากจิตแพทย์ประเมินอาการแล้วไม่จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ก็จะจัดการรักษาให้ผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยพักดูแลอาการอยู่ในห้องสังเกตอาการ ภายในห้องสังเกตอาการจำเป็นต้องเสริมวัสดุตกแต่งที่นุ่ม เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นภายในห้อง และสามารถมองเห็นได้จากที่ทำการพยาบาล หากมีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้น พยาบาลจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ทันที</p>
- พื้นที่รับประทานอาหาร	<p>ผู้ป่วยจิตเวชนั้นสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตัวเอง จึงไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานอาหารในห้องพักส่วนตัว เป็นบริเวณที่เกิดการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่พยาบาล เฟอร์นิเจอร์ควรมีน้ำหนักเพื่อป้องกันการขว้างปาสิ่งของ และควรมีส่วนที่รับประทานอาหารที่มีขนาดเหมาะสมกับผู้พิการที่ไร้รถเข็นอีกด้วย</p>
- สนามกีฬา	<p>เป็นบริเวณที่ผู้ป่วยใช้ออกกำลังกาย สามารถปรับเปลี่ยนเป็นพื้นที่เล่นกีฬาเฉพาะเจาะจงได้ เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล เป็นต้น และเปลี่ยนเป็นลานอเนกประสงค์สำหรับออกกำลังกายยามเช้าได้อีกด้วย บรรยากาศของสนามกีฬาควรอยู่ใกล้กับธรรมชาติ หรือสามารถมองเห็นธรรมชาติได้ชัดเจน ไม่ควรมองเห็นเพียงตัวอาคารล้อมรอบ</p>
- Nurse Station	<p>เป็นส่วนที่ดูแลสภาพความเป็นอยู่โดยรวมของส่วนที่พักรักษาผู้ป่วยทั้งหมดคอยดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ บรรยากาศของที่ทำการพยาบาลจะแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป โดยจะไม่มีขนาดใหญ่โต น่าเกรงขามแต่ที่ทำการพยาบาลของสถานพยาบาลจิตเวชนั้นควรจะมีความเล็กและจะใช้คอมพิวเตอร์ขนาดเล็กในการเก็บและใช้งานข้อมูลมากกว่าข้อมูลเอกสาร จึงทำให้บรรยากาศนั้นดูเชื่อเชียว คึ่งดูค ด้วยการออกแบบที่ลดการปิดล้อมของที่ว่างและเพิ่มการเปิดพื้นที่ให้เข้าถึงได้ง่ายและเพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยอีกด้วย</p>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-5 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนผู้ป่วยใน

รายการ	หน้าที่
ผู้ป่วยใน	
- ห้องเก็บยา	<p>พยาบาลประจำที่ทำการพยาบาลจะไปเบิกยามาจากแผนกเภสัชกรรม จากนั้นทำการแยกยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตามมื้ออาหารแต่ละวัน เพื่อความสะดวกในการให้ยาแก่ผู้ป่วย และเก็บยาทั้งหมดไว้ในห้องเก็บยาประจำวัน ที่อยู่ใกล้เตียงกับส่วนที่ทำการพยาบาลเพื่อความสะดวกในการใช้งาน</p>
- ห้องน้ำ	<p>ห้องน้ำจะมีลักษณะคล้ายห้องน้ำคนพิการ โดยเน้นความปลอดภัยของการใช้งานเป็นหลัก ประตูห้องน้ำนั้นสามารถใช้ได้ 3 แบบคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประตูห้องน้ำปกติที่ติดเซนเซอร์จับแรงดัน</li> <li>- ประตูห้องน้ำเปิดออก ที่ตัดส่วนบนออกเป็นแนวเฉียง</li> <li>- ประตูห้องน้ำบานเลื่อน</li> </ul> <p>สุขภัณฑ์ภายในห้องน้ำไม่ควรยื่นท่อด้านนอก ใช้วัสดุที่ทนทาน ก๊อกน้ำควรเป็นระบบเซ็นเซอร์ทั้งหมด ไม่ควรมีสวนคัน โยกที่สามารถดึงออกมาใช้เป็นอาวุธได้ ลูกบิดทั้งหมดควรเปลี่ยนเป็นปุ่มกด ไม่ควรมีสวนอาบน้ำในห้องน้ำ กระจกภายในห้องน้ำควรเป็น โพลีคาร์บอเนตสะท้อนเงาที่ยึดติดกับผนัง และไม่มีการลดระดับของห้องน้ำ วัสดุผิวพื้นควรเป็นวัสดุที่หยาบและไม่ลื่น</p>
- ห้องพักผ่อนเจ้าหน้าที่	<p>เป็นห้องพักของเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยใน ห้องควรมีความเป็นส่วนตัว และควรใกล้กับส่วนทำงาน และควรอยู่ใกล้กับส่วนพักผ่อนของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ</p>

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

#### 4) ส่วนบำบัดจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชผู้มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพจิตและสังคมมักมีปัญหาหรือความบกพร่องทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคม ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียนรู้ตลอดจนทักษะทางสังคม เนื่องจากโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ โรคอารมณ์แปรปรวน โรดจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคย้ำคิดย้ำทำ ดิดเหล่า ดิดยาเสพติด เป็นต้น

ลักษณะทางกายภาพของพื้นที่จะเป็นไปตามกิจกรรมของแต่ละส่วน โดยบางส่วนจะสามารถปรับเปลี่ยนให้ทำกิจกรรมได้หลายชนิด เพื่อความต้องการพื้นที่ที่หลากหลาย การใช้ประโยชน์จากพื้นที่ได้สูงสุด และอีกทั้งยังช่วยเปลี่ยนบรรยากาศของห้องด้วยกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

ผู้ป่วยจะเข้ามาใช้พื้นที่ส่วนบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพนี้เป็นประจำทุกวัน แล้วแต่กิจกรรมของแต่ละบุคคลที่นักกิจกรรมบำบัดหรือจิตแพทย์เป็นคนจัดไว้ บรรยากาศของบริเวณนี้จึงควรเป็นบรรยากาศที่น่าใช้งาน เปิดโล่ง อาจไม่มีการปรับอากาศ หรือปรับอากาศก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละกิจกรรม และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อีกด้วยเนื่องจากในบริเวณนี้ผู้ป่วยจะต้องทำกิจกรรม บางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย หรือขยับเขยื้อนร่างกาย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์รุนแรงได้และก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้บางครั้ง จึงจำเป็นต้องมีห้องปฐมพยาบาลอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อรักษาแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุดังกล่าว

ตารางที่ 4-6 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบำบัดจิตเวช

รายการ	หน้าที่
<b>ส่วนบำบัดจิตเวช</b>	
- ส่วนนันทนาการ	การนันทนาการมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการฝึกอาชีพ เนื่องจากเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของอารมณ์ลง ห้องนันทนาการจะถูกใช้งานเป็นประจำ โดยเฉพาะวันเสาร์ - อาทิตย์ ที่กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจากการทำกิจกรรมในวันจันทร์ - ศุกร์ เพื่อจำลองชีวิตจริงที่ต้องมีการทำงานในวันจันทร์ - ศุกร์ และมีเวลาหยุดในวันเสาร์ - อาทิตย์
- ห้องศิลปะบำบัด	เป็นห้องที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะ เช่น การระบายสี การวาดรูป การทำประติมากรรม เป็นต้น เป็นกิจกรรมที่ได้ทั้งทักษะอาชีพและการฝึกการใช้อารมณ์ของผู้ป่วยด้วย บรรยากาศของห้องควรมีความสนุกสนาน ชวนให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก ทั้งทางกายและทางอารมณ์

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-6 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบำบัดจิตเวช

รายการ	หน้าที่
ส่วนบำบัดจิตเวช	
- ห้องดนตรีบำบัด	เป็นห้องที่สามารถใช้ในการเล่นดนตรีได้หลากหลายประเภท ทั้งดนตรีไทย และดนตรีสากล ประกอบไปด้วย พื้นที่เล่นดนตรี และ ห้องเก็บเครื่องดนตรี
- ห้องครอบครัวบำบัด	เป็นห้องทำกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ไม่ได้มีการใช้งานประจำ เนื่องจากมีเรื่องความสะดวกทำกิจกรรมของญาติมาเกี่ยวข้องด้วย บรรยากาศจะคล้ายคลึงกับห้องบำบัดกลุ่ม ที่ให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยกัน ทำกิจกรรมบางอย่างกัน พื้นที่ ต้องการความยืดหยุ่นต้องการแสงจากธรรมชาติ และบรรยากาศที่อบอุ่น
- ส่วนธรรมชาติบำบัด	เป็นส่วนที่ให้การบำบัดรักษาด้วยธรรมชาติ อาศัยภูมิสถาปัตยกรรมเพื่อจัดภูมิทัศน์โดยรอบให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยได้
- ห้องครัว	เป็นห้องที่ฝึกการประกอบอาหารของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิต ภายในห้องจำเป็นต้องมีการป้องกันอันตรายในระดับสูงเนื่องจากอุปกรณ์ทำครัวส่วนมากเป็น อุปกรณ์ที่หยิบจับง่าย และมีการใช้ไฟในการประกอบอาหารอีกด้วย จำเป็นต้องมีพื้นที่สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ ห้องครัวควรตั้งอยู่ใกล้เคียงกับห้องปฐมพยาบาล เนื่องจากเมื่อเกิดอุบัติเหตุจะสามารถรักษาได้ทันเวลาที่
- ห้องบำบัดกลุ่ม	เป็นห้องที่ตอบสนองกิจกรรมที่เสริมทักษะทางสังคม ทักษะการพูดคุยกับบุคคลอื่น ภายในห้องจะมีบรรยากาศเปิดโล่ง แต่มีความเป็นส่วนตัวอยู่ในระดับหนึ่ง เพื่อให้คนในกลุ่มเล่าเรื่องราวที่มีความเป็นส่วนตัวให้กับบุคคลอื่นรับรู้ และนอกจากนั้นพื้นที่ภายในห้องต้องสามารถปรับเปลี่ยนไปทำกิจกรรมอื่นนอกจากการพูดคุยได้อีกด้วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## ตารางที่ 4-6 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบำบัดจิตเวช

รายการ	หน้าที่
ส่วนบำบัดจิตเวช	
- ห้องบำบัดเดี่ยว	เป็นห้องบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมกับผู้อื่นได้เช่น ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวล หรือโรคย้ำคิดย้ำทำบางประเภท ซึ่งทำให้จิตแพทย์หรือนักกิจกรรมบำบัดต้องทำจิตบำบัดในห้องเดี่ยว ซึ่งบรรยากาศจะคล้ายคลึงกับห้องตรวจหรือห้องสัมภาษณ์ในส่วนบริการทางการแพทย์ คือมีความเป็นส่วนตัวสูง ป้องกันเสียงจากภายใน และมีความปลอดภัย
- ห้องบำบัดด้วยการปลดปล่อย	เป็นอีกวิธีหนึ่งในการบำบัดผู้มีภาวะเครียด หรือต้องการใช้กำลังในการระบายอารมณ์ ด้วยการใช้อำนาจมาก อย่างเช่น Body Combat หรือการทุบทำลาย เขวี้ยงปาข้าวของ
- ห้องบำบัดทัศนวิภาคกรรม	การบำบัดทัศนวิภาคกรรม หรือการฆ่าตัวตาย คือการจำลองสถานการณ์ให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับช่วงจังหวะเวลาที่เข้าใกล้ความตาย จำลองการเขียนจดหมายลาตาย ไปจนถึงการลงไปในอนันในโลงจริง ๆ พร้อมสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงช่วงเวลาแห่งการมีชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป
- ห้องปฐมพยาบาล	การทำกิจกรรมภายใน โครงการทั้งหมดย่อมมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยทางจิต ซึ่งคาดเดาอาการได้ยากกว่าผู้ป่วยทางกาย เพราะฉะนั้นจึงต้องมีห้องปฐมพยาบาลเพื่อเป็นพื้นที่รักษาเบื้องต้นให้กับตัวผู้ป่วยเอง และเจ้าหน้าที่ด้วยในบางครั้ง ห้องปฐมพยาบาลนี้ควรอยู่ใกล้กับบริเวณสาธารณะ เนื่องจากอาจมีอุบัติเหตุที่ร้ายแรง แล้วทำให้ต้องนำตัวส่งโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีส่วนที่เดินทางออกจากโครงการได้สะดวก เพื่อ ไปถึงรพพยาบาลได้โดยง่ายและโดยเร็ว

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 5) ส่วนงานวิชาการ

เป็นส่วนที่เผยแพร่วิชาการสู่สาธารณะโดยตรง ผู้มาติดต่อทุกคนจะต้องผ่านส่วนนี้เป็นส่วนแรก ก่อนเข้ามาใช้งาน โครงการ เนื่องจากการให้ความรู้ทางด้านจิตเวชเป็นเรื่องสำคัญ และเป็นปัญหาของประเทศไทย เรื่องการเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคทางจิต ความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด การเผยแพร่ความรู้ผ่านการจัดนิทรรศการเป็นการช่วยให้ผู้มาติดต่อมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องจิตเวช และช่วยปรับทัศนคติให้ไม่มีอคติกับผู้ป่วยจิตเวช หากผู้มาติดต่อเกิดความสนใจก็สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องจิตเวชได้ได้ในส่วนติดต่อสอบถามซึ่งจะจัดอยู่ในบริเวณใกล้เคียง

ตารางที่ 4-7 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนงานวิชาการ

รายการ	หน้าที่
<b>งานนิทรรศการ</b>	
- โถงนิทรรศการ	เป็นบริเวณเปิดโล่งในส่วนสาธารณะ จัดแสดงงานเกี่ยวกับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการและเกี่ยวกับด้านจิตเวชและจิตวิทยาต่าง ๆ อาจมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้มาติดต่อในบางครั้ง
- ห้องพักเจ้าหน้าที่ดูแลนิทรรศการ	ห้องพักสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในส่วนการจัดนิทรรศการที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลและขนย้ายนิทรรศการ ปรับปรุงซ่อมแซมในบางส่วน
<b>งานเผยแพร่วิชาการ</b>	
- ห้องสัมมนา	เป็นห้องที่ใช้บรรยายให้ความรู้ต่าง ๆ โดยห้องแต่ละขนาดจะรองรับจำนวนคนที่แตกต่างกัน วัสดุที่ใช้ควรคำนึงถึงการควบคุมเสียง เสียงจากผู้บรรยายควรได้ยินทั้งห้อง โดยภายในห้องสามารถปรับเปลี่ยนการใช้งานได้หลากหลายเพื่อการใช้งานนอกเหนือจากการบรรยายให้ความรู้ เช่น การสังสรรค์ประจำปี การทำกิจกรรมกับผู้ป่วย เป็นต้น
- โถงพัก	เป็นบริเวณโถงด้านหน้าของห้องประชุมที่รองรับการพักผ่อนระหว่างการประชุมหรืองานเลี้ยงต่าง ๆ มีขนาดเพียงพอต่อการรองรับการประชุมทั้ง 4 ห้องในเวลาเดียวกัน มีพื้นที่สำหรับจัดอาหารว่างให้กับผู้ร่วมกิจกรรม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-7 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนงานวิชาการ

รายการ	หน้าที่
งานเผยแพร่วิชาการ	
- ห้องเตรียมอาหารว่าง	เป็นห้องที่จัดอาหารว่าง อาจจะเป็นอาหารว่างจากภายในโครงการหรือเป็นอาหารว่างที่สั่งจากภายนอกก็ได้ บริเวณห้องเตรียมอาหารว่างไม่ควรตั้งอยู่ในที่ที่มองเห็นได้ง่าย และมีขนาดใหญ่พอสำหรับพนักงานใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรตั้งอยู่ใกล้เกี่ยวกับส่วนจัดวางอาหารในบริเวณพักผ่อนระหว่างการประชุม

(ที่มา : ผู้จัดทำ)



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 6) ส่วนบริหารโครงการ

เป็นส่วนที่ดูแลการบริหารโครงการทั้งด้านบุคลากร ด้านการเงิน และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในโครงการ เป็นส่วนที่ต้องการความเป็นส่วนตัวที่สุด ไม่ต้องการให้ใครเดินผ่านผู้เข้ามาในส่วนนี้ต้องมีความจำเป็นในการติดต่อเท่านั้น

ตารางที่ 4-8 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริหารโครงการ

รายการ	หน้าที่
- ห้องทำงานผู้อำนวยการ	เป็นส่วนที่ต้องการความเป็นส่วนตัวที่สุดในส่วนบริหารโดยมีส่วนของพื้นที่รองรับแขกด้านหน้าของห้อง และสามารถมองเห็นแผนกต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง ส่วนพื้นที่รับรองแขกควรมีความเชื่อเชิญ และมีบรรยากาศที่ดี มีช่องเปิดมีมองเห็นธรรมชาติและบรรยากาศภาพรวมของโครงการได้
- พื้นที่ทำงาน	เป็นห้องทำงานรวม โดยมีส่วนสนับสนุนคือ ห้องเก็บเอกสาร พื้นที่ติดต่อ ห้องถ่ายเอกสาร และพื้นที่เก็บอุปกรณ์ เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น
- ห้องประชุม	เป็นห้องประชุมที่ใช้ได้หลายกรณี ทั้งการประชุมผู้บริหาร การประชุมแผนกหรือการต้อนรับผู้มาติดต่อบางราย เป็นต้น สามารถเข้าถึงได้จากทุกแผนก และเป็นห้องที่มีการควบคุมเสียง และมีความเป็นส่วนตัว แยกตัวจากส่วนอื่นของแผนก

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 7) ส่วนบริการ

ส่วนบริการอาคารนี้จะเป็นส่วนที่ให้การสนับสนุนการบริการแก่แผนกอื่น ๆ ทุกแผนกตั้งนั้นที่ตั้งของส่วนบริการจึงควรสอดคล้องกับแผนกอื่น ๆ ได้สะดวก โดยให้มีทางบริการไม่ปะปนกับทางสัญจรอื่น ๆ ภายในโครงการ ในขณะที่เดียวกันต้องไม่ให้เกิดเสียงหรือกลิ่นควรรบกวนส่วนอื่น ๆ ของโครงการด้วย

ตารางที่ 4-9 แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการ

รายการ	หน้าที่
- ฝ่ายโภชนาการ	ส่วน โภชนาการนี้จะต้องมีขนาดใหญ่พอเพียงแก่การบริการอาหารแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยตลอดจนบุคคลภายนอกที่จะมาใช้บริการส่วนประชุมสัมมนา และติดต่อสอบถามด้วย ซึ่งในโครงการมีส่วนร้านอาหารจากภายนอกให้บริการอยู่ต่างหาก ปริมาณที่ส่วน โภชนาการรองรับจะลดลงครั้งหนึ่ง ห้องครัวจะจัดอาหารจากห้องเก็บอาหาร ผ่านบริเวณปรุงอาหาร และไปยังบริเวณเสิร์ฟอาหาร โดยทั่วไปครัวจะประกอบไปด้วยห้องเก็บอาหาร ครัวแยกเก็บของเปียกออกจากของทั่วไปห้องแม่ครัว ตู้เย็นสำหรับเก็บเนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ ห้องล้างจานและเก็บจาน บริเวณทานอาหารควรมีเนื้อที่เพียงพอต่อผู้ใช้งานโครงการ
- ส่วนซักรีด	ส่วนซักรีดทำหน้าที่ในการซักรีดเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน เสื้อคลุม รวมถึงซ่อมแซมเสื้อผ้าต่าง ๆ ด้วย ขนาดของห้องขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้และเวลาการทำงานของหน่วยนี้ซึ่งปกติจะต้องซักรีดเสื้อผ้าได้ประมาณ 10 - 12 ปอนด์ต่อผู้ป่วย 1 เตียง ที่ตั้งของส่วนซักรีดควรอยู่ในที่โล่งที่มีบรรยากาศที่ดี อากาศถ่ายเท แต่ต้องไม่เกิดการรบกวนต่อส่วนอื่นของอาคาร เนื่องจากส่วนซักรีดนั้นมีเสียงค่อนข้างดัง จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมเสียงไม่ให้รบกวนส่วนอื่นของอาคารอีกด้วย
- ห้องควบคุมงานระบบ	เป็นห้องควบคุมงานระบบทั้งหมดภายในโครงการ สามารถเข้าถึงได้โดยง่ายจากเจ้าหน้าที่เท่านั้นเพื่อสะดวกต่อการจัดการระบบภายใน โครงการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันขึ้น เช่น อัคคีภัย หรือไฟฟ้าลัดวงจร เป็นต้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-9 (ต่อ) แสดงส่วนประกอบและหน้าที่ของส่วนบริการ

รายการ	หน้าที่
- ห้องงานระบบ	เป็นส่วนรวมห้องงานระบบหลายๆห้องในบริเวณเดียวกัน ทั้งระบบประปา ระบบไฟฟ้าระบบปรับอากาศ ระบบป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น เพื่อความสะดวกในการซ่อมแซมและใช้งาน
- งานระบบรักษาความปลอดภัย	เป็นส่วนงานระบบที่แยกออกมาโดยเฉพาะ เนื่องจากมีความสำคัญที่สุดสำหรับโครงการเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยส่วนต่างๆ เช่น ห้อง CCTV ห้องประชุมแผนงาน ห้องเก็บเอกสาร/วิดีโอจากกล้องวงจรปิด ห้องทำงานเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เป็นต้น

(ที่มา : ผู้จัดทำ)



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 4.3 รายการองค์ประกอบโครงการและพื้นที่ใช้สอย

ตารางที่ 4-10 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริการสาธารณะ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนบริการสาธารณะ</b>							
- โถงต้อนรับ	2	50	1	0.64	-	32.00	
- เคาน์เตอร์ ประชาสัมพันธ์	2	-	1	10.00	-	20.00	
- โทรศัพท์ สาธารณะ	-	-	5	-	0.72	3.60	
- บริการรถเข็น	1	10	1	2.00	20.00	20.00	
<b>รวม</b>						<b>75.60</b>	
+ 30% of Circulation						22.68	
<b>รวมส่วนบริการสาธารณะ</b>						<b>98.28</b>	

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

ตารางที่ 4-11 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนผู้ป่วยนอก

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนผู้ป่วยนอก</b>							
<b>ส่วนต้อนรับ</b>							
- โถงพักคอย	-	50	1	5.00	-	250.00	
- ส่วนทำงาน เจ้าหน้าที่เวช ระเบียน	3	-	1	5.00	15.00	15.00	
- เคาน์เตอร์จ่าย ยาและรับเงิน	4	-	1	-	16.00	16.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
<b>รวมส่วนต้อนรับ</b>						<b>311.00</b>	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-11 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนผู้ป่วยนอก

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับ บริการ		ต่อคน	ต่อ หน่วย	รวม	
<b>ส่วนผู้ป่วยนอก</b>							
<b>จิตเวชฉุกเฉิน</b>							
- โถงรับ	-	10	1	5.00	-	50.00	
- Nurse Station	3	-	1	8.00	24.00	24.00	
- ห้องตรวจจิตเวช	1	1-2	1	-	20.00	20.00	
- ห้องสังเกตอาการ	-	2	1	-	10.00	20.00	
- ห้องกู้ชีพ ล้างพิษ	4	1	1	-	36.00	36.00	
- ห้องพักแพทย์พยาบาล	4	-	1	-	50.00	50.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
- ห้องเก็บอุปกรณ์	-	-	1	-	18.00	18.00	
- ห้องเก็บของ	-	-	1	-	18.00	18.00	
<b>รวมจิตเวชฉุกเฉิน</b>						<b>296.00</b>	
<b>ส่วนตรวจรักษา</b>							
- Nurse Station	3	-	1	8.00	24.00	24.00	
- ห้องสัมภาษณ์	1	1-4	2	-	10.00	20.00	
- ห้องตรวจจิตเวช	1	1-2	6	-	20.00	120.00	
- ห้องทดสอบทางจิตวิทยา	1	1	5	-	20.00	100.00	
- ห้องพักทีมจิตเวช	1	-	1	-	72.00	72.00	
- ห้องทำงานทีมจิตเวช	8	-	1	5.00	40.00	40.00	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-11 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนผู้ป่วยนอก

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับ บริการ		ต่อคน	ต่อ หน่วย	รวม	
<b>ส่วนผู้ป่วยนอก</b>							
<b>ส่วนตรวจรักษา</b>							
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
<b>รวมส่วนตรวจรักษา</b>						<b>436.00</b>	
<b>ส่วนสนับสนุน</b>							
<b>การแพทย์</b>							
- โถงพักคอย	-	10	1	5.00	-	50.00	
- Nurse Station	3	-	1	8.00	24.00	24.00	
- ห้อง Locker	-	5	2	2.00	10.00	20.00	
- ห้อง MRI	4	1	1	-	40.00	40.00	
- ห้อง CT Scan	2	1	1	-	40.00	40.00	
- ห้องควบคุม	-	-	1	-	20.00	20.00	
- ห้องรักษาด้วย ไฟฟ้า	4	1	1	-	35.00	35.00	
- ห้องพักฟื้น	-	2	1	9.00	9.00	18.00	
- ห้องเก็บ	-	-	3	-	18.00	54.00	
<b>อุปกรณ์</b>							
- ห้องทันตกรรม	1	1	1	-	20.00	40.00	
<b>รวม</b>							
- ห้องเก็บของ	-	-	1	-	18.00	18.00	
<b>ทันต-กรรม</b>							
- ห้องพัก เจ้าหน้าที่	4	-	1	-	30.00	30.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
<b>รวมส่วนสนับสนุนทางการแพทย์</b>						<b>224.00</b>	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-11 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนผู้ป่วยนอก

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับ บริการ		ต่อคน	ต่อ หน่วย	รวม	
<b>ส่วนผู้ป่วยนอก</b>							
<b>เภสัชกรรม</b>							
- พื้นที่เก็บยาสำเร็จและเคมีภัณฑ์	-	-	1	-	72.00	72.00	
- พื้นที่ปรุงยา	3	-	1	-	12.00	12.00	
- ห้องเก็บอุปกรณ์	-	-	1	-	20.00	20.00	
- ห้องพักเภสัชกร	3	-	1	3.00	9.00	9.00	
- ห้องทำงานเภสัชกร	3	-	1	6.00	18.00	18.00	
- เคาน์เตอร์จ่ายยา	1	-	1	-	24.00	24.00	
<b>รวมเภสัชกรรม</b>						<b>155.00</b>	
<b>การเงิน</b>							
- เคาน์เตอร์จ่ายเงิน	1	-	1	-	16.00	16.00	
- ห้องการเงิน	2	-	1	-	20.00	20.00	
<b>รวมการเงิน</b>						<b>36.00</b>	
<b>รวม</b>						<b>1,458.00</b>	
<b>+ 30% of Circulation</b>						<b>437.40</b>	
<b>รวมส่วนผู้ป่วยนอก</b>						<b>1,895.40</b>	

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-12 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนผู้ป่วยใน

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับ บริการ		ต่อคน	ต่อ หน่วย	รวม	
<b>ส่วนผู้ป่วยใน</b>							
- ส่วนพักคอย ญาติ	-	10	1	5.00	-	50.00	
- ห้องพักผู้ป่วยคู่	-	2	12	-	35.00	420.00	
- ห้องพักผู้ป่วย เดี่ยว	-	1	32	-	30.00	960.00	
- ห้องสังเกต อาการ	2	1	1	-	28.00	28.00	
- ลาน อเนกประสงค์	-	20	1	-	375.00	375.00	ขนาด สนาม ฟุตบอล
- พื้นที่ รับประทานอาหาร	-	64	1	1.50	-	96.00	
- ห้องเตรียม อาหาร	-	-	1	-	40.00	40.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
- Nurse Station	5	-	3	8.00	40.00	120.00	
- ห้องพักผ่อน เจ้าหน้าที่	2	-	3	-	20.00	60.00	
- ห้องเก็บยา	-	-	1	-	25.00	25.00	
					รวม	2,234.00	
					+30% of Circulation	670.20	
					<b>รวมส่วนการแพทย์ผู้ป่วยใน</b>	<b>2,904.20</b>	

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-13 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบำบัดจิตเวช

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับ บริการ		ต่อคน	ต่อ หน่วย	รวม	
<b>ส่วนบำบัดจิตเวช</b>							
- พื้นที่ อเนกประสงค์	-	60	1	2.00	-	120.00	
- Nurse Station	5	-	1	8.00	40.00	40.00	
- ห้องทดสอบ ความถนัด	1	1	1	-	24.00	24.00	
- ห้อง นันทนาการ	-	12	1	-	40.00	40.00	
- ห้องศิลปะ บำบัด	-	8-16	1	-	48.00	48.00	
- ห้องดนตรี บำบัด	-	8-10	1	-	48.00	48.00	
- ห้องครอบครัว บำบัด	1	4	2	-	20.00	40.00	
- ห้องบำบัดกลุ่ม	4	15	2	-	60.00	60.00	
- ห้องบำบัด เดี่ยว	1	1	2	-	25.00	50.00	
- ห้องบำบัดด้วย การปลดปล่อย	1	4	1	-	72.00	72.00	
- ห้องเก็บ อุปกรณ์	-	-	1	-	18.00	18.00	
- ห้องเก็บเศษ วัสดุ	-	-	1	-	18.00	18.00	
- ห้องบำบัดอัต นวิบาทกรรม	1	15	1	-	120.00	120.00	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-13 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบำบัดจิตเวช

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนบำบัดจิตเวช</b>							
- ห้องปฐมพยาบาล	2	2	1	-	25.00	25.00	เตียงปฐมพยาบาล 2 เตียง
- ห้องพักผ่อนเจ้าหน้าที่	5	-	1	-	20.00	20.00	
- ห้องเก็บของ	-	-	1	-	18.00	188.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
					<b>รวม</b>	<b>991.00</b>	
					+ 30% of Circulation	297.30	
					<b>รวมส่วนบำบัดจิตเวช</b>	<b>1,288.30</b>	

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

ตารางที่ 4-14 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนงานวิชาการ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนงานวิชาการ</b>							
งานนิทรรศการ							
- โถงนิทรรศการ	-	50	1	-	120.00	120.00	
- ห้องเตรียมนิทรรศการ	1	-	1	-	30%	40.00	30 % นิทรรศการ
- ห้องพักผ่อนเจ้าหน้าที่	2	-	1	-	20.00	20.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
					<b>รวมงานนิทรรศการ</b>	<b>287.00</b>	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-14 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนงานวิชาการ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับ บริการ		ต่อคน	ต่อ หน่วย	รวม	
<b>ส่วนงานวิชาการ</b>							
<b>งานเผยแพร่ วิชาการ</b>							
- ห้องสัมมนา ขนาด 50 ที่นั่ง	2	50	2	2.00	100.00 + 20.00	240.00	เวที 8 × 2.5 ม. = 20 ม <sup>2</sup>
- ห้องเตรียม สัมมนา	2	-	2	-	20.00	40.00	
- ห้องเตรียม อาหารว่าง	2	-	1	5.00	10.00	10.00	
- ห้องอบรม ขนาด 20 ที่นั่ง	2	20	2	2.00	40.00 + 20.00	120.00	
- ห้องสมุด	1	-	1	-	200.00	200.00	
- ห้องเก็บของ	-	-	1	-	18.00	18.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
<b>รวมงานเผยแพร่วิชาการ</b>						<b>688.00</b>	
<b>รวม</b>						<b>975.00</b>	
<b>+ 30% of Circulation</b>						<b>292.50</b>	
<b>รวมส่วนงานวิชาการ</b>						<b>1,267.50</b>	

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-15 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริหาร โครงการ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับ บริการ		ต่อคน	ต่อ หน่วย	รวม	
<b>ส่วนบริหารโครงการ</b>							
- โถงทางเข้า และส่วน ติดต่อ สอบถาม	2	-	1	-	85.00	85.00	
- ห้อง ผู้อำนวยการ	1	-	2	-	75.00	150.00	
- ห้องรอง ผู้อำนวยการ	1	-	2	-	30.00	60.00	
- พื้นที่ทำงาน	20	-	1	5.00	-	80.00	
- ส่วนพักผ่อน	5	-	1	6.00	-	30.00	
- ห้องประชุม	10	-	2	-	50.00	100.00	
- ห้องเก็บของ	-	-	1	-	18.00	18.00	
- ห้องถ่าย เอกสาร	-	-	1	-	5.00	5.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
					<b>รวม</b>	<b>588.00</b>	
					+ 30% of Circulation	176.40	
					<b>รวมส่วนบริหารโครงการ</b>	<b>764.40</b>	

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-16 แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริการ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนบริการ</b>							
<b>โถงนากการ</b>							
- ห้องทำงานนักโถงนากการ	1	-	1	-	30.00	30.00	
- กรั้ว	4	-	1	-	25%	56.00	25% ของพื้นที่ทานอาหาร
- ห้องเก็บอาหารสด	-	-	1	-	30.00	30.00	
- ห้องเก็บอาหารแห้ง	-	-	1	-	20.00	20.00	
- ส่วนล้างจาน - ภาชนะ	1	-	1	-	5%	12.00	5% ของพื้นที่ทานอาหาร
- ส่วนเก็บของ	-	-	1	-	18.00	18.00	
- พื้นที่ทิ้งขยะ	-	-	1	-	5%	2.80	5% ของพื้นที่กรั้ว
- ส่วนรับ - ส่งอาหาร	-	-	1	-	20.00	20.00	
- ห้องอาหาร	64	85	1	1.5	223.50	223.50	
<b>รวมโถงนากการ</b>						<b>412.30</b>	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-16 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริการ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนบริการ</b>							
<b>ซักรีด</b>							
- ส่วนรับ - ส่ง ผ้า	1	-	1	-	30.00	30.00	
- พื้นที่เครื่องซัก ผ้า	-	-	1	-	50.00	50.00	
- พื้นที่เครื่องอบ ผ้า	-	-	1	-	25.00	25.00	
- พื้นที่พับ - รีด ผ้า	-	-	1	-	25.00	25.00	
- ส่วนเก็บผ้า สกปรก	-	-	1	-	30.00	30.00	
- ส่วนเก็บผ้า สะอาด	-	-	1	-	30.00	30.00	
<b>รวมซักรีด</b>						<b>190.00</b>	
<b>ซ่อมบำรุง</b>							
- Workshop	3	-	1	-	65.00	65.00	
- ห้องทำงาน เจ้าหน้าที่	3	-	1	15.00	-	45.00	
- พื้นที่เก็บของ	-	-	1	-	40.00	40.00	
<b>รวมซ่อมบำรุง</b>						<b>150.00</b>	
<b>รักษาความสะอาด</b>							
- ห้องเก็บ เครื่องมือ	-	-	1	-	10.00	10.00	
<b>รวมรักษาความสะอาด</b>						<b>10.00</b>	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-16 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริการ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนบริการ</b>							
<b>รักษาความปลอดภัย</b>							
- ห้องควบคุมระบบรักษาความปลอดภัย	-	-	1	-	25.00	25.00	
<b>รวมรักษาความปลอดภัย</b>						<b>25.00</b>	
<b>พัสดุกลาง</b>							
- ห้องทำงานเจ้าหน้าที่	1	-	1	-	20.00	20.00	
- ส่วนตรวจสอบพัสดุ	1	-	1	-	20.00	20.00	
- Loading Deck	-	-	1	-	20.00	20.00	
- ห้องเก็บของ	-	-	1	-	60.00	60.00	
<b>รวมพัสดุกลาง</b>						<b>120.00</b>	
<b>เจ้าหน้าที่</b>							
- ห้องพักเจ้าหน้าที่	12	-	1	3.00	-	35.00	
- ห้อง Locker	18	-	2	1.00	18.00	36.00	
- ห้องน้ำ	-	-	2	-	30.00	60.00	
<b>รวมเจ้าหน้าที่</b>						<b>131.00</b>	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4-16 (ต่อ) แสดงรายละเอียดองค์ประกอบและพื้นที่ใช้สอยส่วนบริการ

รายการ	ผู้ใช้งาน (คน)		จำนวน (หน่วย)	พื้นที่ (ตร.ม.)			หมายเหตุ
	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ		ต่อคน	ต่อหน่วย	รวม	
<b>ส่วนบริการ</b>							
<b>เทคนิคประกอบอาคาร</b>							
- ห้องงานระบบอาคาร (BAS)	-	-	1	-	20.00	20.00	
- Transformer	-	-	1	-	25.00	25.00	
- MDB/EMDB	-	-	2	-	30.00	60.00	
- Generator Room	-	-	1	-	25.00	25.00	
- Air Cooled Chiller	-	-	2	-	15.00	30.00	
- Water Tank	-	-	1	-	25.00	25.00	
- Pump Room	-	-	1	-	9.00	9.00	
- Fire Protection Tank	-	-	1	-	10.00	10.00	
- Water Treatment	-	-	1	-	9.00	9.00	
- Recycle Water Tank	-	-	1	-	10.00	10.00	
- Irrigation Tank	-	-	1	-	10.00	10.00	
<b>รวมเทคนิคประกอบอาคาร</b>						<b>208.00</b>	
<b>รวม</b>						<b>1,243.30</b>	
<b>+ 30% of Circulation</b>						<b>373.90</b>	
<b>รวมส่วนบริการ</b>						<b>1,620.20</b>	

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

#### 4.4 สรุปพื้นที่ใช้สอยรวมขององค์ประกอบโครงการ

เมื่อศึกษารายละเอียดรวมทั้งคำนวณพื้นที่ใช้สอยที่จำเป็นสำหรับองค์ประกอบทั้งหมดในโครงการแล้ว จึงสามารถสรุปรวมพื้นที่แบ่งเป็นสัดส่วนได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4-17 สรุปพื้นที่ใช้สอยทั้งโครงการ

รายการ	พื้นที่ (ตร.ม.)
- ส่วนบริการสาธารณะ	98.28
- ส่วนผู้ป่วยนอก	1,895.40
- ส่วนผู้ป่วยใน	2,904.20
- ส่วนบำบัดจิตเวช	1,288.30
- ส่วนงานวิชาการ	1,267.50
- ส่วนบริหารโครงการ	764.40
- ส่วนบริการ	1,620.20
<b>รวม</b>	<b>9,838.28</b>

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

และสามารถคำนวณหาพื้นที่จอดรถภายในโครงการได้ 2 วิธี

- จากพรบ.สถานพยาบาล กำหนดให้มีที่จอดรถ 1 คัน ต่อเตียงผู้ป่วย 3 เตียงเพราะฉะนั้น

$$\text{จำนวนที่จอดรถ} = \frac{64 \text{ เตียง}}{3} = 21 \text{ คัน}$$

- จากข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2544 กำหนดให้มีที่จอดรถ 1 คันต่อพื้นที่โครงการ 120 ตร.ม. เพราะฉะนั้น

$$\text{จำนวนที่จอดรถ} = \frac{9,838.28}{120} = 82 \text{ คัน}$$

จากการพิจารณาจึงเลือกวิธีที่ 2 = 82 คัน ซึ่งสามารถแจกแจงได้ดังนี้

ตารางที่ 4-18 ตารางแสดงพื้นที่และจำนวนที่จอดรถในโครงการ

รายการ	จำนวน	พื้นที่ต่อคัน (ตร.ม.)	รวม (ตร.ม.)
จอดรถทั่วไป	60	12.50	750.00
จอดรถเจ้าหน้าที่	22	12.50	275.00
จอดรถบริการ	2	18.00	32.00
จอดรถจักรยานยนต์	40	2.40	96.00
		<b>รวม</b>	<b>1,153.00</b>
		+ 50% of Circulation	576.50
		<b>รวมพื้นที่จอดรถ</b>	<b>1,729.50</b>

(ที่มา : Time-Saver Standard ,Neufert Architect's Data, Design Guide Mental Health Facilities)

ดังนั้นสามารถสรุปพื้นที่รวมทั้งโครงการได้  $9,838.28 + 1,729.50 = 11,567.78$  ตร.ม.

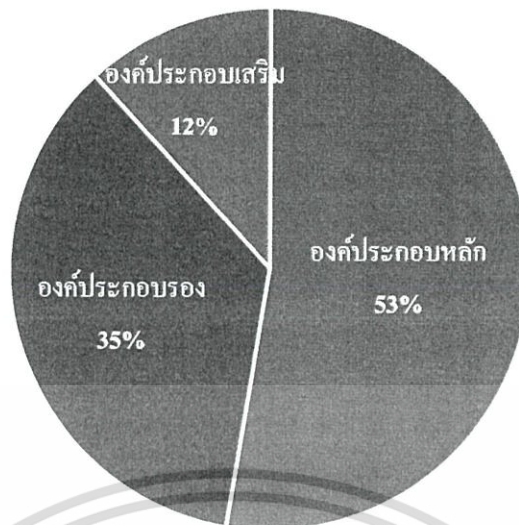
โดยพื้นที่รวมทั้งหมด 11,567.78 ตร.ม. แบ่งเป็นองค์ประกอบ 8 ส่วนได้ตามแผนภูมิวงกลมดังนี้



รูปที่ 4-1 แผนภูมิแสดงอัตราส่วนพื้นที่ใช้สอยในโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

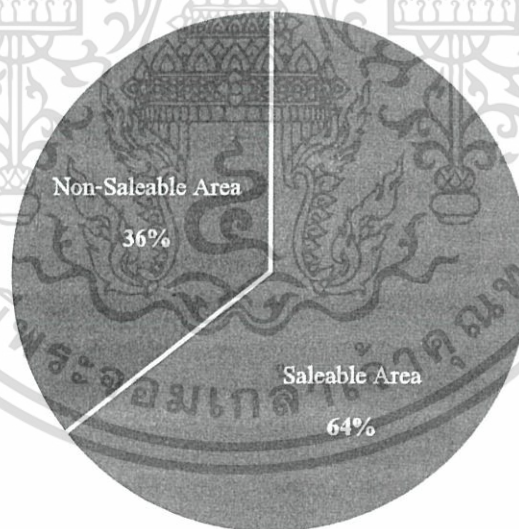
สามารถแบ่งออกเป็นองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบรอง และองค์ประกอบเสริม ได้ดังนี้

- องค์ประกอบหลัก : ส่วนผู้ป่วยนอก , ส่วนผู้ป่วยใน , ส่วนบำบัดจิตเวช
- องค์ประกอบรอง : ส่วนบริหารโครงการ , ส่วนบริการ , ที่จอดรถ
- องค์ประกอบเสริม : ส่วนบริการสาธารณะ , ส่วนงานวิชาการ



รูปที่ 4-2 แผนภูมิแสดงอัตราส่วนองค์ประกอบหลัก, องค์ประกอบรอง และองค์ประกอบเสริมในโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

สามารถสรุปได้ว่าโครงการมีพื้นที่ขายเพื่อทำกำไรจากส่วนที่เป็นองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบเสริม เท่ากับ  $6,087.90 + 1,365.78 = 7,453.68$  ตร.ม. และโครงการมีพื้นที่อื่น ๆ ที่ไม่ทำกำไรเท่ากับ  $4,114.10$  ตร.ม. ดังแสดงเป็นอัตราส่วนดังแผนภูมิดังนี้



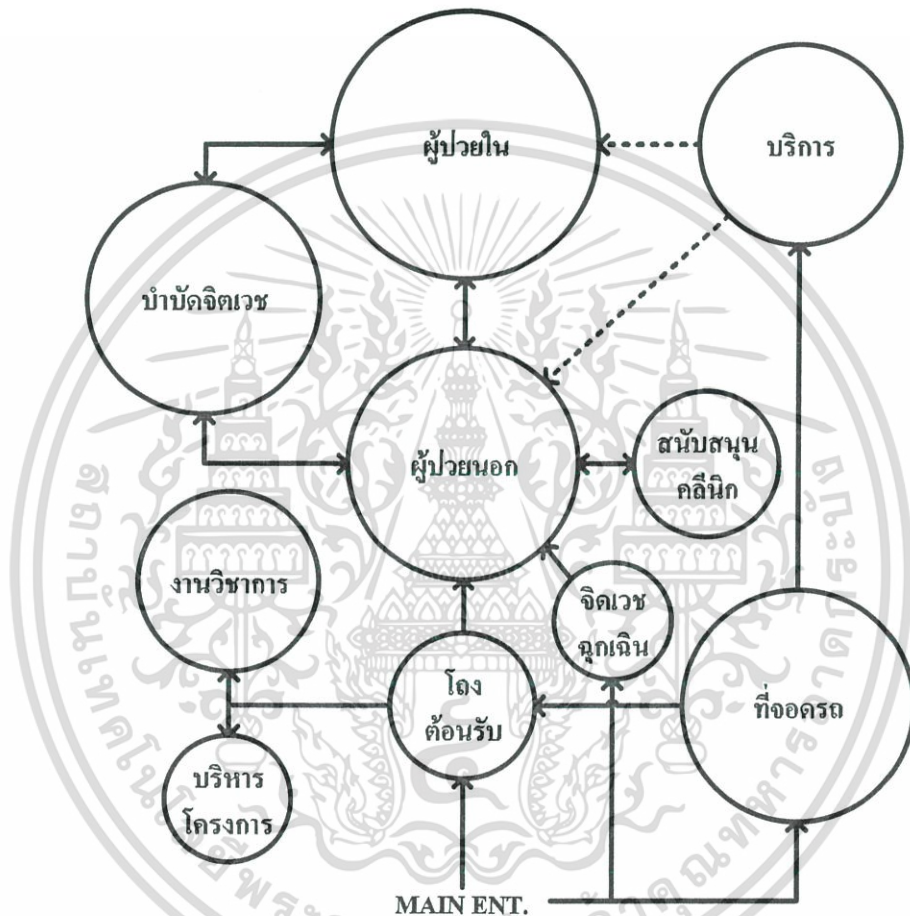
รูปที่ 4-3 แผนภูมิแสดงอัตราส่วนพื้นที่ขายภายในโครงการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

#### 4.5 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบโครงการ

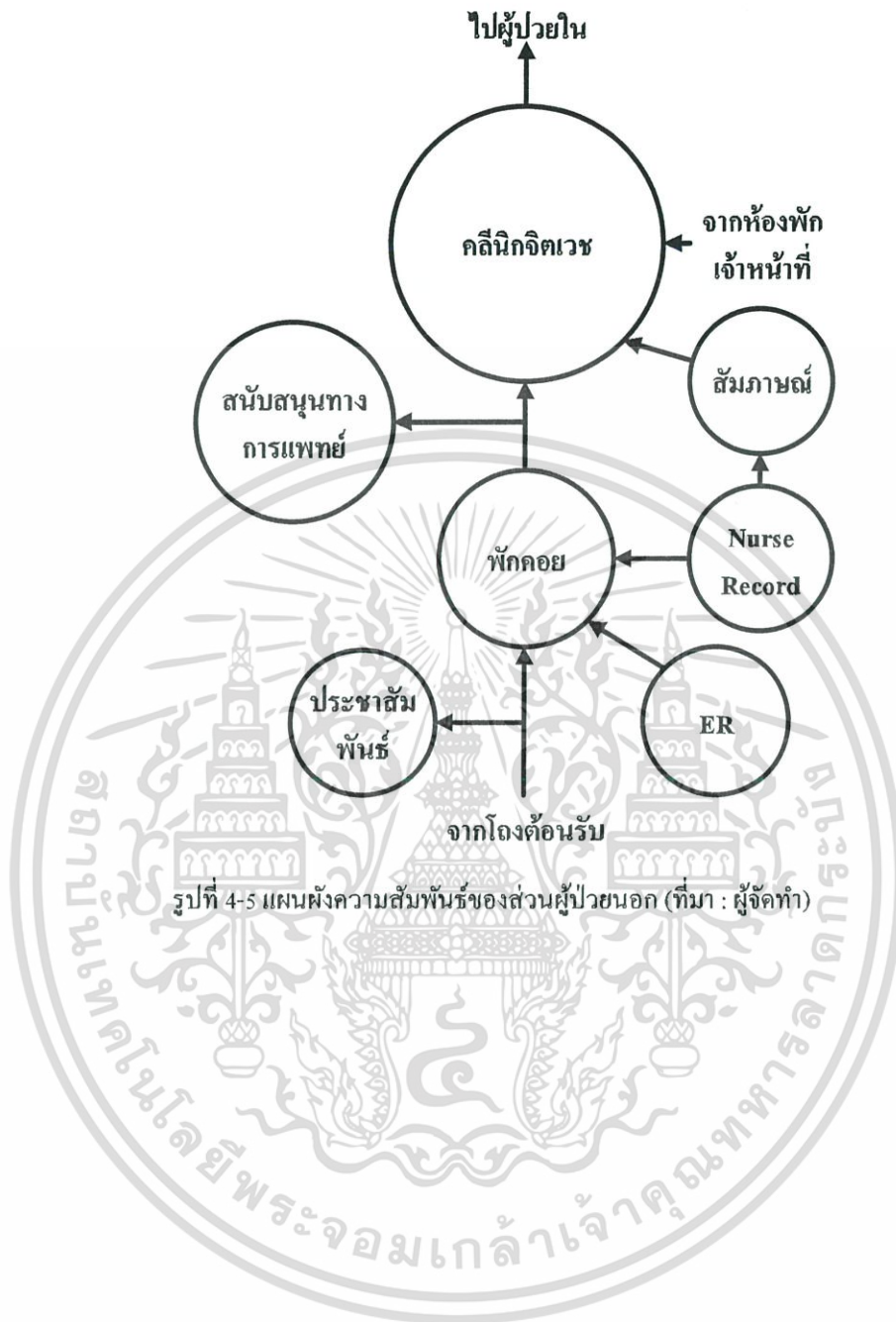
เนื่องจากในแต่ละส่วนของโครงการมีการใช้งานที่แตกต่างกัน ทั้งในส่วนของลักษณะและประเภทผู้ใช้งาน รวมถึงช่วงเวลาการใช้งานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการเชื่อมต่อนั้นที่ใช้อยู่ที่จะส่งผลไปยังการบำบัดรักษาที่ได้ผล จึงแสดงออกมาในรูปลักษณะ Relationship Diagram โดยสามารถแยกส่วนการใช้งานได้ดังนี้

##### 1) ความสัมพันธ์องค์รวม



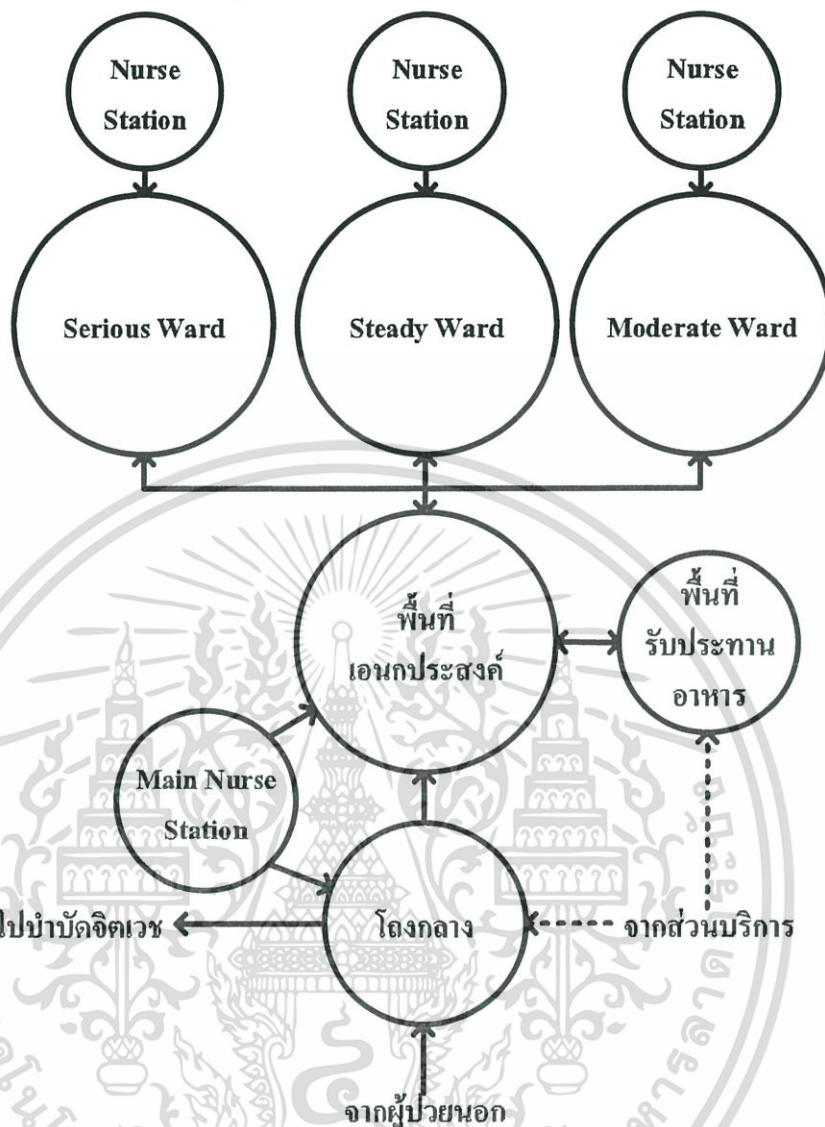
รูปที่ 4-4 แผนผังความสัมพันธ์องค์รวม (ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 2) ความสัมพันธ์ของส่วนผู้ป่วยนอก



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

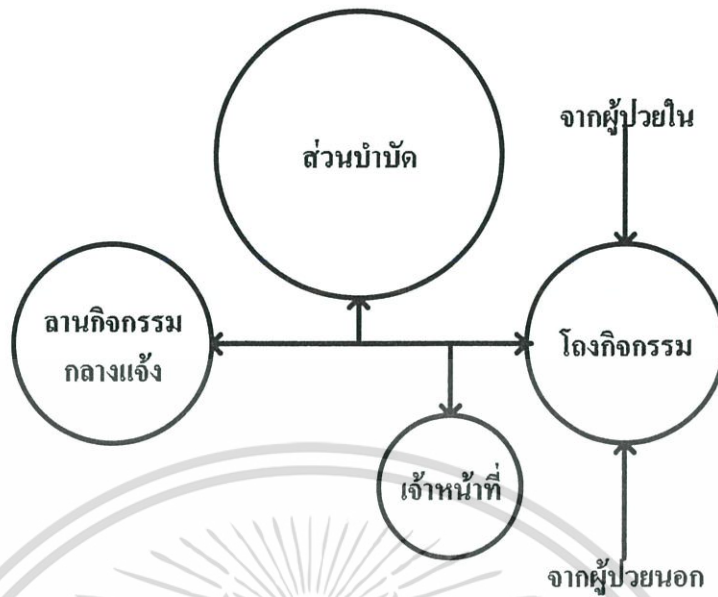
3) ความสัมพันธ์ของส่วนผู้ป่วยใน



รูปที่ 4-6 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนผู้ป่วยใน (ที่มา : ผู้จัดทำ)

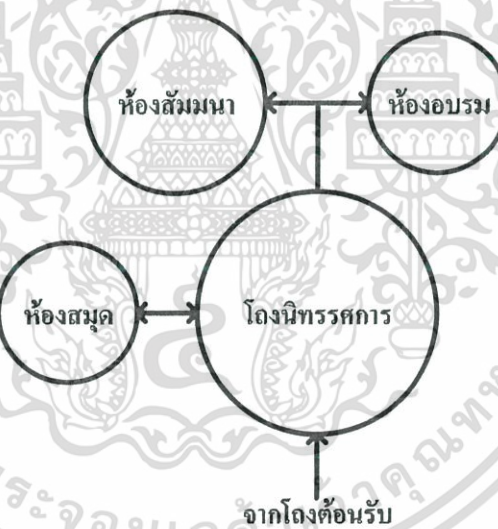
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 4) ความสัมพันธ์ของส่วนบำบัดจิตเวช



รูปที่ 4-7 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนบำบัดจิตเวช (ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 5) ความสัมพันธ์ของส่วนงานวิชาการ



รูปที่ 4-8 แผนผังความสัมพันธ์ของส่วนวิชาการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



## บทที่ 5

### การกำหนดและวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ

ที่ตั้งโครงการนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จ การศึกษาและกำหนดที่ตั้งโครงการจึงจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์เพื่อชี้วัดถึงความเหมาะสม เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมเป็นลำดับขั้น โดยทำการวิเคราะห์ความเหมาะสมตั้งแต่ในระดับมหภาค ไปจนถึงระดับจุลภาค เพื่อเลือกสรรพื้นที่ที่เหมาะสมที่สุดในการตั้งโครงการ

#### 5.1 การเลือกที่ตั้งโครงการระดับภูมิภาค (มหภาค)

จากรายงานผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัดปี 2556 พบว่ากรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชสูง โดยจากประชากร 5,686,252 คน พบว่ามีผู้ป่วยเข้าข่ายจำนวน 212,795 คน โดยคิดเป็นอัตราส่วนต่อจำนวนประชากร 100,000 คนจะเท่ากับ 3,742.27 คน

ตารางที่ 5-1 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2556 (หน่วยนับ : คน)

จังหวัดในเขตตรวจสาธารณสุข	ประชากรกลางปี	รวมทั้งหมด	
	1 ก.ค. 2556	จำนวน	อัตรา
กรุงเทพมหานครที่มาจากหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต	5,686,252	212,795	3,472.72
เขต 1	5,698,957	245,264	4,303.66
เขต 2	3,446,834	162,311	4,708.99
เขต 3	2,680,164	85,041	3,172.95
เขต 4	3,636,615	104,233	2,866.21
เขต 5	1,587,161	36,960	2,328.69
เขต 6	3,423,294	68,295	1,995.01
เขต 7	1,704,931	30,850	1,809.46
เขต 8	3,215,025	64,964	2,020.64
เขต 9	2,799,844	72,782	2,599.50
เขต 10	3,634,485	78,262	2,153.32
เขต 11	3,173,514	59,125	1,865.91

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 5-1 (ต่อ) ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2556 (หน่วยนับ : คน)

จังหวัดในเขตตรวจสาธารณสุข	ประชากรกลางปี	รวมทั้งหมด	
	1 ก.ค. 2556	จำนวน	อัตรา
เขต 12	4,046,257	81,443	2,012.80
เขต 13	6,707,519	134,170	2,000.29
เขต 14	4,213,632	88,560	2,101.75
เขต 15	1,704,882	46,273	2,714.15
เขต 16	2,695,907	83,053	3,080.71
เขต 17	1,079,832	15,293	1,416.24
เขต 18	1,951,121	26,320	1,348.97
เขต 19	1,699,683	37,064	2,180.64
<b>รวมทั้งประเทศ</b>	<b>64,785,909</b>	<b>1,734,410</b>	<b>2,677.14</b>

(ที่มา : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-19 และศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต)

ดังนั้นจังหวัดกรุงเทพมหานครจึงมีความเหมาะสม ที่จะเกิด โครงการ โรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรองรับความต้องการการบริการด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันและอนาคต

## 5.2 การเลือกที่ตั้งโครงการระดับย่าน

ในการพิจารณาเลือกที่ตั้งโครงการในระดับย่านนั้น สามารถพิจารณาย่านที่ตั้งจากข้อกำหนดผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร ที่ระบุข้อกำหนดและแนวทางการใช้ประโยชน์ที่ดิน ทำให้สามารถกำหนดขอบเขตการพิจารณาในเกณฑ์ด้านสภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการและ ความเหมาะสมทางด้านลักษณะประชากรได้



รูปที่ 5-1 ผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2558 (ที่มา : กฎกระทรวงให้ใช้บังคับผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จำนวนประชากร และความหนาแน่น ในเขตกรุงเทพมหานคร  
เรียงตามจำนวนประชากรรวม (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557)

ลำดับ	เขต	ประชากร (คน)			ความหนาแน่นต่อตารางกิโลเมตร	ความหนาแน่นประชากรต่อบ้าน
		รวม	ชาย	หญิง		
1	สายไหม	194,511	91,547	102,964	4,360	2.10
2	บางเขน	191,988	89,851	102,115	4,318	2.41
3	บางเขน	190,858	90,980	99,899	4,526	1.96
4	คลองสามวา	178,958	84,978	93,982	1,617	2.44
5	บางขุนเทียน	173,144	82,163	90,961	1,435	2.15
6	ลาดกระบัง	168,309	80,628	87,681	1,359	2.09
7	ดอนเมือง	168,187	83,909	84,288	4,570	2.43
8	บรเวศ	166,364	78,671	87,693	3,169	2.11
9	หนองจอก	162,598	79,435	83,163	688	2.86
10	จตุจักร	160,388	75,228	85,138	4,873	1.81
11	จอมทอง	158,030	74,894	81,136	5,941	2.44
12	หนองแขม	153,178	71,781	81,394	4,276	2.67
13	บางกะปิ	148,884	67,974	80,990	5,223	1.52
14	บึงกุ่ม	145,514	66,737	78,777	5,966	2.10
15	มีนบุรี	139,771	65,915	73,856	2,196	2.57
16	ราชเทวี	129,238	60,885	68,353	7,247	2.50
17	บางซื่อ	126,995	61,014	67,981	11,173	2.36
18	ดินแดง	127,205	59,275	67,930	15,233	2.24
19	ลาดพร้าว	122,196	55,637	66,559	5,515	2.29
20	พญาไท	119,248	56,184	63,065	3,882	2.50
21	สวนหลวง	118,371	54,805	63,566	4,999	1.80
22	บางกอกน้อย	116,853	55,677	60,776	9,787	2.48
23	ธนบุรี	115,930	54,539	60,797	13,487	2.28
24	วังทองหลาง	114,248	52,489	61,758	5,930	1.96
25	หลักสี่	107,797	51,480	56,317	4,719	2.24
26	คลองเตย	107,221	51,568	55,653	8,252	1.67
27	บางบอน	107,149	51,309	55,831	3,084	2.22
28	คลองสาม	105,857	49,911	55,946	3,591	2.69
29	ดุสิต	104,394	55,627	48,767	9,799	3.23
30	บางพลัด	96,787	44,738	52,049	6,526	2.11
31	บางนา	94,318	44,408	49,907	5,020	1.66
32	สะพานสูง	92,736	42,817	49,918	3,207	2.66
33	พระโขนง	92,448	42,558	49,890	6,610	1.86
34	บางคอแหลม	92,273	44,186	48,086	6,448	2.53
35	คันนายาว	92,094	42,950	49,144	3,545	2.31
36	ราชบุรี	84,881	40,759	44,122	5,578	2.48
37	วัฒนา	83,529	39,991	44,129	6,647	1.29
38	สาทร	82,432	39,185	43,247	8,639	2.08
39	ยานนาวา	80,843	38,378	42,465	4,852	1.64
40	ห้วยขวาง	80,002	36,551	43,451	5,322	1.23
41	พระโขนง	77,121	35,973	41,148	1,536	2.46
42	คลองสาน	76,324	36,192	40,032	12,432	2.01
43	ราชเทวี	73,790	36,411	38,379	10,355	1.67
44	พญาไท	72,203	35,841	36,362	7,525	1.84
45	บางกอกใหญ่	70,003	33,082	36,921	11,327	2.81
46	พระนคร	65,373	26,995	28,678	10,002	2.88
47	ปทุมวัน	61,587	23,738	27,819	6,180	1.86
48	ป้อมปราบศัตรูพ่าย	49,280	23,950	25,330	25,520	2.52
49	นารายณ์	48,472	21,881	24,591	6,395	1.73
50	สัมพันธวงศ์	26,359	12,790	13,569	18,615	1.99
รวม		5,892,284	2,895,519	2,996,765	3,829	2.13

แหล่งข้อมูล : 1. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

2. กองสำรวจและแผนที่ สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร

4 สถิติ 2557 กรุงเทพมหานคร

รูปที่ 5-2 แสดงความหนาแน่นของประชากร/ตร.กม. ในแต่ละเขตของกรุงเทพมหานคร  
(ที่มา : สถิติกรุงเทพมหานคร 2557)

จากการพิจารณาความหนาแน่นของประชากรต่อตารางกิโลเมตรในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยอาศัยข้อมูลสถิติกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557 โดยคาดการณ์ความหนาแน่นของประชากรไม่

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับกรใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

น้อยกว่า 3,000 คน/ตร.กม. แต่ไม่เกิน 4,500 คน/ตร.กม. ซึ่งเป็นช่วงความหนาแน่นน้อย - ปานกลาง จึงได้พื้นที่คาดว่าจะมีความเหมาะสมดังนี้

ตารางที่ 5-2 แสดงพื้นที่ที่ได้พิจารณาว่ามีความเหมาะสมในระดับย่าน

- เขตสายไหม	- เขตบางแค	- เขตประเวศ
- เขตหนองแขม	- เขตทุ่งครุ	- เขตบางบอน
- เขตตลิ่งชัน	- เขตสะพานสูง	- เขตคันนายาว

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

จากนั้นจึงใช้เกณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้มาประกอบการพิจารณาย่านที่ตั้งโครงการดังนี้

- 1) ด้านสิ่งแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ ซึ่งจะต้องเป็นบริเวณที่มีมลภาวะ มีบรรยากาศเสียสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน มีความเป็นส่วนตัว มีสภาพอากาศปลอดโปร่ง
- 2) ด้านการเข้าถึงโครงการที่สะดวก อาจพิจารณาจากแผนพัฒนาระบบคมนาคมในอนาคตอันใกล้
- 3) ด้านความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวช โดยจะต้องอยู่ในบริเวณที่เดินทางจากโรงพยาบาลได้สะดวกสำหรับกำลังเสริมแพทย์รวมถึงการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
- 4) ด้านการแข่งขัน ซึ่งจะต้องไม่มีคู่แข่งโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการด้านจิตเวชในบริเวณเดียวกัน

โดยจะให้คะแนนความเหมาะสมของย่านตั้งแต่ 1 (เหมาะสมน้อย) – 4 (เหมาะสมมาก)

ตารางที่ 5-3 แสดงคะแนนความเหมาะสมของย่าน

ย่าน	เกณฑ์				รวม
	1)	2)	3)	4)	
เขตสายไหม	1	2	3	2	8
เขตบางแค	2	2	1	1	6
เขตประเวศ	1	1	1	4	7
เขตหนองแขม	2	1	3	3	9
เขตทุ่งครุ	2	1	3	2	8
เขตบางบอน	2	1	1	4	8
เขตตลิ่งชัน	2	3	2	4	11
เขตสะพานสูง	1	2	1	4	8
เขตคันนายาว	2	1	3	1	7

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

(ที่มา : สถิติกรุงเทพมหานคร 2557 ,รายงานสถานการณ์คุณภาพอากาศ กรุงเทพมหานคร 2559 ,Google Maps)

สามารถสรุปได้ว่าย่านที่เหมาะสมสำหรับโครงการคือ เขตตลิ่งชัน เนื่องจากมีความหนาแน่นของประชากรที่ไม่มากไม่น้อยเกินไป (3,591 คน/ตร.กม.) ปลอดภัยและยังมีพื้นที่สีเขียวอยู่พอสมควร

ในด้านความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลรัฐเพื่อตั้งกำลังเสริมแพทย์ หรือรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ก็มีโรงพยาบาลศิริราชที่มีจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และมีสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นสถาบันนิติจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยทั้งสองแห่งสามารถเดินทางมาถึงบริเวณพื้นที่โครงการได้ภายใน 20-30 นาที และในด้านการแข่งขัน บริเวณตลิ่งชันยังไม่มีโรงพยาบาลเอกชนใดที่ให้บริการด้านจิตเวชเลย



รูปที่ 5-3 แผนที่กรุงเทพมหานคร เน้นเขตตลิ่งชัน (ที่มา : th.wikipedia.org)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 5.3 การเลือกที่ตั้งโครงการระดับที่ตั้ง (จุดภาค)

เมื่อได้ทราบว่าย่านที่ตั้งโครงการคือเขตใดแล้ว จึงสามารถดำเนินการเลือกที่ตั้งที่เหมาะสมของโครงการได้ แล้วจะสามารถตัดสินใจเลือกที่ตั้งโครงการได้โดยใช้เกณฑ์ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้มาประกอบการพิจารณาที่ตั้งโครงการ

#### 5.3.1 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกที่ตั้งโครงการ

โครงการโรงพยาบาลจิตเวช เป็นโครงการที่จำเป็นต้องอาศัยทัศนียภาพและสภาพแวดล้อมที่ดี เพื่อส่งเสริมให้โครงการสมบูรณ์และมีศักยภาพในการรักษา ทั้งยังต้องตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพจิต และการบริการความรู้แก่ประชาชนตามวัตถุประสงค์ของโครงการ จึงส่งต่อเกณฑ์ในการเลือกที่ตั้งโครงการดังนี้

##### 1) รูปร่างและขนาดของที่ดิน

แนวทางการออกแบบโรงพยาบาลจิตเวชคือการสร้างมีบรรยากาศเสมือนบ้านพักอาศัย ดังนั้นการวางอาคารควรไปในแนวราบ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้พื้นที่ดินมาก และมีที่โล่งมากพอสำหรับทำกิจกรรมบำบัดรักษาต่าง ๆ และมีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ซึ่งในแง่การออกแบบ จะได้เปรียบกว่าที่ดินรูปร่างไม่เป็นระเบียบ

#### 5.4 ในแง่ของขนาดที่ดิน จำเป็นที่จะต้องมีความสามารถรองรับขนาดของโครงการที่จะเป็นอาคารแนวราบได้ โดยโครงการมีขนาด 11,567.78 ตร.ม. (จากการศึกษาองค์ประกอบของโครงการในบทที่ 4 สรุปพื้นที่ใช้สอยรวมขององค์ประกอบโครงการ

เมื่อศึกษารายละเอียดรวมทั้งคำนวณพื้นที่ใช้สอยที่จำเป็นสำหรับองค์ประกอบทั้งหมดในโครงการแล้ว จึงสามารถสรุปรวมพื้นที่แบ่งเป็นสัดส่วนได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4-17) ซึ่งที่ตั้งของโครงการอาจจะต้องมีขนาดที่ดินประมาณ 15,000.00 – 25,000.00 ตร.ม. เพื่อสามารถเหลือพื้นที่โล่งสำหรับจัดภูมิทัศน์ด้วย

##### 2) สภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ

ควรตั้งอยู่ในย่านที่พักอาศัยหนาแน่นน้อย ไม่แออัดจนเกินไป แต่ก็ไม่น้อยเกินไป ไม่อยู่ใกล้สถานบันเทิงที่ก่อให้เกิดมลภาวะ มีบรรยากาศเงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน มีความเป็นส่วนตัว มีสภาพอากาศปลอดโปร่งส่งผลดีต่อการบำบัดฟื้นฟู

##### 3) การเข้าถึงที่ตั้งโครงการ

ต้องมีความสะดวกและคล่องตัว สามารถติดต่อกับบริเวณอื่นได้โดยง่ายและสะดวกในการเดินทางของทั้งผู้ป่วย,ญาติ และเจ้าหน้าที่ภายในโครงการ ควรอยู่ใกล้ถนนหลัก ตำแหน่งทางขึ้นลงทางด่วน สถานีรถไฟหรือรถไฟฟ้าใต้ดิน

##### 4) ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลรัฐ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ควรพิจารณาถึงสถานที่ตั้งที่อยู่ในบริเวณของโรงพยาบาลของรัฐที่มีอยู่แล้ว เพื่อความสะดวกในการอาศัยกำลังแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐมาช่วยเสริมคณะแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนให้เข้มแข็ง ในขณะที่เดียวกันก็สามารถส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลของรัฐมา Admit ในโรงพยาบาลเอกชนได้เช่นกัน

#### 5) การแข่งขัน

ในการแข่งขันกับโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่แล้วในพื้นที่ให้บริการเดียวกันนั้น อาจพิจารณาแต่เฉพาะโรงพยาบาลเอกชนด้วยกัน เนื่องจากเป็นลูกค้าระดับตลาดเดียวกัน

#### 6) กฎระเบียบและข้อบังคับ

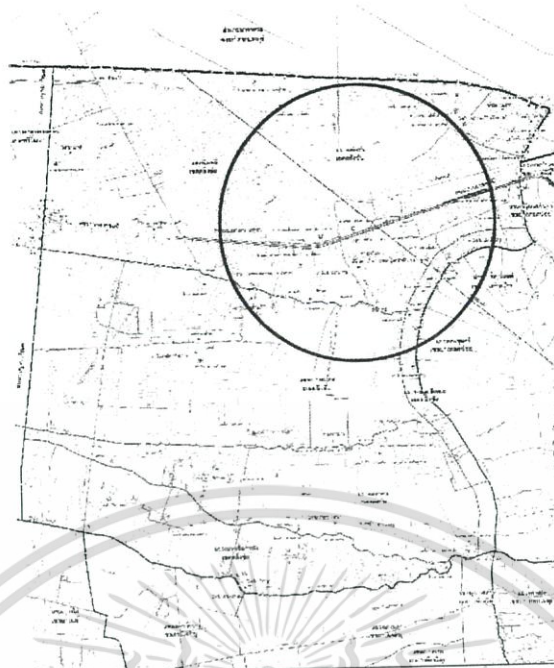
ต้องพิจารณากฎระเบียบและข้อบังคับที่มีผลต่อการก่อสร้างและประกอบกิจการ เช่น ข้อกำหนดผังเมืองรวม, ข้อบัญญัติของจังหวัดว่าด้วยเรื่องต่าง ๆ, กฎกระทรวง, พระราชบัญญัติสถานพยาบาล, พระราชบัญญัติหอพัก, แนวเวนคืน ถนน ระบบสาธารณูปโภค ทางด่วน รถไฟฟ้า ฯลฯ, พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ, พระราชบัญญัติการส่งเสริมอนุรักษ์พลังงาน, พระราชบัญญัติการเดินอากาศ กำหนดเขตปลอดภัยในการเดินอากาศ เป็นต้น

#### 7) การขยายตัว

เพื่อการขยายตัวของโครงการในอนาคต ที่ตั้งโครงการควรเอื้ออำนวยต่อการขยายตัวโดยมีพื้นที่ว่างบริเวณรอบโครงการทิศทางใดทิศทางหนึ่ง เพื่อความสะดวกในการอนาคต

#### 5.4.1 ทางเลือกที่ตั้งโครงการ

จากการพิจารณาพื้นที่ในเขตคลังชั้นแล้ว พื้นที่บริเวณแขวงคลังชั้น และแขวงฉิมพลี (บริเวณวงกลมสีแดงของรูปที่ 5-4) มีความหนาแน่นไม่มากไม่น้อยเกินไป อยู่ในไม่ห่างจากชุมชนมาก รวมถึงบริเวณนั้นมีสถานีรถไฟฟ้าหุ้มทางคลังชั้น มีถนนหลักได้แก่ถนนราชพฤกษ์ ถนนบรมราชชนนี ทางคู่ขนานลอยฟ้าบรมราชชนนี และทางพิเศษยกระดับศรีรัช ส่งผลให้การคมนาคม มีความสะดวก ทำให้บริเวณดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะเป็นที่ตั้งโครงการ



รูปที่ 5-4 แผนที่เขตคลังชั้น (ที่มา : สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร)



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการแข่งขันเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รูปที่ 5-5 แผนที่แสดงที่ตั้งทางเลือกและละแวกข้างเคียง (ที่มา : Google Maps)

หมายเหตุ

สีแดง คือ ตำแหน่งที่ตั้งทางเลือก

สีเหลือง คือ สถานที่สำคัญในละแวกข้างเคียง

โดยได้ทำการเลือกตำแหน่งที่ตั้งโครงการที่คิดว่ามีความเหมาะสมขึ้นมาจำนวน 4 ตำแหน่งเพื่อทำการพิจารณาต่อไป ดังนี้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 1) บริเวณถนนเลียบบทางรถไฟคลังชั้น ข้ามคลองชักพระ



รูปที่ 5-6 ภาพถ่ายทางอากาศที่ติดตั้งทางเลือกที่ 1 (ที่มา Google Maps)

ตารางที่ 5-4 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ติดตั้งทางเลือกที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของที่ตั้ง	
ที่ตั้ง	ถนน เลียบทางรถไฟคลังชั้น แขวง บางขุนศรี เขต บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
ขนาด	ประมาณ 44,00 ตร.ม (27.5 ไร่)
ขอบเขต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทิศเหนือ ติดถนนเลียบบทางรถไฟคลังชั้น ตรงข้ามเป็นที่ดินว่าง ยังเป็นพื้นที่สีเขียว</li> <li>- ทิศตะวันออก ที่ดินว่าง ยังเป็นพื้นที่สีเขียว</li> <li>- ทิศใต้ คลองเชิงเลน และที่ดินว่าง ยังเป็นพื้นที่สีเขียว</li> <li>- ทิศตะวันตก ซอยสวนเอราวัณ เชื่อมต่อถนนแก้วเงินทองและที่ดินว่าง มีบ้านเรือนเล็กน้อย</li> </ul>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 5-4 (ต่อ) แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของที่ตั้ง	
การเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทางรถไฟไฟฟ้า : สามารถเดินทางโดยตรงได้จากสถานีรถไฟฟ้ามหานครทางคลังชั้นผ่านถนนเลียบริมทางรถไฟคลังชั้น ระยะทาง 2.9 กม.</li> <li>- รถส่วนตัว : ผ่านถนนเลียบริมทางรถไฟคลังชั้น เชื่อมทั้งจากถนนบรมราชชนนีและถนนจรัญสนิทวงศ์</li> <li>- รถเมล์ : สาย 79 (ราชประสงค์ - พุทธมณฑลสาย 2) และ 83 (วัดประดู่-บางกอกน้อย)</li> <li>- รถบริการในพื้นที่ (รถสองแถว ,รถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง)</li> </ul>
ข้อกำหนด	ที่ดินสีส้ม ย.6-19 ไม่มีข้อบังคับสถานพยาบาลในเขตพื้นที่นี้
<b>วิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนน</b>	
รูปร่างและขนาดของที่ดิน	เป็นลักษณะสี่เหลี่ยมคางหมู มีหน้ากว้างทั้งสองด้านของถนน จัดผังและทางเข้าสะดวก
สภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ	อยู่ในบริเวณที่ค่อนข้างห่างจากชุมชน มีความสงบ รายล้อมไปด้วยพื้นที่สีเขียว
การเข้าถึงที่ตั้งโครงการ	มีการคมนาคมที่ลำบาก สามารถติดต่อกับบริเวณอื่นได้โดยยาก หน้าโครงการเป็นถนนที่เชื่อมมาจากทางหลวง มีการใช้งานน้อย
ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลอื่น	สามารถรับ – ส่งต่อผู้ป่วยและตั้งกำลังแพทย์ได้สะดวกรวดเร็ว ทั้งจากโรงพยาบาลศิริราช (18 นาที) และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (35 นาที)
การแข่งขัน	ไม่มี
กฎระเบียบและข้อบังคับ	สามารถสร้างโครงการตามความต้องการได้
การขยายตัว	สามารถขยายตัวทั้งทางทิศตะวันออกและทิศใต้ได้

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 2) บริเวณถนนสวนผัก ใกล้ตลาดกรุงนนท์



รูปที่ 5-7 ภาพถ่ายทางอากาศที่ดึงทางเลือกที่ 2 (ที่มา Google Maps)

ตารางที่ 5-5 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 2

ข้อมูลทั่วไปของที่ตั้ง	
ที่ตั้ง	ถนน สวนผัก แขวง คลิ่งชัน เขต คลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร
ขนาด	ประมาณ 54,000 ตร.ม. (34 ไร่)
ขอบเขต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทิศเหนือ ติดถนนสวนผัก ตรงข้ามเป็นบริษัทรีไซเคิลขวดแก้ว</li> <li>- ทิศตะวันออก ที่ดินว่าง ยังเป็นพื้นที่สีเขียว</li> <li>- ทิศใต้ ติดหมู่บ้าน</li> <li>- ทิศตะวันตก ตลาดกรุงนนท์</li> </ul>
การเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทางรถไฟฟ้า : สามารถเดินทางโดยได้จากสถานีรถไฟฟ้าชุมทางคลิ่งชันผ่านถนนเลียบทางรถไฟคลิ่งชัน เข้าถนนราชพฤกษ์ และเข้าถนนสวนผัก ระยะทาง 4.3 กม.</li> <li>- รถส่วนตัว : ผ่านถนนสวนผัก เชื่อมจากถนนราชพฤกษ์</li> <li>- รถเมล์ : สาย 89 (สวนลุม-คลิ่งชัน)</li> <li>- รถบริการในพื้นที่ (รถสองแถว ,รถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง)</li> </ul>
ข้อกำหนด	ที่ดินสีเหลือง ย.4-26 ไม่มีข้อบังคับสถานพยาบาลในเขตพื้นที่สีนี้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 5-5 (ต่อ) แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 2

วิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนน	
รูปร่างและขนาดของที่ดิน	เป็นลักษณะสี่เหลี่ยมผืนผ้าทางตั้ง ด้านที่ติดถนนค่อนข้างกว้าง จัดผังสะดวก
สภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ	อยู่ในละแวกชุมชนที่มีความหนาแน่นน้อย มีตลาดอยู่ด้านข้างที่ตั้งไม่สงบแต่ก็ไม่อึกทึก
ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลอื่น	สามารถรับ – ส่งต่อผู้ป่วยและตั้งกำลังแพทย์ได้สะดวกรวดเร็ว ทั้งจากโรงพยาบาลศิริราช (20 นาที) และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (26 นาที)
การแข่งขัน	ไม่มี
การขยายตัว	สามารถขยายตัวทางทิศตะวันออกได้

(ที่มา: ผู้จัดทำ)



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 3) บริเวณถนนเลียบทางรถไฟตัดกับถนนบรมราชชนนี



รูปที่ 5-8 ภาพถ่ายทางอากาศที่ดึงทางเลือกที่ 3 (ที่มา Google Maps)

ตารางที่ 5-6 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ดึงทางเลือกที่ 3

ข้อมูลทั่วไปของที่ดึง	
ที่ตั้ง	ถนน บรมราชชนนี แขวง ฉิมพลี เขต ดลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร
ขนาด	39,000 ตร.ม. (24 ไร่)
ขอบเขต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทิศเหนือ ติดถนนบรมราชชนนี</li> <li>- ทิศตะวันออก ติดถนนเลียบทางรถไฟดลิ่งชันและบ้านพักอาศัย</li> <li>- ทิศใต้ ติดบ้านพักอาศัย</li> <li>- ทิศตะวันตก บ้านพักอาศัย</li> </ul>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 5-6 (ต่อ)แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 3

<b>ข้อมูลทั่วไปของที่ตั้ง</b>	
การเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทางรถไฟ : สามารถเดินทางโดยตรงได้จากสถานีรถไฟชุมทางคลังชั้นผ่านถนนเลียบบางทางรถไฟคลังชั้น ระยะทาง 3.1 กม.</li> <li>- รถส่วนตัว : ผ่านถนนเลียบบางทางรถไฟคลังชั้นจากถนนบรมราชชนนีและถนนเจริญสุขุมวงศ์ เชื่อมทั้งจากถนนบรมราชชนนีและถนนเจริญสุขุมวงศ์</li> <li>- รถเมล์ : สาย 79 (ราชประสงค์ - พุทธมณฑลสาย 2) และ สาย 83 (วัดประดู่-บางกอกน้อย)</li> <li>- รถบริการในพื้นที่ (รถสองแถว ,รถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง)</li> </ul>
ข้อกำหนด	พื้นที่สีส้ม ย.7-11 ไม่มีข้อบังคับสถานพยาบาลในเขตพื้นที่สีนี้
<b>วิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนน</b>	
รูปร่างและขนาดของที่ดิน	เป็นลักษณะสี่เหลี่ยมคางหมู มีหน้ากว้างทิศตะวันออก
สภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ	บริเวณที่ตั้งมีชุมชนอยู่รายล้อม และติดกับถนนทางหลวงค่อนข้างมีมลภาวะทางเสียงและไม่เป็นส่วนตัวมากนัก
ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลอื่น	สามารถรับ – ส่งต่อผู้ป่วยและตั้งกำลังแพทย์ได้สะดวกรวดเร็ว ทั้งจาก โรงพยาบาลศิริราช (17 นาที) และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (20 นาที)
การแข่งขัน	ไม่มี
การขยายตัว	ไม่สามารถทำได้

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 4) บริเวณถนนบรมราชชนนี



รูปที่ 5-9 ภาพถ่ายทางอากาศที่ติดตั้งทางเลือกที่ 4 (ที่มา Google Maps)

ตารางที่ 5-7 แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ติดตั้งทางเลือกที่ 3

ข้อมูลทั่วไปของที่ติดตั้ง	
ที่ตั้ง	ถนน บรมราชชนนี แขวง ฉิมพลี เขต ดลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร
ขนาด	24,900 ตร.ม. (15 ไร่)
ขอบเขต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทิศเหนือ ติดหมู่บ้านจัดสรร</li> <li>- ทิศตะวันออก ติดโรงงาน</li> <li>- ทิศใต้ ติดถนนบรมราชชนนี</li> <li>- ทิศตะวันตก ติดหมู่บ้านจัดสรร</li> </ul>
การเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทางรถไฟฟ้า : สามารถเดินทางโดยตรงได้จากสถานีรถไฟฟ้าชุมทางดลิ่งชันผ่านถนนเลียบทางรถไฟดลิ่งชันเข้าถนนพุทธมณฑลสาย 1 แล้วเข้าถนนบรมราชชนนี ระยะทาง 4.7 กม.</li> <li>- รถส่วนตัว : สามารถเดินทางโดยใช้ถนนบรมราชชนนี ซึ่งเชื่อมต่อกับถนนสีรินธร ถนนราชพฤกษ์ และถนนพุทธมณฑล</li> <li>- รถเมล์ : สาย 30ร, 35ร, 40ร, 66, 79, 123ร, 125ร, 127ร , 146ร,</li> <li>- รถบริการในพื้นที่ (รถสองแถว ,รถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง)</li> </ul>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 5-7 (ต่อ) แสดงข้อมูลและวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนนของที่ตั้งทางเลือกที่ 3

ข้อมูลทั่วไปของที่ตั้ง	
ข้อกำหนด	พื้นที่สีส้ม ย.7-11 ไม่มีข้อบังคับสถานพยาบาลในเขตพื้นที่สีนี้
วิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การให้คะแนน	
รูปร่างและขนาดของที่ดิน	เป็นลักษณะสี่เหลี่ยมผืนผ้า ด้านหน้าแคบ
สภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ	บริเวณที่ตั้งใกล้ถนนทางหลวง จึงไม่เป็นส่วนตัวเท่าที่ควร มีหมู่บ้านจัดสรรและโรงงานตั้งอยู่ด้านข้าง และยังคงติดกับถนนทางหลวงค่อนข้างมีมลภาวะทางเสียงและไม่เป็นส่วนตัวมากนัก
ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลอื่น	สามารถรับ – ส่งต่อผู้ป่วยและดึงกำลังแพทย์ได้สะดวกรวดเร็ว ทั้งจากโรงพยาบาลศิริราช (14 นาที) และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (15 นาที)
การแข่งขัน	ไม่มี
การขยายตัว	ไม่สามารถทำได้

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

#### 5.4.2 เปรียบเทียบทางเลือกที่ตั้งโครงการ

จากการกำหนดที่ดินเพื่อใช้พิจารณาหาที่ตั้งที่เหมาะสมกับโครงการ จำเป็นจะต้องทำการเปรียบเทียบความเหมาะสมของแต่ละที่ตั้งโดยอาศัยเกณฑ์และน้ำหนักของเกณฑ์ เพื่อหาพื้นที่ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตั้งโครงการ โดยมี 3 ค่าน้ำหนัก ตั้งแต่ 1 (มีความสำคัญน้อย) - 3 (มีความสำคัญมาก) และมีรายละเอียดคะแนน 4 คะแนน ตั้งแต่ 1 (สอดคล้องกับเกณฑ์น้อยมาก) - 4 (สอดคล้องกับเกณฑ์ดีมาก) โดยไม่นำเกณฑ์เรื่องสาธารณูปโภคและสาธารณูปการมาคิดรวม เนื่องจากที่ตั้งทั้งหมดตั้งอยู่ในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียงกัน จึงสามารถเข้าถึงสาธารณูปโภคและสาธารณูปการได้เท่าเทียมกัน

ตารางที่ 5-8 ตารางประเมินความเหมาะสมของทางเลือกที่ตั้งโครงการ

เกณฑ์การพิจารณา	น้ำหนัก	ที่ตั้ง 1		ที่ตั้ง 2		ที่ตั้ง 3		ที่ตั้ง 4	
			รวม		รวม		รวม		รวม
สภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ									
- ความหนาแน่นของชุมชน	2	2	8	1	2	3	6	3	6
- มุมมองโดยรอบ	1	4	4	2	2	3	3	2	2
- พื้นที่ธรรมชาติ	2	4	8	1	2	4	8	2	4
การเข้าถึง									
- รถสาธารณะ	3	1	3	4	12	2	6	4	12
- รถส่วนตัว	2	1	2	2	4	3	6	4	12
รูปร่างและขนาดของที่ดิน	3	4	12	2	8	3	9	3	9
ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลรัฐ	3	2	6	3	9	3	9	4	12
การขยายตัว	2	4	8	1	2	2	4	1	2
<b>รวม</b>			<b>51</b>		<b>41</b>		<b>51</b>		<b>57</b>

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

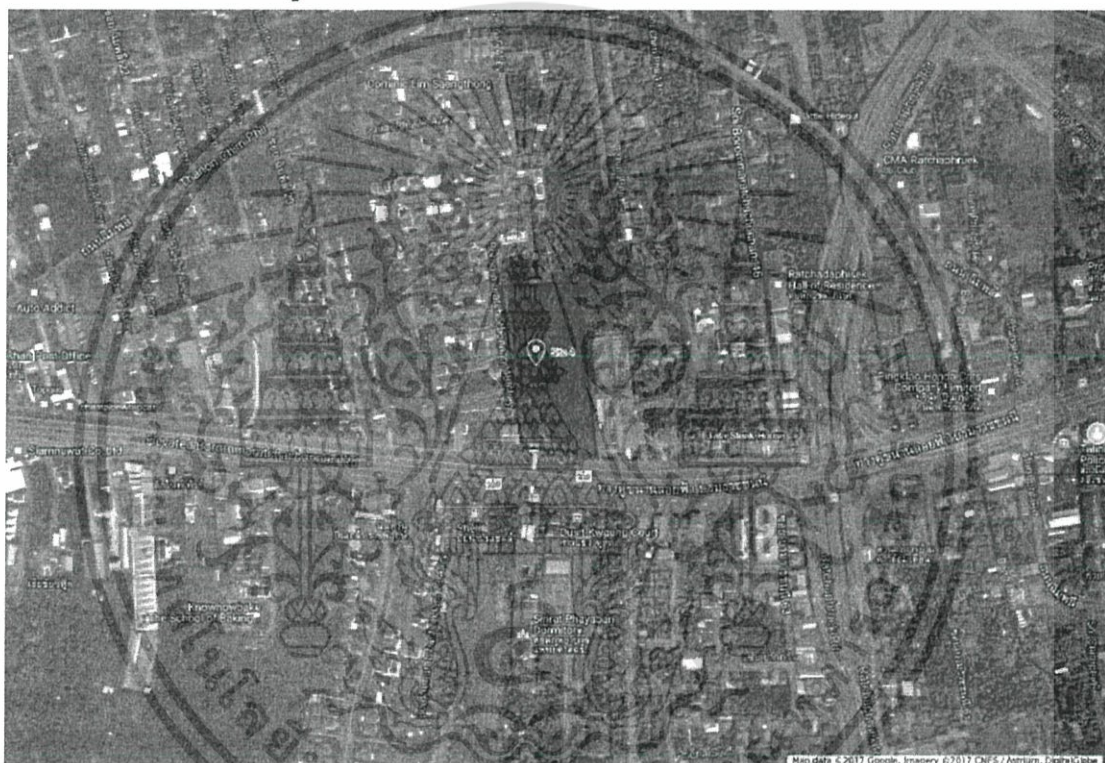
สรุปได้ว่าที่ดินที่เหมาะสมที่สุดในการตั้งโครงการคือ ที่ตั้ง 4 บริเวณถนนบรมราชชนนี เนื่องจากมีความเหมาะสมทั้งรูปร่างและขนาดที่ดิน สภาพแวดล้อมของที่ตั้งโครงการ การเข้าถึงทั้งจากบริการขนส่งสาธารณะและรถส่วนตัว และมีความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลรัฐในเกณฑ์ที่ดี

## 5.6 ข้อมูลที่ตั้งโครงการ

หลังจากได้ที่ตั้งโครงการที่แน่ชัดแล้ว จึงจะทำการรวบรวมข้อมูลของที่ตั้งโครงการในทุก ๆ ด้านเพื่อที่จะสามารถนำไปวิเคราะห์และใช้ในงานออกแบบต่อไปได้ โดยหัวข้อของข้อมูลที่จะรวบรวมมีดังนี้

- ข้อมูลทางกายภาพของที่ตั้งโครงการ
- ข้อมูลทางสังคมและวัฒนธรรมของที่ตั้งโครงการ
- ข้อมูลด้านการบริการสาธารณสุข

### 5.6.1 ข้อมูลทางกายภาพของที่ตั้งโครงการ



รูปที่ 5-10 ภาพถ่ายทางอากาศที่ตั้งโครงการ (ที่มา : Google Maps)

ตารางที่ 5-9 แสดงข้อมูลทางกายภาพของที่ตั้งโครงการ

รายการ	รายละเอียดข้อมูล
ที่ตั้ง	ถนนบรมราชชนนี แขวง ฉิมพลี เขต ดลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร
ขนาด	24,909.46 ตร.ม (15-2-55)
ขอบเขตของที่ดิน	ตามข้อมูลรูปที่ 5-11 <b>Error! Reference source not found.</b>
ขนาดถนน	ถนนบรมราชชนนี 10 ช่องจราจร กว้าง 60.00 ม.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



รูปที่ 5-11 ผังแสดงรายละเอียดที่ตั้งโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 5.6.2 ข้อมูลทางสังคมและวัฒนธรรมของที่ตั้งโครงการ

ตารางที่ 5-10 แสดงรายละเอียดข้อมูลสังคมและวัฒนธรรมของที่ตั้งโครงการ

รายการ	รายละเอียดข้อมูล
กรรมสิทธิ์ที่ดิน	ที่ดินส่วนบุคคล
กฎหมายผังเมือง	<p>เขตที่ดินสีขาวมีกรอบและเส้นแทยงสีเขียว ก.2-2 ที่ดินประเภทอนุรักษ์ชนบทและเกษตรกรรม</p>  <p>รูปที่ 5-12 ผังสีบริเวณที่ตั้งโครงการ (ที่มา : สำนักโยธาธิการและผังเมือง) โดยผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2558 มิได้ระบุห้าม หรือมีข้อกำหนดใดๆ เกี่ยวกับสถานพยาบาลในเขตที่ดินประเภทนี้</p>
กฎหมายควบคุมอาคาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522</li> <li>- ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2526</li> </ul>
การสัญจร	- ทิศใต้ : ถนนบรมราชชนนี
บริเวณโดยรอบที่ดิน	พื้นที่อยู่อาศัย โดยมากเป็นหมู่บ้านจัดสรร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



## 5.7 การวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ

การศึกษาและวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการจะแบ่งเป็นหัวข้อวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการออกแบบที่เหมาะสม หัวข้อที่จะใช้ในการวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการมีดังนี้

- วิเคราะห์กฎหมายและข้อกำหนดที่ตั้งโครงการ
- วิเคราะห์ศักยภาพการใช้พื้นที่ของที่ตั้งโครงการ
- วิเคราะห์มุมมองของที่ตั้งโครงการ
- วิเคราะห์เส้นทางสัญจรสาธารณะของที่ตั้งโครงการ
- วิเคราะห์ทางเข้าออกที่ตั้งโครงการ
- วิเคราะห์กายภาพของที่ตั้งโครงการ
- วิเคราะห์ประวัติอุทกภัยของที่ตั้งโครงการ
- วิเคราะห์ลักษณะอาคารโดยรอบ
- วิเคราะห์กฎหมายและข้อกำหนดที่ตั้งโครงการ

### 5.7.1 วิเคราะห์กฎหมายและข้อกำหนดของที่ตั้งและประเภทโครงการ

จากการประเมินลักษณะโครงการ ขนาด และความสูง โดยคร่าวแล้ว สามารถสรุปกฎหมายและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับที่ตั้งโครงการ โดยอาศัยกฎหมายและข้อกำหนดดังนี้

- พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522 (กฎกระทรวงฉบับที่ 55 และ 39)
- ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2526
- กฎกระทรวงให้ใช้บังคับผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2556

#### 1) พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522 และ ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2544

กฎกระทรวงฉบับที่ 55 ออกความตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522 ได้มีข้อกำหนดที่ส่งผลต่อที่ตั้งโครงการดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5-11 แสดงพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522

ข้อกำหนดกฎหมาย	รายละเอียดข้อมูลที่ตั้ง
ประเภทของอาคาร	อาคารสาธารณะ (โรงพยาบาล)
ที่ว่างภายนอกอาคาร	ไม่น้อยกว่า 10 ใน 100 ส่วนของพื้นที่ชั้นใดชั้นหนึ่งที่มากที่สุดของอาคาร
แนวอาคารและระยะร่น	- ร่นจากถนนสาธารณะไม่น้อยกว่า 1 ใน 10 ของความกว้างถนน - อาคารที่มีความสูงไม่เกิน 15 เมตร ผนังของอาคารตั้งอยู่ห่างจากผนังหรือระเบียงของอาคารอื่นที่มีความสูงไม่เกิน 9 เมตร ไม่น้อยกว่า 2 เมตร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 5-11 (ต่อ) แสดงพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522

ข้อกำหนดกฎหมาย	รายละเอียดข้อมูลที่ตั้ง
จำนวนที่จอดรถ	82 คัน
ทางร่วมทางแยก	ปากทางเข้าออกของรถ ต้องไม่อยู่ในที่ที่เป็นทางร่วมทางแยก และต้องอยู่ห่างจากจุดเริ่มต้นโค้งหรือหักมุมขอบทางแยกสาธารณะมีระยะไม่น้อยกว่า 20 เมตร

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

## 2) กฎกระทรวงให้ใช้บังคับผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2556

ที่ตั้งโครงการอยู่ในผังเมืองรวมเขตที่ดินสีขวามีกรอบและเส้นแวงสีเขียว ก.2-2 ที่ดินประเภทอนุรักษ์ชนบทและเกษตรกรรม โดยมีการกำหนด FAR (Floor Area Ratio) และ OSR (Open Space Ratio) ดังตารางที่ 1-1

	ก.2
F.A.R. ไม่เกิน ( : 1)	1
O.S.R. ไม่น้อยกว่า (ร้อยละของพื้นที่อาคารรวม)	40

รูปที่ 5-15 แสดงข้อกำหนดการใช้ประโยชน์ที่ดินตามข้อบังคับผังเมืองรวม พ.ศ.2556

(ที่มา : สำนักโยธาธิการและผังเมือง)

### 5.7.2 วิเคราะห์ศักยภาพการใช้พื้นที่ของที่ตั้งโครงการ

สามารถวิเคราะห์ศักยภาพการใช้พื้นที่ของที่ตั้งโครงการได้จากการคำนวณ FAR ,OSR และข้อกำหนดอื่น ๆ ได้ดังนี้

ตารางที่ 5-12 ตารางวิเคราะห์ศักยภาพการใช้พื้นที่ของที่ตั้งโครงการ

รายการ	รายละเอียด
ขนาดที่ดิน	24,909.46 ตร.ม (15-2-55)
FAR 1 : 1	พื้นที่สูงสุด : 24,909.46 ตร.ม
OSR 40%	พื้นที่ว่างอย่างน้อย : 9,963.78 ตร.ม.
ความสูงอาคาร	ไม่เกิน 15 เมตร

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

สรุปแล้วที่ดินสามารถสร้างอาคารได้สูงสุดที่ 24,909.46 ตร.ม. ซึ่งโครงการต้องการพื้นที่เพียงประมาณ 11,567.78 ตร.ม. เท่านั้น อีกทั้งต้องการพื้นที่ว่างเพียง 9,963.78 ตร.ม. ซึ่งโครงการจำเป็นจะต้องมีพื้นที่ว่างเพื่อสร้างเป็นภูมิทัศน์จำนวนมากอยู่แล้ว สามารถสรุปได้ว่าโครงการสามารถดำเนินการบนที่ดินแปลงนี้ได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 5.7.3 วิเคราะห์มุมมองของที่ตั้งโครงการ

การวิเคราะห์มุมมองของที่ตั้งโครงการมีจุดประสงค์เพื่อคัดสรรมุมมองที่ผู้ใช้งานสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนและเกิดทัศนียภาพของโครงการที่สวยงาม และสามารถใช้เพื่อหาดำแหน่งรักษาความปลอดภัยและตำแหน่งการบริการของโครงการด้วย โดยจะทำการวิเคราะห์ทั้งมุมมองจากภายนอก และมุมมองจากภายใน



รูปที่ 5-16 มุมมองด้านหน้าที่ตั้งโครงการ มองจากสะพานลอย (ที่มา : ผู้จัดทำ)



รูปที่ 5-17 มุมมองด้านหน้าที่ตั้งโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)



รูปที่ 5-18 มุมมองถนนจากหน้าที่ตั้งโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ที่ตั้งโครงการอยู่ติดกับถนนบรมราชชนนีที่มีช่องจราจร 10 ช่อง มีการจราจรที่ขั้วไขว่ ทั้งยังมีทางยกระดับบรมราชชนนีที่สูงกว่า 17 เมตร ทำให้มุมมองออกไปด้านหน้าโครงการมุมด้านทิศใต้ จะทำให้เห็นทางยกระดับนี้อยู่เสมอ และคนภายนอกสามารถมองเห็นด้านในของโครงการได้อย่างชัดเจนจากสะพานลอยด้านหน้าที่ตั้งโครงการ สำหรับมุมมองจากผู้ขับขี่ยานพาหนะจะโคนสะพานลอยด้านหน้าโครงการบังมุมมองอยู่เล็กน้อย

#### 5.7.4 วิเคราะห์เส้นทางสัญจรสาธารณะของที่ตั้งโครงการ

การเดินทางมาสู่ที่ตั้งโครงการมีความสำคัญอย่างมาก การวิเคราะห์เส้นทางสัญจรสามารถนำไปสู่การวิเคราะห์ทางเข้าออกโครงการ และเส้นทางการบริการได้

##### 1) การสัญจรโดยรถส่วนตัว

ตารางที่ 5-13 วิเคราะห์เส้นทางสัญจร โดยรถส่วนตัวและการขนส่งสาธารณะ

เส้นทางสัญจร	การใช้งาน / เส้นทางสัญจร
ถนนบรมราชชนนี	มีปริมาณการใช้งานปานกลางถึงมาก
รถไฟฟ้า	ลงสถานีชุมทางคลองจั่น แล้วสามารถต่อบริการรถบริการในท้องถิ่นได้ ทั้งรถสองแถว รถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง และแท็กซี่
รถเมล์	สาย 30ร, 35ร, 40ร, 66, 79, 123ร, 125ร, 127ร, 146ร, 149, 170ร, 177ร, 183ร, 201ร, 511, 511ส, 515, 539ร, 556 ลงบริเวณป้ายรถเมล์ใกล้ที่ตั้งโครงการ

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

การวิเคราะห์เส้นทางสัญจรทำให้สามารถเตรียมพื้นที่และทางสัญจรเพื่อรองรับการเข้าสู่โครงการของผู้ใช้งานที่หลากหลายได้ ซึ่งคาดการณ์ว่าผู้ใช้งานส่วนใหญ่จะเดินทางมาด้วยรถส่วนตัว รองลงมาคือรถไฟฟ้า และรถเมล์ ตามลำดับ



ตารางที่ 5-14 วิเคราะห์ทางเข้าออกโรงการ

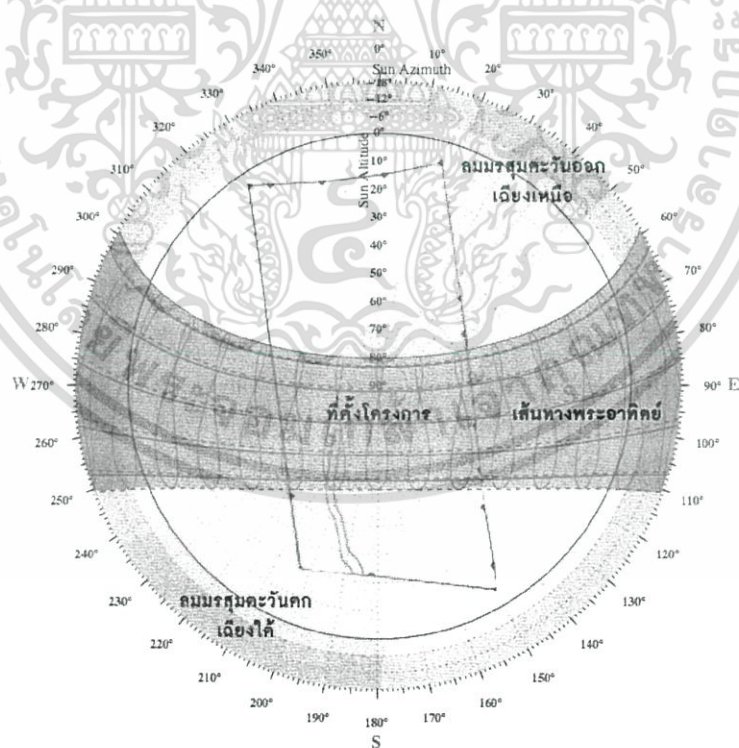
ถนน	ลักษณะ	รายละเอียด
ถนนบรมราชชนนี	- กว้าง 15.00 เมตร - เดินรถทางเดียว - มีทางเข้าเก่า - มีสะพานลอย - มีป้ายรถเมล์	เนื่องจากมีสะพานลอยและป้ายรถเมล์ด้านหน้าที่ตั้งโครงการ ซึ่งเป็นจุดที่มีการสัญจรของคนเดินเท้ามาก ควรเว้นไว้เพื่อเปิดเป็น Plaza รับคน ส่วนทางเดินรถควรจัดไว้ถัดไปตามตำแหน่งลูกศรสีแดงดังรูปที่ 5-19

(ที่มา : ผู้จัดทำ)

### 5.7.6 วิเคราะห์กายภาพของที่ตั้งโครงการ

การวิเคราะห์กายภาพของที่ตั้งโครงการ ทำให้ทราบได้ถึงสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศของที่ตั้งโครงการ มีผลต่อการออกแบบอย่างมากเพื่อให้การออกแบบสอดคล้องกับทั้งภูมิประเทศและภูมิอากาศ สามารถออกแบบให้โครงการใช้พลังงานน้อยลง หรือทำให้เกิดสภาวะน่าสบายได้ โดยหัวข้อที่จะทำการวิเคราะห์ลักษณะกายภาพมีดังต่อไปนี้

- ทิศทางของแสงแดดที่กระทำต่อที่ดิน
- ทิศทางของลมที่กระทำต่อที่ดิน



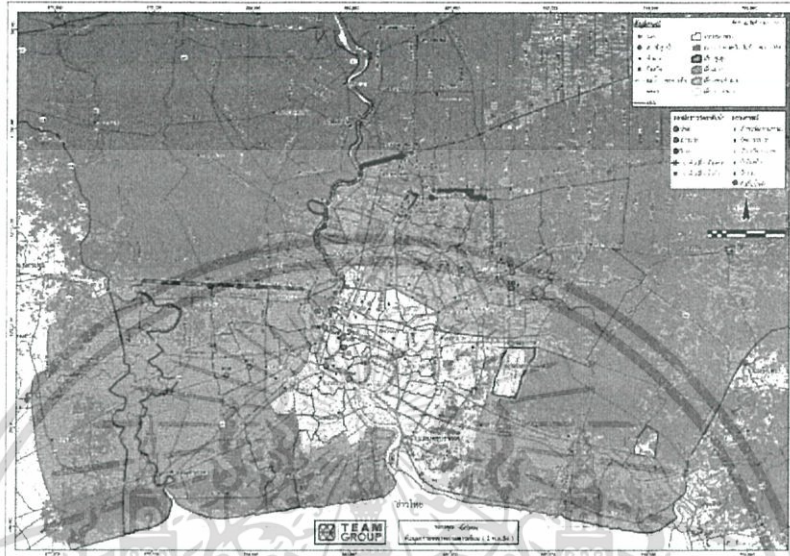
รูปที่ 5-20 ผังจำลองเส้นทางพระอาทิตย์และลมมรสุมที่เกิดขึ้นบริเวณที่ตั้งโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

จากรูปที่ 5-20 สามารถระบุตำแหน่งของพระอาทิตย์ที่กระทำกับที่ตั้งโครงการได้ ซึ่งสามารถช่วยช่วยในการออกแบบองค์ประกอบเพื่อป้องกันแดดหรือส่งเสริมด้านอื่น ๆ ของโครงการได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ทิศทางของลม มีลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือและตะวันตกเฉียงใต้ซึ่งเป็นมรสุมประจำถิ่นของกรุงเทพมหานคร ซึ่งสังเกตได้ว่ามีปริมาณลมพัดผ่านด้านหลังที่ตั้งโครงการมาก เมื่อคำนึงถึงจุดนี้จะสามารถออกแบบเพื่อควบคุมทิศทางลม และลดความร้อนภายในโครงการได้

### 5.7.7 วิเคราะห์ประวัติอุทกภัยของที่ตั้งโครงการ



รูปที่ 5-21 แผนที่กรุงเทพแสดงพื้นที่อุทกภัย พ.ศ.2554 (ที่มา : GISTDA)

กรุงเทพมหานครมีความสูงที่อยู่ต่ำกว่าระดับน้ำทะเล และพื้นที่เขตคลังสินค้าก็เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบผลเป็นเวลานานและเสียหายแบบขยเขตจากอุทกภัยครั้งใหญ่เมื่อ พ.ศ.2554 ซึ่งมีกว่า 37,243 ครัวเรือน ที่ได้รับความเสียหาย



รูปที่ 5-22 ภาพน้ำท่วมบนถนนบรมราชชนนีขาเข้าไปปิ่นเกล้า พ.ศ.2554

(ที่มา : <http://oknation.nationtv.tv/blog/ginx/2011/10/27/entry-1>)

ในบริเวณที่ตั้งโครงการ ระดับน้ำท่วมเมื่อปี พ.ศ.2554 มีระดับสูงถึง 50 - 60 ซม. เมื่อทราบเช่นนั้นแล้ว การออกแบบจึงต้องตระหนักถึงการออกแบบเพื่อป้องกันอุทกภัยที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีก เช่นการออกแบบการระบายน้ำ การยกพื้น โครงการให้สูงกว่าระดับน้ำท่วมสูงสุด (60 ซม.) และการท่อน้ำภายในที่ตั้งโครงการ ด้วยภูมิสถาปัตยกรรม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 5.7.8 สรุปการวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการ

เมื่อทำการวิเคราะห์ที่ตั้งโครงการทั้งหมดแล้ว สามารถสรุปได้ว่า ที่ตั้งนี้มีศักยภาพมากพอในหลาย ๆ ด้าน แต่ก็ยังมีจุดด้อยที่จำเป็นต้องหาทางแก้ไขด้วยการออกแบบต่อไป ซึ่งสามารถแจกแจงคร่าว ๆ ได้ดังนี้

- ที่ตั้งตั้งอยู่ติดถนนหลวง และอยู่ใกล้กับชุมชนที่อยู่อาศัย มีประโยชน์ต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างโครงการและพื้นที่โดยรอบ แต่ก็แลกด้วยมลพิษและความวุ่นวายจากถนน
- สภาพแวดล้อมมีความอุดมสมบูรณ์ประมาณหนึ่ง
- พื้นที่ด้านข้างที่ตั้งมีหมู่บ้านจัดสรร จำเป็นต้องออกแบบเพื่อป้องกันผู้ป่วยหลุดออกนอกโครงการ เช่นการมีแนวรั้วที่มีคุณภาพ การใช้ภูมิสถาปัตยกรรมในการสร้างพื้นที่กันชนระหว่างที่ตั้งและบริเวณโดยรอบ
- สภาพภูมิอากาศของที่ตั้งมีคุณภาพที่ดี
- สามารถเดินทางได้สะดวกสบาย ทั้งการสัญจรด้วยรถส่วนตัวและขนส่งมวลชน
- เคยเกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ในบริเวณพื้นที่ จำเป็นต้องออกแบบโดยคำนึงถึงการป้องกันอุทกภัยอย่างยิ่ง

## บทที่ 6

### การศึกษาอาคารตัวอย่าง

การศึกษาอาคารตัวอย่าง เป็นการศึกษาอาคารประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียงกับโครงการทั้งภายในประเทศและในต่างประเทศ เพื่อนำมาศึกษาและวิเคราะห์ และนำไปใช้ในการออกแบบโครงการด้านต่าง โดยอาคารที่จะทำการศึกษามีดังนี้

#### อาคารตัวอย่างภายในประเทศ

- สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
- โรงพยาบาลมหารมย์

#### อาคารตัวอย่างภายนอกประเทศ

- Psychiatric Centre Friedrichshafen
- HELIX, Forensic Psychiatric Clinic of Stockholm

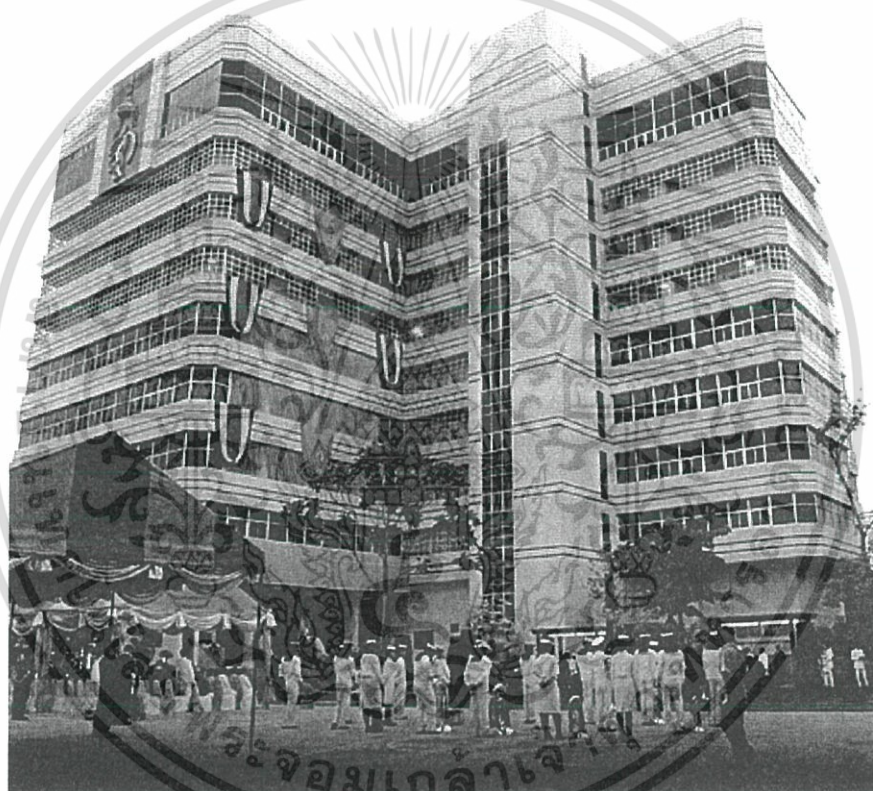


## 6.1 การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่างภายในประเทศ

### 6.1.1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

#### 1) ข้อมูลทั่วไป

เจ้าของโครงการ	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่ตั้ง	112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร
พื้นที่	ประมาณ 47,00.00 ตร.ม.
จำนวนเตียง	892 เตียง



รูปที่ 6-1 อาคารสก. สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา (ที่มา : <http://www.manager.co.th/>)

สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ สุขภาพจิต และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในระดับก่อนและหลังปริญญา พัฒนางานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์ สุขภาพจิต ประสาทวิทยา ประสาทจิตเวชศาสตร์

#### วิสัยทัศน์สถาบันฯ

เป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศด้านสมองและจิตใจ (Brain Mind Study Center) ของประเทศ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 และกรุงเทพมหานคร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## พันธกิจสถาบันฯ

- ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสมองและจิตใจ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
- จัดให้มีบริการและพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน เพื่อรับรองการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง เรื้อรัง และยุ่งยากซับซ้อน
- ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและให้การเพิ่มพูนความรู้ และทักษะ การปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งหน่วยงานและบุคลากรอื่นที่ เกี่ยวข้อง

## 2) ด้านประเภทและการให้บริการ

### บริการผู้ป่วยนอกจิตเวช OPD

- ขอบเขตการให้บริการ งานบริการผู้ป่วยนอกจิตเวช จัดบริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมไปถึงผู้คิดสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน และ แอลกอฮอล์ ที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป
- งานบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จัดบริการแก่ผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

### ขั้นตอนการรับบริการ

- งานผู้ป่วยนอกจิตเวช เปิดให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการและวัน นักชัตฤกษ์ สามารถยื่นบัตรตรวจได้ที่งานเวชระเบียน ตั้งแต่ เวลา 06.30 น. ผู้ป่วยใหม่ ปิด้รับบัตรเวลา 10.45 น. ผู้ป่วยเก่า ปิด้รับบัตรเวลา 11.15 น. โดยกลุ่มงานผู้ป่วยนอก จิตเวช มีระบบการนัดหมายเพื่อความสะดวกในการมารับบริการครั้งต่อไป
- งานคลินิกซึมเศร้า บริการกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทุกวันพุธ เวลา 13.00 - 15.30 น. ลงทะเบียน/นัดหมายล่วงหน้าที่แผนกต้อนรับพยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวช
- งานจิตเวชฉุกเฉิน เปิดให้บริการทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักชัตฤกษ์ ตลอด 24 ชั่วโมง
- งานคลินิกพิเศษนอกเวลา เปิดให้บริการ วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 16.30 น.-20.30 น. วัน เสาร์-วันอาทิตย์ เวลา 8.30-12.30 น. ยกเว้นวันหยุดนักชัตฤกษ์

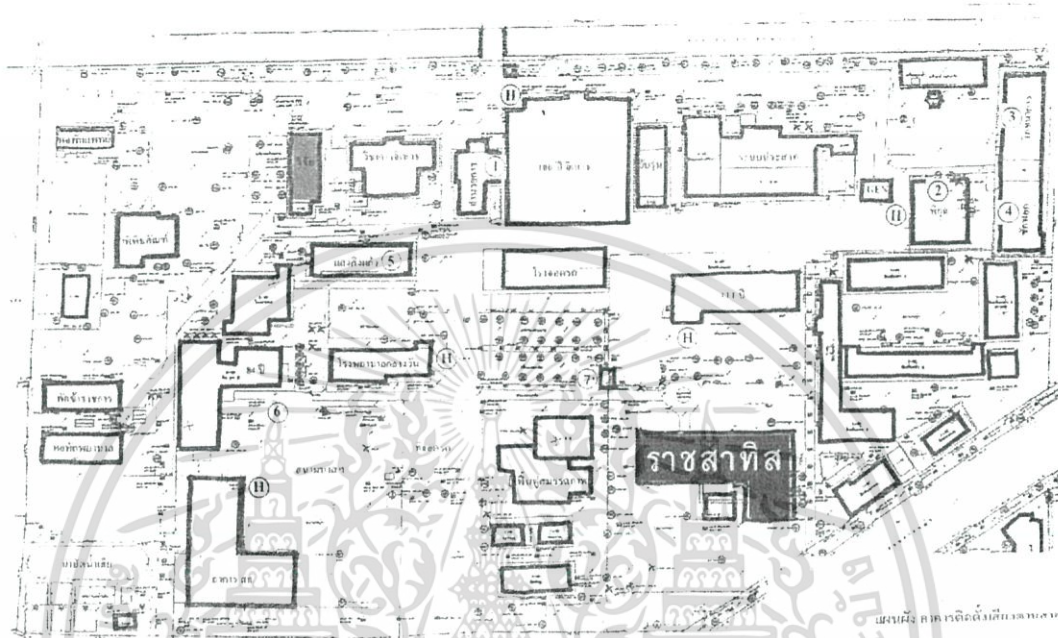
### ข้อมูลเชิงปริมาณ<sup>1</sup>

- จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการเฉลี่ย : 543 ราย/วัน

<sup>1</sup> อ้างอิงจากรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2558

- อัตราการครองเตียงเฉลี่ย : 56.49 %
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย : 504 ราย/วัน
- จำนวนวันนอนเฉลี่ย : 48.73 วัน

### 3) ด้านลักษณะผัง



รูปที่ 6-2 แผนผังสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ

โครงการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ มีการวางผังโครงการโดยแยกอาคารออกจากกัน โดยให้อาคารที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนภายนอกมาก เช่นอาคารผู้ป่วยนอก, ส่วนวิชาการจิตเวช, ส่วนวิจัย, พิพิธภัณฑ์ ไว้ด้านหน้าของโครงการ และให้ส่วนที่ต้องการความเป็นส่วนตัว เช่นหอพักผู้ป่วย, หอพักแพทย์, ส่วนบำบัดจิตเวช ไว้ด้านหลังโครงการ ตามความเหมาะสมของพื้นที่

การวางผังอาคารที่แยกออกจากกัน มีทั้งถนน และทางเดินเชื่อมแต่ละส่วนของโครงการเข้าด้วยกัน โดยมีถนนรอบโครงการเป็นเส้นเดียว และเชื่อมออกไปยังถนนสายหลักทั้งสองเส้น คือ ถนนสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ และถนนลาดหญ้า นอกจากนี้ การวางผังอาคารออกจากกันทำให้ผู้ใช้อาคารมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมธรรมชาติมาก ซึ่งนับเป็นผลดีต่อการบำบัดรักษา

ในส่วนของหอผู้ป่วย แยกออกเป็น 3 ส่วนคือหอผู้ป่วยแยกชาย, หอผู้ป่วยแยกหญิง และหอผู้ป่วยรวม โดยแต่ละอาคารมีพื้นที่อาณาเขตเป็นของตัวเอง

### 4) ด้านการออกแบบโครงการ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ มีการออกแบบ โดยแบ่งพื้นที่ใช้สอยออกเป็น ส่วนต่าง ๆ ดังนี้

- ส่วนอำนวยการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ส่วนผู้ป่วยนอกจิตเวช
- ส่วนผู้ป่วยนอกระบบประสาท
- ส่วนวิชาการจิตเวช
- โรงพยาบาลกลางวัน
- ส่วนบำบัดจิตเวช
- ส่วนหอผู้ป่วย (หอผู้ป่วยพักรวม ,หอผู้ป่วยแยกชาย ,หอผู้ป่วยแยกหญิง)
- หอพักพนักงาน
- พิพิธภัณฑ์

ในการเข้าเยี่ยมชมโครงการเพื่อศึกษาครั้งนี้ ได้รับอนุญาตให้เข้าชมได้เฉพาะในบางส่วน จึงสามารถให้รายละเอียดได้เฉพาะบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบโครงการเท่านั้น

### ส่วนผู้ป่วยนอก

เป็นอาคารสูง 8 ชั้น โดยเป็นอาคารเล่นระดับทีละครึ่งชั้น ภายในอาคารแบ่งได้ดังนี้

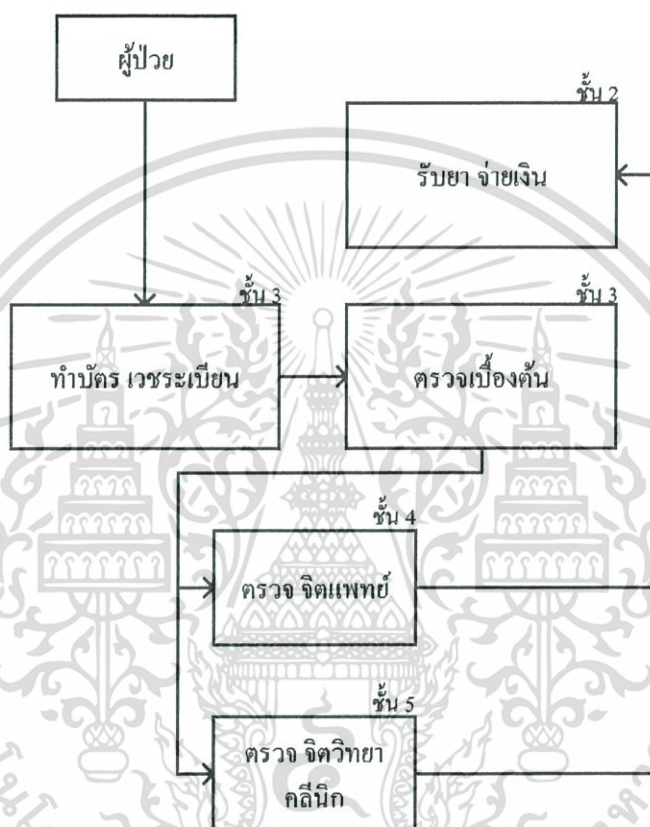
- ชั้น 1 : ตรวจผู้ป่วยฉุกเฉิน ,คลังเวชภัณฑ์
- ชั้น 2 : ห้องชื้อยา ,สำนักงานบัตรสวัสดิการ ,ห้องรับยาฟรีและรับยาผู้มีสิทธิพิเศษ
- ชั้น 3 : ห้องประชาสัมพันธ์ ,ห้องบัตร ,ห้องซักประวัติ ,ห้องให้คำปรึกษา
- ชั้น 4 : ตรวจผู้ป่วยนอก ,พิจารณาค่ารักษาพยาบาล (บริการทางสังคมสงเคราะห์)
- ชั้น 5 : ห้องประชุมใหญ่ ,กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
- ชั้น 6 : กลุ่มงานเภสัชกรรม ,กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน ,ศูนย์สารสนเทศและคอมพิวเตอร์
- ชั้น 7 : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ ,ห้องเก็บเวชระเบียน
- ชั้น 8 : ฝ่ายจิตวิทยา ,ตรวจ ก.พ.



รูปที่ 6-3 บริเวณ โถงพักคอยส่วนผู้ป่วยนอก (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ทางเข้าหลักของอาคารจะขึ้นมาถึงชั้นที่ 3 ที่เป็น โถงต้อนรับและเวชระเบียน ดังนั้นแล้ว กระบวนการดำเนินงานของผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาต้องมาทำประวัติที่เวชระเบียน ชั้นที่ 3 แล้วจึงไปยังห้องตรวจเบื้องต้นในชั้นเดียวกัน จากนั้นจะทำการส่งไปยังห้องตรวจ เพื่อตรวจกับ จิตแพทย์ (ชั้น 3) หรือทำการทดสอบกับนักจิตวิทยาใน (ชั้น4) ตามความเหมาะสม เมื่อสิ้นสุดใน ตรวจแล้ว จะต้องลงมาที่ชั้น 2 เพื่อรอรับยาและจ่ายเงิน ซึ่งสามารถออกจากอาคารผ่านด้านหลัง อาคารได้จากชั้น 2 เช่นกัน



รูปที่ 6-4 ผังแสดงขั้นตอนการเข้ารับการรักษาส่วนผู้ป่วยนอก (ที่มา : ผู้จัดทำ)

ในส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีการจัดเตรียมพื้นที่ส่วนเตียงและ ส่วนห้องควบคุมอาคาร ที่มีการจัดวางอุปกรณ์พิเศษ คือ เก้าอี้พร้อมที่มัดแขนและขา ภายในห้องมีการบูรณะนมสำหรับป้องกันการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วยที่มีอาการคุ้มคลั่งเมื่อถูกจำกัดพฤติกรรม แล้ว เพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเอง และ ของแพทย์พยาบาลอีกด้วย



รูปที่ 6-5 ภาพบริเวณโถงพักคอยเข้ารับการรักษาตรวจกับจิตแพทย์ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

ในส่วนของห้องตรวจ จะมีความคล้ายคลึงกับห้องตรวจโรคทั่ว ๆ ไป ที่จะมีที่นั่งทำงานแพทย์ และที่นั่งของผู้ป่วย จะมีที่นั่งพักคอยเพื่อรอเรียกบริเวณหน้าห้องตรวจตามรูปที่ 6-5 ในห้องตรวจจะมีความพิเศษที่จะมีเตียงสำหรับให้ผู้ป่วยนอนเพื่อสร้างความผ่อนคลายในการซักถาม ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีตรวจของแพทย์

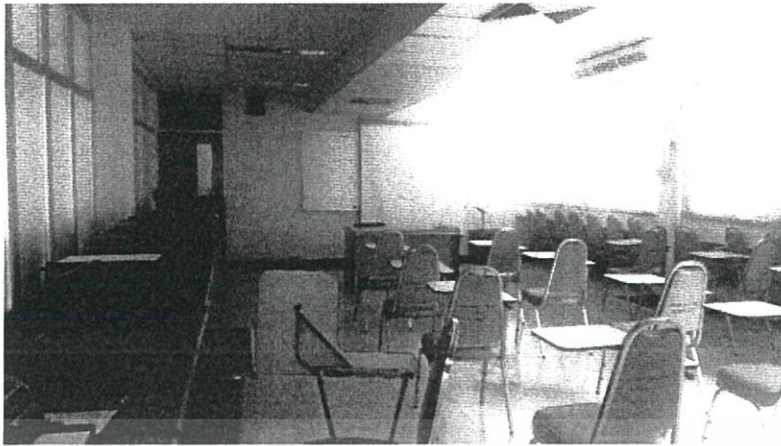


รูปที่ 6-6 ภาพภายในบรรยากาศห้องตรวจ (ที่มา : ผู้จัดทำ)



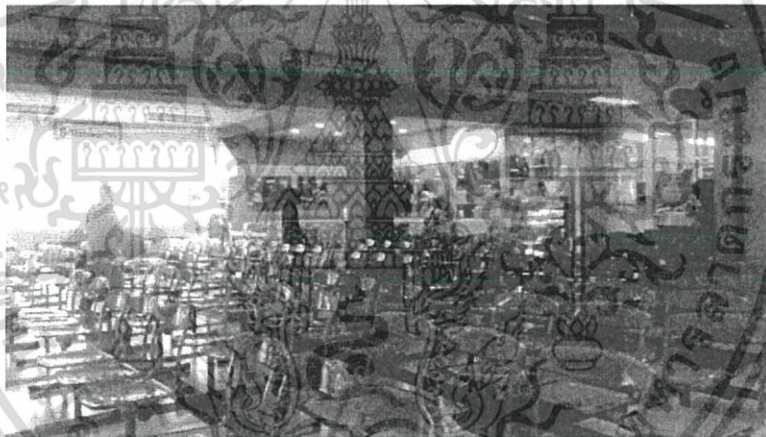
รูปที่ 6-7 ภาพทางเดินแพทย์หลังห้องตรวจ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



รูปที่ 6-8 ภาพบรรยากาศห้องทดสอบจิตวิทยาด้วยตนเองผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

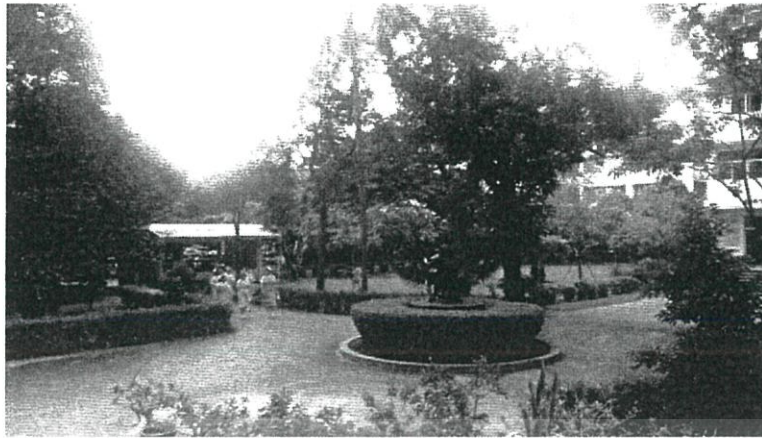
บริเวณโรงพักคอยรอรับยาและจ่ายเงิน จะมีร้านค้าแฟร้งให้บริการ โดยร้านค้าแฟร้งดังกล่าวเป็นหนึ่งในโครงการอาชีวบำบัด โดยให้ผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างดีได้มาเป็นพนักงานบริการภายในร้าน นอกจากนี้ในบริเวณนี้ก็มี ร้านบริการสวัสดิการซึ่งนำเอาสิ่งของฝีมือผู้ป่วยมาขาย และส่วนบริการสังคมสงเคราะห์เพื่อเป็นที่ปรึกษาทางการเงินให้ผู้ป่วยที่ฐานะไม่ดี



รูปที่ 6-9 ส่วนพักคอยรอรับยา - จ่ายเงิน (ที่มา : ผู้จัดทำ)

### ส่วนผู้ป่วยใน

ส่วนผู้ป่วยในได้แยกอาคารออกเป็น 3 อาคาร คือ อาคารผู้ป่วยรวม ,อาคารผู้ป่วยแยกชาย , อาคารผู้ป่วยแยกหญิง ในการเยี่ยมชมโครงการครั้งนี้ ได้รับอนุญาตให้เข้าชมอาคารผู้ป่วยแยกหญิง



รูปที่ 6-10 บริเวณด้านหน้าอาคารผู้ป่วยแยกหญิง (ที่มา : ผู้จัดทำ)

ในส่วนอาคารผู้ป่วยนั้น มีอาณาเขตบริเวณของตัวเองชัดเจน มีการรักษาความปลอดภัย ควบคุมการเข้าออกอย่างเข้มงวด เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนวุ่นวายภายในบริเวณ และภายในบริเวณ ก็มีบรรยากาศร่มรื่น

อาคารผู้ป่วยมีทั้งหมด 9 ชั้น โดยแบ่งเป็น โถงและห้องทำงานที่ชั้น 1 หอผู้ป่วยที่ชั้น 2 - 5 และส่วนอื่น ๆ ที่ชั้น 6 - 9 การสัญจรใช้ระบบลิฟต์ ซึ่งต้องใช้กุญแจในการสั่งงานทุกครั้ง

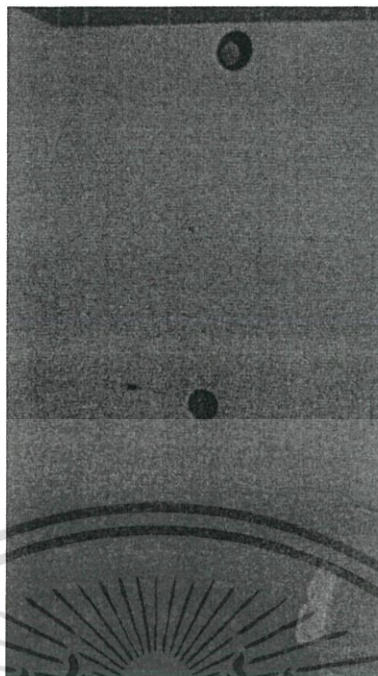
ภายในชั้นที่เป็นหอผู้ป่วย ประกอบไปด้วยห้องพักผู้ป่วยจำนวน 10 ห้อง (แบ่งเป็นห้องสังเกตอาการ ห้องทั่วไป และห้อง VIP) ,Nurse Station ,ห้องอาหาร ,ห้องบำบัดกลุ่ม และ โถงเอนกประสงค์ โดยมีพยาบาลประจำจำนวน 7 คน และเจ้าหน้าที่ประจำจำนวน 10 คน



รูปที่ 6-11 บรรยากาศภายในห้องพักผู้ป่วย (ที่มา : ผู้จัดทำ)

จากรูปที่ 6-11 จะเห็นว่าห้องพักผู้ป่วยมีทั้งแบบที่เป็นเตียงไม้และแบบที่เป็นเตียงผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยว่าจำเป็นต้องใช้เตียงผู้ป่วยหรือไม่ หากไม่จำเป็นก็สามารถใช้ห้องที่เป็นเตียงไม้ได้ เพื่อบรรยากาศและความรู้สึกเหมือนบ้าน

ภายในห้องพัก รวมถึงห้องน้ำ จะต้องมีความปลอดภัยสูง เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย รวมถึงการทำร้ายคนรอบข้างด้วย เฟอร์นิเจอร์จะต้องมีน้ำหนักมาก พังทลายยาก แต่ก็ปลอดภัยต่อร่างกายของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทำร้ายตัวเองหรือคนอื่นได้



รูปที่ 6-12 ภายในห้องน้ำต้องไม่ให้ฝักบัวยื่นออกมาจนกมั่ง ซึ่งอาจเป็นคานแขวนคอของผู้ป่วยได้  
(ที่มา : ผู้จัดทำ)

ห้องบำบัดกลุ่มภายในหอพักผู้ป่วย มีไว้เพื่อทำกิจกรรมบำบัดเล็กน้อยระหว่างวัน ซึ่งนับเป็นพื้นที่เอนกประสงค์ เพราะสามารถใช้ทำกิจกรรมได้หลากหลาย ตั้งแต่พูดคุย เล่นดนตรี ชมภาพยนตร์ หรือทำผลงานศิลปะ



รูปที่ 6-13 บรรยากาศภายในห้องบำบัดกลุ่ม (ที่มา : ผู้จัดทำ)

ส่วนห้องพักผู้ป่วยหนัก เป็นส่วนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มโรคการทำร้ายตัวเองและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งหน้าที่ใช้สอยหลักๆภายในอาคารนั้น เหมือนกับอาคารผู้ป่วยทั่วไป แต่แตกต่างกันตรงที่จะต้องมีห้องสังเกตอาการ ซึ่งจะมีช่องสำหรับการดูแลอาการอย่างใกล้ชิด ห้องแยกตามอาการเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการที่ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ส่วนการจัดวางผังอาคารจะมีการจัดให้ส่วน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ห้องพักผ่อนพื้นที่ส่วนกลาง ซึ่งเป็นส่วนที่ให้นักผู้ใช้สามารถเดินเล่นและพักผ่อนได้ โดยมีการกั้น ลูกรังโดยรอบ เพื่อความปลอดภัยและกันการหลบหนีของผู้ป่วย

นอกจากนี้ใน โครงการยังมีส่วนอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น ส่วนพิพิธภัณฑ์ ที่เก็บเล่าเรื่องราว ประวัติศาสตร์งานจิตเวชในประเทศไทย เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่บุคคลภายนอก ส่วนโรงอาหาร เจ้าหน้าที่ ที่เปิดให้ผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างปกติแล้วมาใช้บริการได้ (โดยอยู่ภายใต้การดูแลของ เจ้าหน้าที่)



รูปที่ 6-14 บรรยากาศโรงอาหารพนักงานซึ่งเปิดให้ผู้ป่วยเข้าใช้ได้ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

##### 5) สรุปวิเคราะห์การออกแบบสถาปัตยกรรม

สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยาเป็น โครงการที่มีประวัติศาสตร์มายาวนานกว่า 100 ปี ทำให้ตัวอาคารและการออกแบบอาจดูล้าสมัย และเนื่องจากการปรับปรุงมาตลอดเวลาจากที่รองรับ ผู้ป่วยจำนวนน้อย มาถึงปัจจุบันที่ต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้พื้นที่โครงการมีความหนาแน่นขึ้น ต้องขึ้นอาคารสูง อาจไม่เหมาะสมกับการเป็นสถานบำบัดพักฟื้นที่ต้องการบรรยากาศ ความรู้สึกเหมือนบ้านพักอาศัย

พื้นที่โครงการมีขนาดใหญ่ และมีสภาพแวดล้อมที่มีธรรมชาติอยู่เยอะมาก แต่เป็นที่น่าเสียดาย ที่พื้นที่ธรรมชาติเหล่านี้ไม่ค่อยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้โครงการมากนัก เพราะผู้ป่วยต้องอยู่เฉพาะ บนหอผู้ป่วยซึ่งเป็นอาคารสูง

ทั้งนี้ตัวอาคารผู้ป่วยสร้างความสับสนกับผู้ใช้งานอย่างมาก เพราะเป็นอาคารเล่นระดับครึ่งชั้น และขั้นตอนการเข้ารับการรักษามีการวกไปวนมา สร้างความสับสนกับผู้ใช้งาน

สำหรับข้อดีของโครงการคือ มีการแบ่งสัดส่วนในแต่ละพื้นที่ชัดเจน มีอาณาเขตที่เห็นได้ชัด รักษาความปลอดภัยเข้มงวด เช่น หอผู้ป่วย และ โครงการมีองค์ประกอบครบถ้วนในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเวช

## 6.1.2 โรงพยาบาลมนารมย์

### 1) ข้อมูลทั่วไป

เจ้าของโครงการ ที่ตั้ง	PAC (Siam) Co.,Ltd. (Psychiatric Associates Corporation, PAC) 9 ซอย 70/3 (ซอยหมู่บ้านนภาลัย) ถนนสุขุมวิท เขตบางนา กรุงเทพมหานคร
พื้นที่	ประมาณ 10,00.00 ตร.ม.
จำนวนเตียง	20 เตียง



รูปที่ 6-15 โรงพยาบาลมนารมย์ (ที่มา : [www.manarom.com/](http://www.manarom.com/))

เนื่องด้วยปัจจุบัน ความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่ความสามารถตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวยังไม่เพียงพอ คณะจิตแพทย์หลายท่านได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้ร่วมกันก่อตั้งบริษัท PAC(Siam) Co.,Ltd. หรือ Psychiatric Associates Corporation ขึ้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2546 เพื่อดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลมนารมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชแห่งแรกในประเทศไทย และสร้างเสร็จเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2549 และเปิดให้บริการเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2549

โรงพยาบาลต้องการให้บริการสุขภาพจิตทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพจิต ปัญหาจิตเวช และระบบประสาท ทั้งในผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช ประสาทวิทยาและสาขาที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายสถาบันการแพทย์ในประเทศไทย

โรงพยาบาลเปิดให้บริการดูแลรักษาเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างครบวงจร ประกอบด้วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลางวัน และแบบพำนักภายในโรงพยาบาล อีกทั้งโรงพยาบาลยังมอบทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่ต้องการค้นหาและพัฒนาศักยภาพในตัวเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## ปรัชญา

สุขภาพจิตที่ดี คือ รากฐานที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ครอบครัว และสังคม

## วิสัยทัศน์

เป็นผู้นำในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครบสมบูรณ์ มีประสิทธิภาพและคุณภาพตามมาตรฐานสากล พร้อมด้วยจรรยาบรรณ

## พันธกิจ

- ให้บริการด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพจิต และจิตเวช ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล
- ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักธรรมาภิบาลที่ดี
- ให้บริการด้วยบุคลากรสหวิชาชีพที่มีความชำนาญและเจตคติที่ดีให้การรักษาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ
- มุ่งพัฒนาคุณภาพการบริการและการศึกษาอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมงานพัฒนาสุขภาพจิตแก่สังคมไทย

## 2) ด้านประเภทและการให้บริการ

### แผนกผู้ป่วยนอก

การบริการประกอบด้วยเภสัชบำบัด (การเลือกยาที่เหมาะสมกับอาการ โรค และผู้ป่วย) การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด ทั้งรายบุคคล กลุ่ม ครอบครัว และคู่สมรส

การทำพฤติกรรมบำบัด กิจกรรมบำบัดโดยเน้นทั้งการบำบัดรักษาอาการการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการติดตามประเมินผลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา

ตารางที่ 6-1 อัตราค่าบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมนารมย์

รายการค่าบริการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
อัตราค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกครั้งแรก	500 - 3,000
อัตราค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกครั้งต่อไป	400 - 3,000
อัตราค่าจิตบำบัดรายบุคคล	800 - 3,000
อัตราค่าครอบครัวบำบัด	1,200 - 4,000
อัตราค่าประเมินทางจิตเวชเพื่อออกใบรับรองแพทย์	500 - 1,500

(ที่มา : [www.manarom.com/](http://www.manarom.com/))

## แผนกผู้ป่วยใน

ให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลใกล้ชิดและการพักผ่อนในสภาพแวดล้อมที่คล้ายบ้านอบอุ่นเป็นกันเอง

การดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหารมย์นั้น นอกจากการรักษาอาการทางจิตใจ และพฤติกรรมด้วยยาแล้ว ยังมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ให้สามารถรับผิดชอบตนเอง และดำเนินชีวิต ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขมากที่สุด ตลอดจนการช่วยสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยซ้ำ โดยอาศัยการบำบัดที่เรียกว่า "นิเวศน์บำบัด" (Milieu therapy)

นิเวศน์บำบัด เป็นกระบวนการการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพได้ด้วยตนเอง และช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ความสำเร็จของ "นิเวศน์บำบัด" จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายด้านรวมทั้ง การจัดสถานที่ บริเวณและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มีความปลอดภัย อำนวยต่อการปรับตัว และพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจแล้ว ยังต้องมีทีมบุคลากรจากหลายสาขา อาทิ เช่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรม และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ที่มีความรู้ ความชำนาญ เป็นผู้ดำเนินการรักษาให้เกิดการเรียนรู้ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลขณะที่พัก รักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงมีการจัด โปรแกรมและกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วินัย ทศกา ความเหมาะสมและความคิดเห็นของสังคม เข้าใจปัญหาทาง อารมณ์และกระบวนการคิดของตนเองที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ฝึกให้รู้จักรับผิดชอบต่อผลของการกระทำของตนเอง ฝึกความอดทน เพิ่มทักษะการสื่อสารกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ สามารถรับมือกับความเครียดที่เข้ามาในชีวิต เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถเห็นคุณค่าของตนเองและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ รวมทั้งการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเป็นปกติสุข

## ระเบียบปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหารมย์

- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จะขอตรวจสิ่งของ และวัสดุต้องห้าม ซึ่งผู้ป่วยนำติดตัวมาและอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้อื่นได้ และสวมชุด ที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ กรณีออกนอกโรงพยาบาลแล้วกลับเข้ามา ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนชุด และได้รับการตรวจร่างกายและความเรียบร้อยก่อนเข้าหอผู้ป่วย
- รายละเอียดสิ่งของและวัสดุต้องห้าม ไม่อนุญาตให้นำเข้ามาในแผนกผู้ป่วยใน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติด ยา ของมีคมทุกชนิด ยาที่ซื้อมาจากร้านขายยา หรือยาที่สั่งโดยแพทย์ภายนอก กล้องถ่ายรูป กล้องวิดีโอ โทรศัพท์มือถือ มีดโกน

- กรรไกร และของมีคมทุกชนิด ถุงพลาสติก เชือก เชือกกรองเท้า สิ่งของ หรือวัสดุที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ไม้ขีดไฟ ไฟแช็ค สัตว์เลี้ยงทุกชนิด
- เครื่องประดับ และอุปกรณ์ใช้งานส่วนตัว ไม่ควรเก็บเครื่องประดับ และของมีค่าไว้กับตนเอง โรงพยาบาลจะไม่รับผิดชอบหากเกิดการสูญหาย ส่วนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยจะนำมาใช้ได้ก็ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้
  - กรณีที่ผู้ป่วยต้องการมีเงินสำรองติดตัวไว้เพื่อซื้อของ หรือสั่งอาหารพิเศษ โรงพยาบาลขอความร่วมมือให้ญาติ ฝากเงินไว้ที่พยาบาล และทำการเบิกจ่ายผ่านพยาบาลทุกครั้ง
  - การติดต่อบุคคลภายนอก ต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้
    - โรงพยาบาลมีบริการโทรศัพท์สาธารณะ ในบริเวณห้องโถงหอผู้ป่วยใน โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยรับสายเข้าไม่เกิน 15 นาที
    - กรณีที่ผู้ป่วยต้องการใช้โทรศัพท์เพื่อติดต่อญาติ พนักงานเคาน์เตอร์พยาบาลจะเป็นผู้ต่อสายให้ และจำกัดเวลาไม่เกิน 15 นาทีต่อครั้ง
    - โรงพยาบาลจะเรียกเก็บเงินค่าโทรศัพท์จากการโทรออก ซึ่งจะปรากฏในรายการค่าใช้จ่ายการรักษา
    - กรณีที่มิใช่โทรศัพท์ถึงผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถรับสายได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะรับและบันทึกข้อความและแจ้งผู้ป่วย
    - ผู้ป่วยที่ต้องการส่งจดหมายถึงญาติหรือบุคคลภายนอก โรงพยาบาลมีบริการจัดส่ง โดยจัดเตรียมซองจดหมายและ อักษรแสดมป์ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ชำระค่าอักษรแสดมป์เอง
  - การสูบบุหรี่ เนื่องจากโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องสูบบุหรี่ ขอให้แจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ โรงพยาบาลมีโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ และขอเชิญชวนทุกท่านที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เข้ารับบริการได้ตลอดเวลา
  - กำหนดเวลาผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วยใน ห้ามออกนอกหอผู้ป่วย ยกเว้นได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ และกลับเข้าหอผู้ป่วยก่อน 21.00 น.
  - เจ้าหน้าที่จะปิดโทรศัพท์สนับบริเวณห้องโถงเวลา 21.00 น. และผู้ป่วยควรเข้านอนเวลา 22.00 น. เป็นอย่างช้า การนอนดึก หรือนอนไม่เพียงพอ จะส่งผลเสียต่อการรักษา และสุขภาพของผู้ป่วย
  - การเยี่ยมผู้ป่วยใน
    - โรงพยาบาลอนุญาตให้ญาติ/ผู้ที่ญาติอนุญาตที่มีรายชื่อกำหนดไว้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย การแจ้งชื่อเพิ่มเติมญาติแจ้งผ่านแพทย์เจ้าของไข้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- เวลาเยี่ยม วันธรรมดา จันทร์ - ศุกร์ เวลา 16.30 น. - 21.00น. วันหยุด เสาร์ - อาทิตย์ และวันนักขัตฤกษ์ เวลา 11.00 น. - 13.00 น. และ เวลา 16.30 น. - 21.30 น.
- ผู้ที่จะเฝ้าไข้ผู้ป่วย ต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์ก่อน
- โรงพยาบาลมหารมย์ขอสงวนสิทธิ์ในการรักษาดังนี้ ผู้ป่วยหรือญาติไม่ปฏิบัติตามระเบียบทางโรงพยาบาล ,ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ / จำหน่าย / จ่ายเอกสารเสพติดในโรงพยาบาล ,ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ตารางที่ 6-2 อัตราค่าบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหารมย์

แบบห้อง	ค่าห้อง (บาท)	ค่าการบริบาลทางจิต เวช (บาท)	ค่าบริการทั่วไป (บาท)	รวม (บาท)
ธรรมดา (เตียงคู่)	2,800	3,900	800	7,500
ธรรมดา (เตียงเดี่ยว)	4,650	3,900	800	9,350
ห้องพิเศษ	6,200	3,900	900	11,000
ห้องพิเศษ มีสวนหย่อม	6,700	3,900	900	11,500

(ที่มา : [www.manarom.com/](http://www.manarom.com/))

#### การอบรม สัมมนา พัฒนาบุคลิกภาพและศักยภาพ

โรงพยาบาลยังมอบทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่ต้องการค้นหาและพัฒนาศักยภาพในตัวเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผ่านกิจกรรมดังต่อไปนี้

- การอบรม สัมมนาทางด้านสุขภาพจิต (Seminar and Training)
- การพัฒนาศักยภาพ (Potential Development)
- การพัฒนาบุคลิกภาพ (Personality Development)
- การพัฒนาบุคคลในองค์กรด้วยโปรแกรมที่ปรับให้เข้ากับความต้องการของแต่ละองค์กร (Organization Psychology)
- การควบคุมอารมณ์ (Managing Emotion)
- การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย (Stress Management ,Relaxation and Stress Reduction Techniques)
- การพัฒนาการและการเลี้ยงดู (Child Development and Parenting)
- การตรวจสอบวินิจฉัยทางคลินิก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

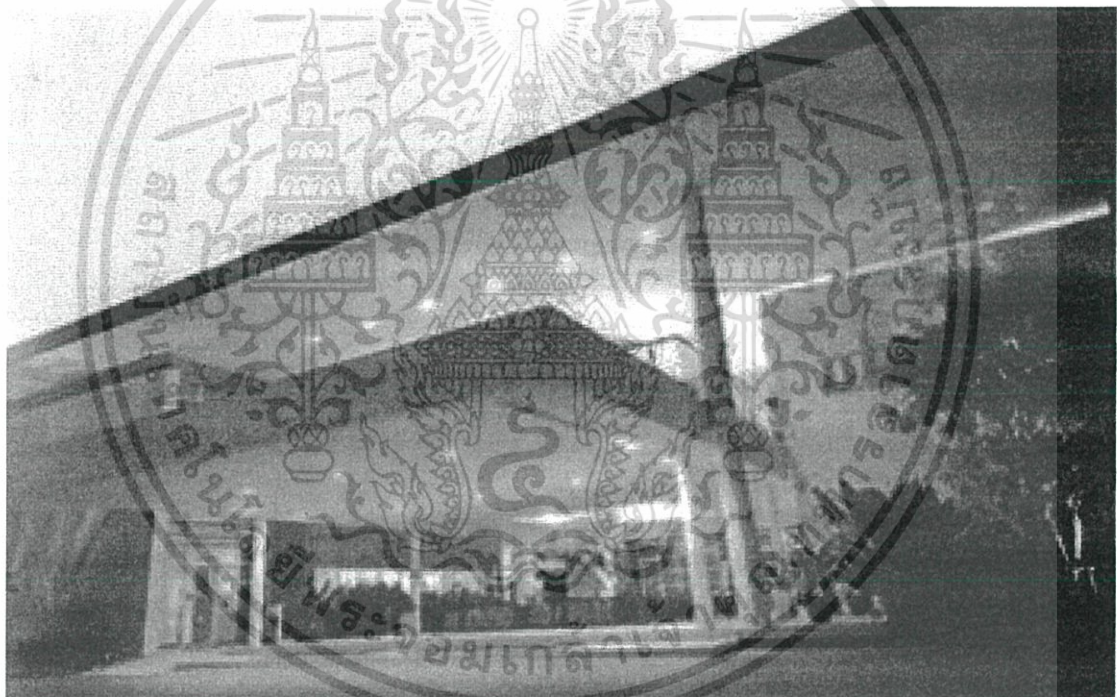
- การทดสอบทางจิตวิทยา เช่น เซาว์บีญญา (IQ Test) ประสาทจิตวิทยา (Neuropsychology)
- การตรวจทางด้านห้องปฏิบัติการ (Laboratory)

### 3) ด้านลักษณะอาการ

โรงพยาบาลมนารมย์มีลักษณะโครงการเป็นอาคารเดี่ยว ตั้งอยู่ในที่ดินและมีบริเวณโดยรอบเป็นอาคารเดี่ยว สูง 2 - 3 ชั้น บรรยากาศเงียบสงบ โถงโปร่งและกว้างขวาง มีความหรูหราและทันสมัย คล้ายโรงแรม

### 4) ด้านการออกแบบโครงการ

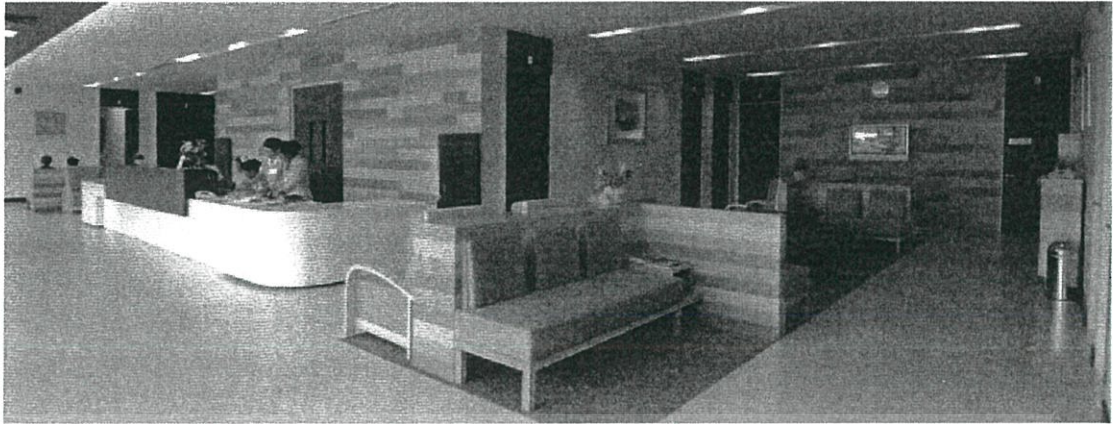
อาคารมีลักษณะเป็นอาคารเดี่ยว แต่มีการแบ่งส่วนภายในเป็นส่วนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และส่วนอบรม - สัมมนา



รูปที่ 6-16 บริเวณทางเข้าอาคาร (ที่มา : [www.manarom.com/](http://www.manarom.com/))

### ส่วนผู้ป่วยนอก

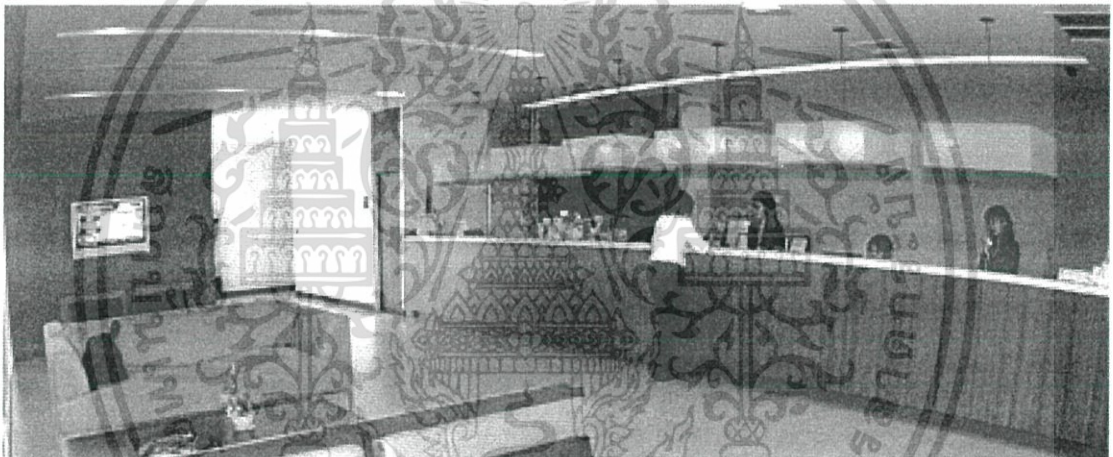
โครงการไม่ได้มีเป้าหมายที่จะรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก จึงสามารถออกแบบพื้นที่ที่โปร่ง โล่งสบายได้ ทำให้บรรยากาศชวนผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลลงได้



รูปที่ 6-17 บรรยากาศบริเวณพักคอยและรอตรวจ (ที่มา : [www.manarom.com/](http://www.manarom.com/))

### ส่วนผู้ป่วยใน

มีห้องบริการผู้ป่วยในจำนวน 4 ประเภท ได้แก่ ห้องธรรมดา (เตียงคู่) ,ห้องธรรมดา (เตียงเดี่ยว) ,ห้องพิเศษ ,ห้องพิเศษมีสวนหย่อม



รูปที่ 6-18 บรรยากาศบริเวณ โถงเยี่ยมญาติส่วนผู้ป่วยใน (ที่มา : [www.manarom.com/](http://www.manarom.com/))



รูปที่ 6-19 ภาพบรรยากาศห้องพักแบบต่าง ๆ (ที่มา : [www.manarom.com/](http://www.manarom.com/))

### 5) สรุปวิเคราะห์การออกแบบสถาปัตยกรรม

การศึกษาการออกแบบโรงพยาบาลมนารมย์ ทำให้ได้เห็นแนวทางการออกแบบของโรงพยาบาลจิตเวชเอกชน ที่ออกแบบให้ดูหรูหราล้ำสมัย สร้างบรรยากาศที่ดี โถงโปร่งสบาย ลด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ทั้งยังสามารถนำแนวทางการดำเนินงานรวมถึงอัตราค่าบริการมาใช้กับโครงการได้

โดยรวมแล้วอาคารและสภาพแวดล้อมรอบ ๆ อาคารมีความเหมาะสมและสวยงาม มีการให้ความสำคัญกับแสงธรรมชาติด้วยการเปิดช่องเปิดด้านบนเพื่อรับแสงสว่างและประหยัดพลังงาน มีการสลับช่องเปิด - ช่องปิดของผนัง ในส่วนที่ต้องการความเป็นสาธารณะมีการเปิดช่องเปิดเยอะ ในส่วนที่ต้องการความเป็นส่วนตัวก็มีการเปิดช่องเปิดน้อย ตามความเหมาะสม

ข้อเสียของโครงการเห็นจะเป็นการเชื่อมต่ออาคารทั้งหมดเข้าด้วยกัน ทำให้ไม่มีอาณาเขตที่ชัดเจน อาจลำบากในการดูแลรักษาความปลอดภัยหรือทำให้ส่วนผู้ป่วยในไม่เป็นส่วนตัวเท่าที่ควร

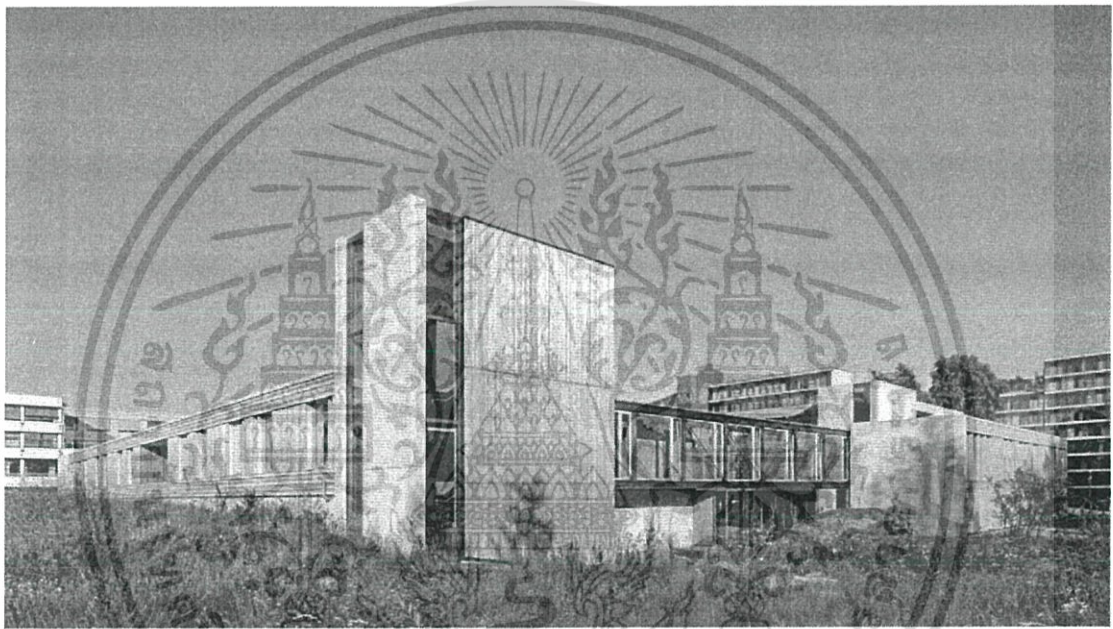


## 6.2 การศึกษาและวิเคราะห์อาคารตัวอย่างต่างประเทศ

### 6.2.1 Psychiatric Centre Friedrichshafen

#### 1) ข้อมูลทั่วไป

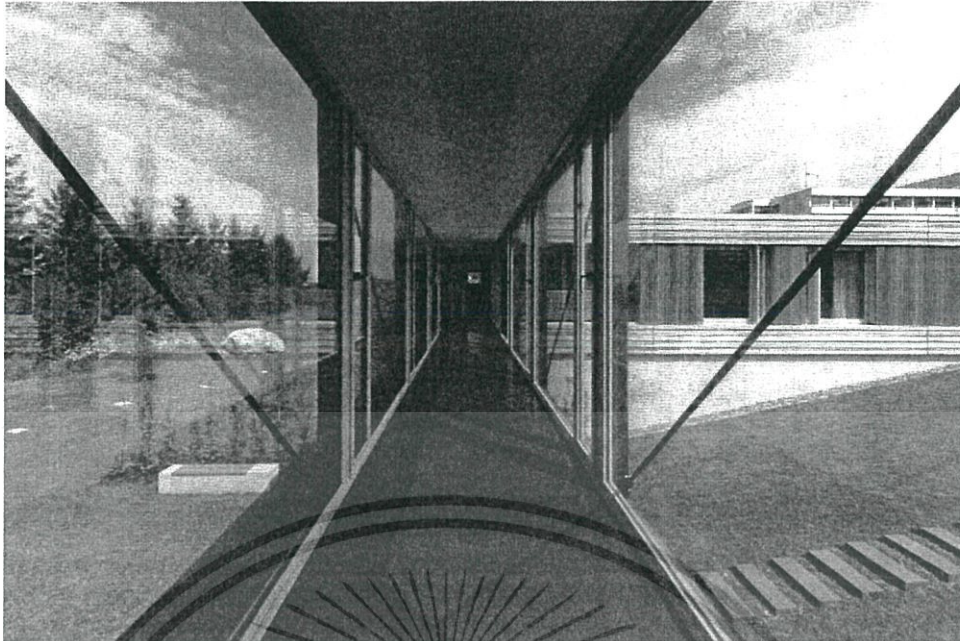
เจ้าของโครงการ	Südwürttembergische Zentren für Psychiatrie Ravensburg
ที่ตั้ง	Röntgenstraße 8, 88048 Friedrichshafen, Germany
พื้นที่	ประมาณ 3,270.00 ตร.ม.
จำนวนเตียง	76 เตียง



รูปที่ 6-20 Psychiatric Centre Friedrichshafen (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

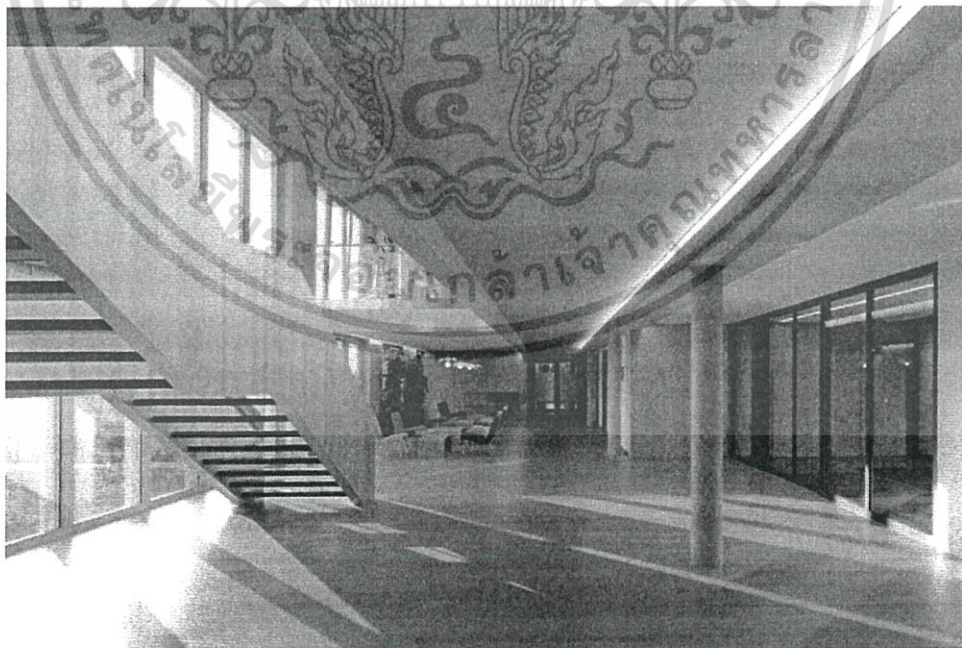
สถานบำบัดแห่งนี้ตั้งอยู่ภายในพื้นที่ของมหาวิทยาลัย Friedrichshafen โดยรายล้อมไปด้วยธรรมชาติ อยู่บนเนินเขาบริเวณแม่น้ำคอนสแตนซ์ ผังอาคารถูกออกแบบให้ล้อมรอบสวนขนาดใหญ่กลางอาคาร ด้วยการที่อยู่บนเนินเขา โครงการจึงตอบสนองความต้องการด้วยการสร้างทางเข้าในทั้ง 2 ระดับของเนินเขา มีสะพานพาดช่วงกว้างได้ถูกออกแบบให้มองเห็นและรับรู้ถึงพื้นที่ที่สูงต่ำของเนินเขา

ภูมิสถาปัตยกรรมโดยรอบอีกทั้งยังสร้างความสวยงามของพื้นที่ชนบทเมื่อมองจากสวนภายในอาคาร ลักษณะห้องตรวจรักษาที่มีขนาดใหญ่และเข้าถึงตัวผู้ป่วยได้โดยตรง และสวนที่ถูกจัดวางบนพื้นที่ชั้นล่างของอาคารทำให้เกิดการลงตาของธรรมชาติตามพื้นที่ลาดชัน



รูปที่ 6-21 สะพานพาดช่วงกว้างเชื่อมปีกอาคาร (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

อาคารหลักของโครงการนั้นสร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1960 ปกคลุมพื้นที่ขนาดใหญ่ภายในมหาวิทยาลัย การสร้างสถานบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชนี้ได้สร้างผลกระทบต่อระบบของโรงพยาบาลนี้ในทางที่ดี โถงทางเข้าที่ตั้งอยู่ระหว่างอาคารเก่าและอาคารใหม่ของโครงการ สร้างความดึงดูด และบรรยากาศที่ดีให้ทั้งผู้ป่วย ผู้มาติดต่อ และพนักงาน รวมถึงส่งเสริมการเข้าถึงชุมชน และความเป็นกันเองให้มากยิ่งขึ้น



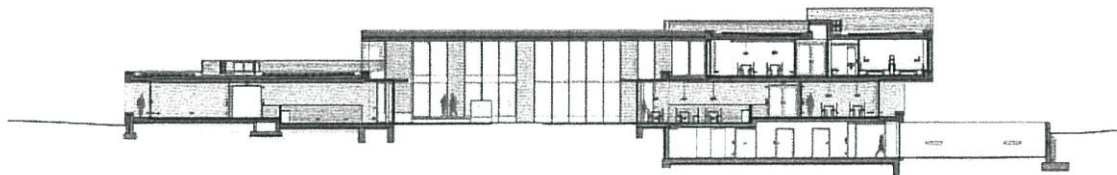
รูปที่ 6-22 บรรยากาศบริเวณโถงของอาคาร (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 2) ด้านลักษณะผัง

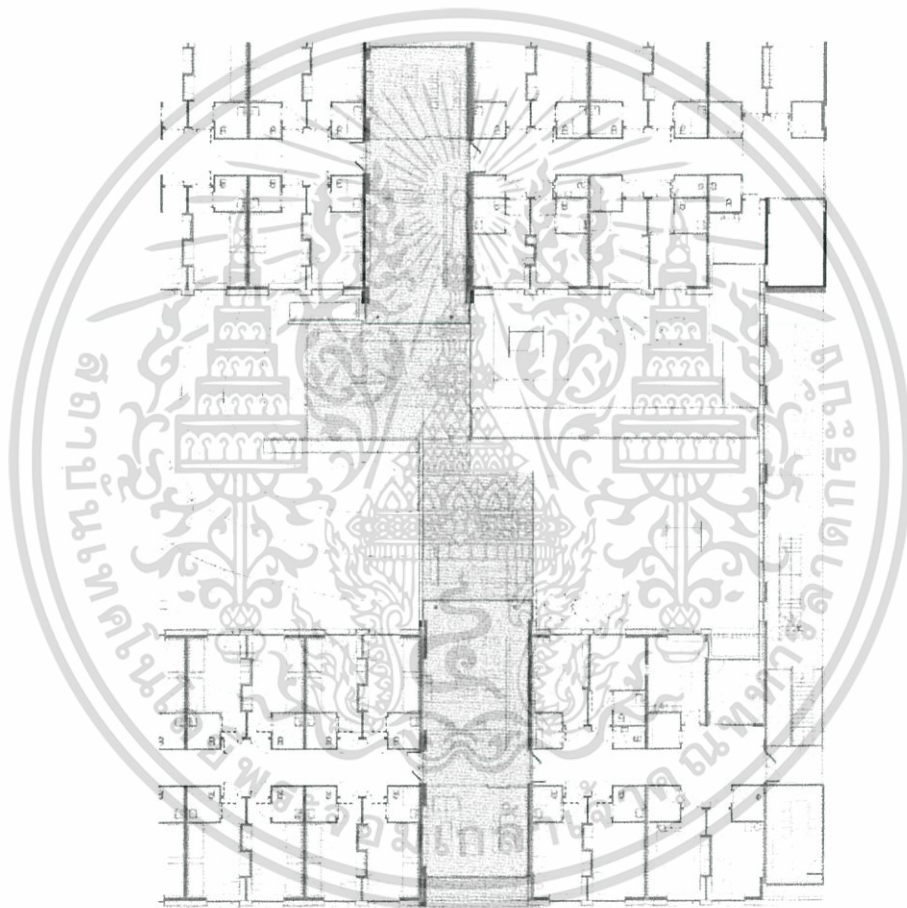
รูปที่ 6-23 ผังบริเวณของโครงการ (สีชมพู : อาคารเก่า, สีฟ้า : อาคารใหม่) (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

จากผังของโครงการแสดงให้เห็นถึงการวางอาคารใหม่ที่สร้างขึ้นในภายหลัง แยกตัวออกจากอาคารเก่าอย่างชัดเจน เพื่อความสงบและการเปิดมุมมองสู่ธรรมชาติ ตัวอาคารยังเปิดสวนกลางอาคารให้เป็นมุมมองภายในอีกด้วย



รูปที่ 6-24 รูปตัดอาคารแสดงการเข้าถึงจากทั้งสองทางของอาคาร (ที่มา : www.archdialy.com)

ทางเข้าของอาคารสามารถเข้าได้ 2 ทาง โดยด้านขวาคือทางเข้าหลัก เป็นบริเวณรับ - ส่งผู้ป่วย ส่วนบริเวณทางซ้ายเป็นทางเข้าโรงสำหรับพนักงานและการสนับสนุน โครงการทั้งหมด มีพื้นที่สำหรับจอดรถพนักงาน 10 คัน และมีพื้นที่สำหรับจอดรถอยู่ในลาดจอดรถใกล้อาคารจอดรถอีก 9 คัน

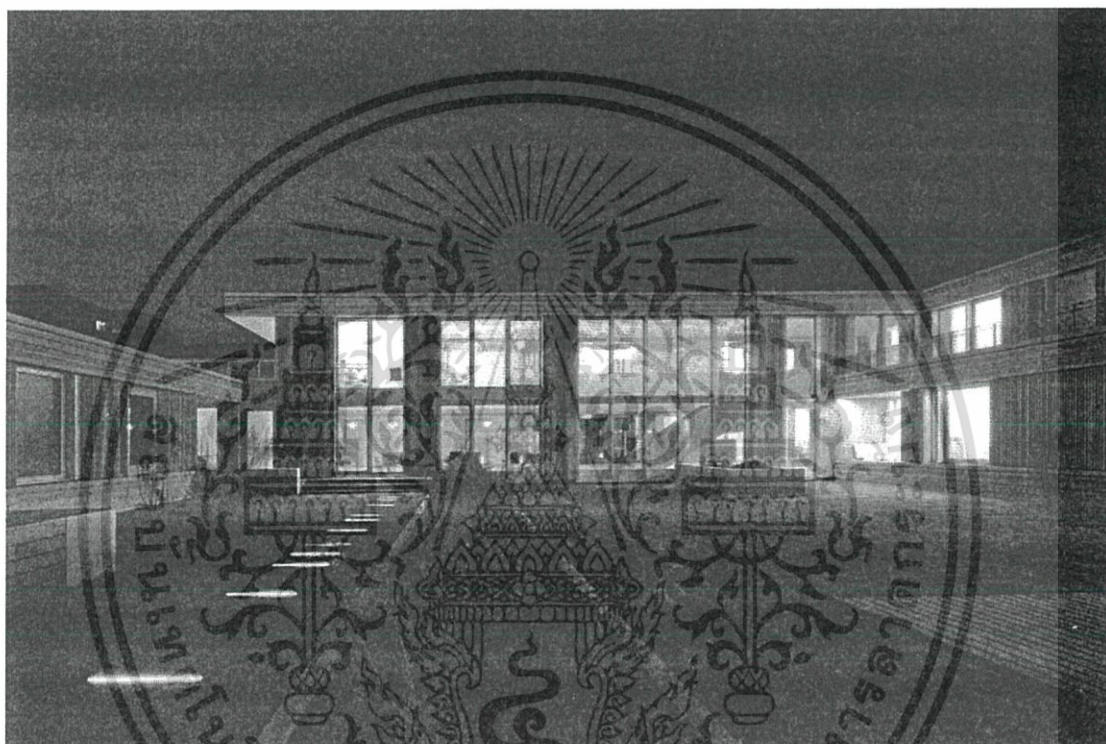


รูปที่ 6-25 ผังแสดงการแบ่งส่วนการใช้งานของอาคาร (สีฟ้า : ห้องพัก, สีชมพู : ส่วนพักผ่อน, สีเหลือง : ห้องกิจกรรม, สีเขียว : ส่วนบริการสาธารณะ) (ที่มา : www.archdialy.com)

จากผังพื้นที่ชั้น 1 แสดงถึงการเข้าถึงห้องพักผู้ป่วยใน โดยจำเป็นต้องผ่านส่วนทำกิจกรรม ซึ่งมีเคาน์เตอร์พยาบาลคอยดูแลผู้มาติดต่อเข้า - ออกอาคาร และบริเวณสวนกลางอาคารนั้นสามารถเข้าถึงได้จากส่วนห้องพักผู้ป่วยใน จากส่วนพักผ่อน เพราะจุดมุ่งหมายคือให้สวนบริเวณกลางอาคารเป็นส่วนพักผ่อนของผู้ป่วยโดยเฉพาะ ห้องพักรักษาผู้ป่วยจะมีทั้งห้องที่มีมุมมองเห็นสวนภายในโครงการ และห้องที่เห็นธรรมชาติภายนอกโครงการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ลักษณะตัวอาคารจะเป็นแนวยาวเพื่อให้ห้องทุกห้องวางตามแนวยาวและมีพื้นที่ผิวที่มองเห็นธรรมชาติมากที่สุด เข้าถึงภายนอกได้ง่าย และทำให้รู้สึกถึงภายนอกและภายในนั้นเชื่อมถึงกัน ซึ่งการที่ตัวอาคารมี 2 -3 ชั้นส่วนหนึ่งเพื่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดธรรมชาติดังกล่าวข้างต้นและอีกส่วนหนึ่งคือความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงได้ตลอดเวลาแม้จะให้ยาและประคบอาการแล้ว เพราะฉะนั้นหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและอาศัยอยู่ในอาคารสูงอาจทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองที่มีโอกาสกระโดดลงมาเพื่อหลบหนีและได้รับบาดเจ็บและอันตรายต่อคนรอบข้างที่มีโอกาสถูกผลัดตกจากอาคารได้



รูปที่ 6-26 แสดงบรรยากาศจากส่วนที่ถูกอาคารล้อมรอบ (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

บริเวณสวนกลางอาคารสามารถเชื่อมต่อได้จากทุกส่วนของอาคาร มองเห็นได้จากชั้น 2 และภายในบริเวณชั้น 2 ก็มีการจัดสวนของระเบียงไว้เพื่อเป็นสถานที่พักผ่อนที่ใกล้ชิดธรรมชาติ ให้ความรู้สึกไม่ต่างจากชั้น 1 เช่นกัน

### 3) สรุปวิเคราะห์การออกแบบสถาปัตยกรรม

การศึกษาวิเคราะห์อาคาร Psychiatric Centre Friedrichshafen ได้รับประโยชน์มากมายซึ่งเป็นแนวคิดในการออกแบบอาคาร ทั้งการวางผังอาคาร โดยรวม เชื่อมต่อทุกส่วนเข้าด้วยกันอย่างลงตัว การสร้างสภาพแวดล้อมภายในอาคาร และการสร้างความเป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วยได้ด้วยเช่นกัน

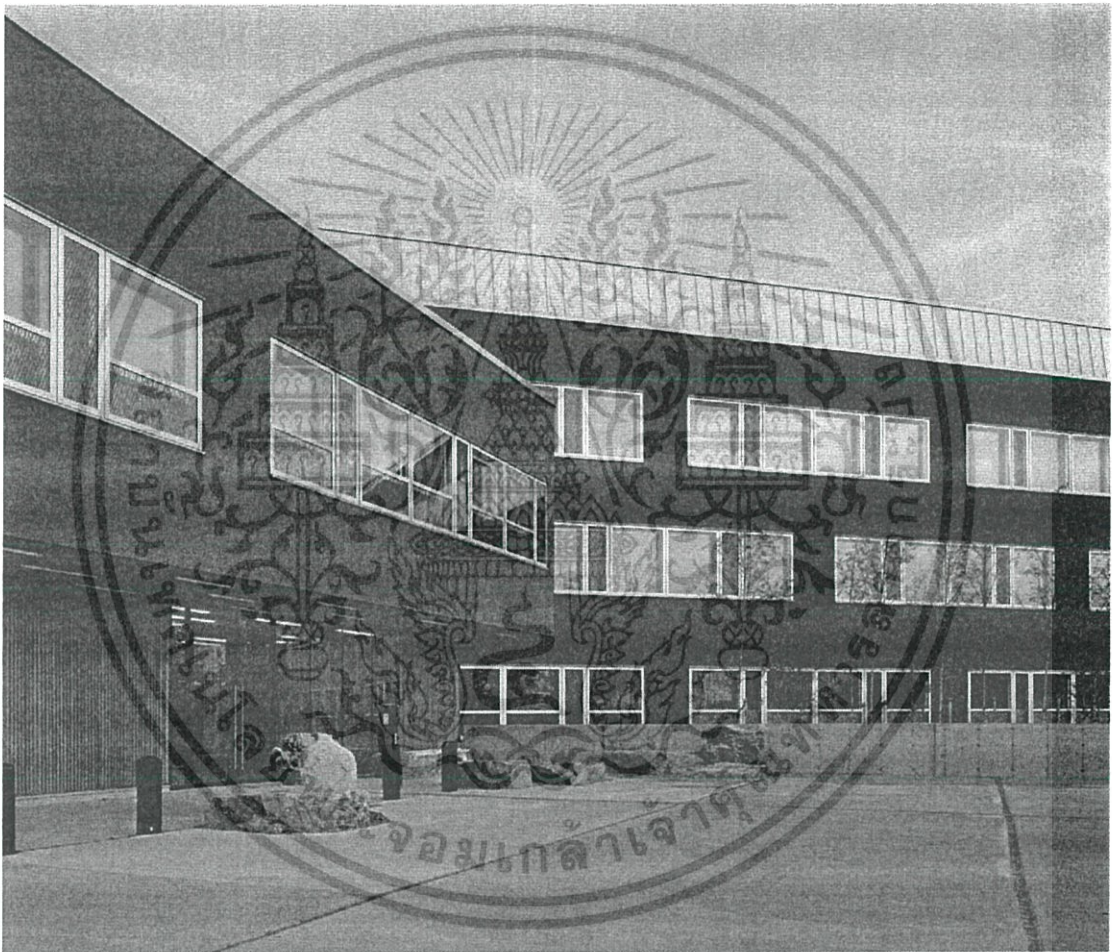
สังเกตได้ว่าการจัดผังในรายละเอียดและทางสัญจรเป็นไปอย่างเรียบง่าย ซึ่งทำให้ผู้ใช้อาคารเข้าใจได้ง่าย ไม่สับสน ทั้งยังดึงดูดให้นำใช้งานอีกด้วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 6.2.2 HELIX, Forensic Psychiatric Clinic of Stockholm

### 1) ข้อมูลทั่วไป

เจ้าของโครงการ	Forensic Psychiatric Clinic of Stockholm
ที่ตั้ง	Avd H1-H6 Öppenvårdsmottagning Alfred Nobels Allé 41141 52 Huddinge, Stockholm, Sweden
พื้นที่	ประมาณ 17,000.00 ตร.ม.
จำนวนเตียง	96 เตียง

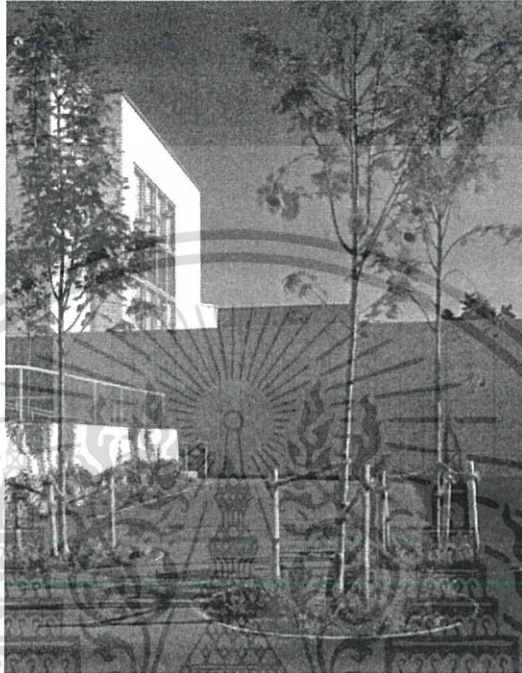


รูปที่ 6-27 HELIX (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

โครงการนี้ก่อสร้างเสร็จในปี ค.ศ. 2012 โดยโรงพยาบาลมีจุดประสงค์ที่จะรับรองผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงโดยเฉพาะ ความต้องการสูงสุดของโครงการคือ การรักษาความปลอดภัยที่แน่นอน ซึ่งตัวโครงการจะเป็นทั้งสถานที่ที่รับรองการรักษาทางจิตเวชที่เคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย สถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่สงบ และเป็นสถานที่ทำงานของผู้ให้บริการที่มีคุณภาพและมีความเพลิดเพลินใจ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การป้องกันการหลบหนีของผู้ป่วยของทางโครงการคือการสร้างกำแพงสูง 6 เมตรรอบโครงการ การเสริมความแข็งแรงของผนัง รั้ว หน้าต่าง ประตู และอุปกรณ์ประกอบอาคารเพิ่มเติม เช่น รั้วกันเสียง กลิ้งวงจรถัด และเพิ่มการส่องสว่างภายในอาคาร ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมของโครงการให้มีความรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น



รูปที่ 6-28 บริเวณรั้วของโครงการ (ที่มา : [www.archdaily.com](http://www.archdaily.com))

โครงการนี้ตั้งอยู่บนยอดเนินเขา โดยที่สภาพพื้นที่โดยรวมเป็นธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ใน ส่วนบริการสาธารณะและส่วนบริหารถูกจัดไว้ในส่วนที่ติดกับชุมชน ซึ่งทำให้ส่วนหอผู้ป่วยนั้นหันหน้าออกหาธรรมชาติโดยรอบของโครงการ

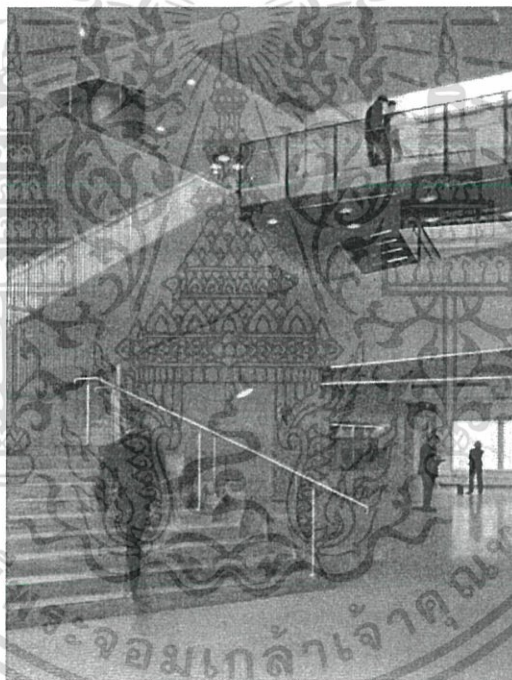
ภูมิประเทศของโครงการถูกใช้ประโยชน์ในการซ่อนกำแพงสูง 6 เมตรให้มองไม่เห็นหากอยู่ในอาคาร เนื่องจากตัวอาคารตั้งอยู่สูงกว่าตัวรั้ว และมีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต่างหอพักมองเห็นกัน ด้วยต้นไม้และก้อนหินขนาดใหญ่

ทางเข้าสำหรับพนักงานของโรงพยาบาลถูกออกแบบให้เป็นพื้นที่ที่พบปะเพื่อการสนทนา การงาน และการพักผ่อน มีลักษณะเป็นห้องโถงขนาดใหญ่ ที่ให้ความรู้สึกเชิญชวน เข้าถึงง่ายและมองเห็นได้โดยง่าย และโถงทางเข้าดังกล่าวสามารถเข้าถึงส่วน ร้านกาแฟ ห้องสัมมนา และโรงยิม ได้โดยง่ายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีของพนักงานในโรงพยาบาล

สภาพแวดล้อมของส่วนรักษาผู้ป่วยมีลักษณะพิเศษคือฝ้าเพดานที่สูงกว่าปกติ และการเปิดรับแสงธรรมชาติโดยรอบ โดยส่วนของห้องพักรักษาผู้ป่วย 4 ปีจะมีขนาดกว้าง ไปด้วยส่วนดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นที่พักของแพทย์ พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ โดยบริเวณดังกล่าวถูกออกแบบให้เป็นพื้นที่ที่ส่งเสริมการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ พยาบาลดังกล่าว

ในมุมมองของผู้ออกแบบ การออกแบบสถานบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเป็นหนึ่งในงานที่ทำให้ท้าทายที่สุดของสถาปนิก ทั้งในเรื่องของความปลอดภัย, การป้องกันอัคคีภัย, รายละเอียดด้านโครงสร้าง, สภาพแวดล้อมทางการรักษา, ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และผู้ดูแลและสังคมโดยรวม การออกแบบ การออกแบบนั้นสถาปนิกได้รวมเอาประสบการณ์ในการออกแบบสถานพยาบาล ผสมรวมกับความรู้ทางด้านความปลอดภัยระดับเรือนจำและศาลเข้าด้วยกันเพื่อออกแบบโครงการนี้

การพัฒนาแบบนี้ได้มีการสัมภาษณ์ พุคคัยและปรึกษาหารือกับทั้งผู้ใช้งาน โครงการช่างก่อสร้าง ตลอดจนผู้ประกอบการ เพื่อเป้าหมายเดียวกัน นั่นก็คือความปลอดภัยสูงสุดของพนักงาน ผู้ใช้งาน โครงการและผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งความตั้งใจจากทุกฝ่ายเหล่านี้ ทำให้เกิดการออกแบบที่มีคุณภาพทั้งสภาพแวดล้อมและ โครงสร้างอาคารในการออกแบบสถานพยาบาลที่ทันสมัยนั้น มีข้อสำคัญในการออกแบบที่สถาปนิกใช้ใน โครงการดังนี้



รูปที่ 6-29 บรรยากาศบริเวณ โถงทางเข้าโครงการ (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

#### - การจัดการกับทางสัญจรภายในโครงการที่ดี

โครงการประเภทนี้ต้องการการทำงานร่วมกันของหลายฝ่าย ในขณะเดียวกันก็ต้องการแยกพื้นที่บางพื้นที่ให้ผู้ป่วยบางอาการไม่ควรเจอกัน พื้นที่อาทิเช่น พื้นที่แสดงผลงาน ลานอเนกประสงค์สำหรับพนักงาน บันได ที่ทำงานของพนักงานภายในหอผู้ป่วยใน จำเป็นต้องถูกออกแบบด้วยความประณีตเป็นพิเศษ

- การออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยจำเป็นต้องสงบ ชัดเจนและทนทาน

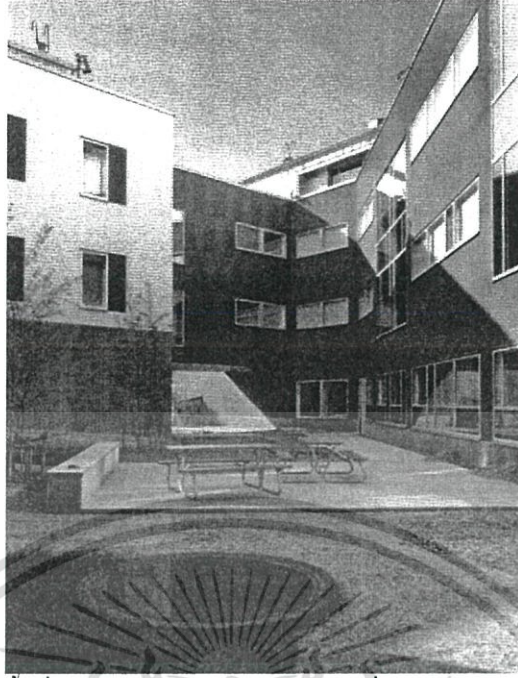
พื้นที่หลายจุดในโครงการนั้นถูกออกแบบทั้งรายละเอียด วัสดุ และรายละเอียดการติดตั้งวัสดุธรรมชาติจะเป็นวัสดุหลักของโครงการ ซึ่งทางสถาปนิกพยายามจะใช้วัสดุธรรมชาติในโครงการให้ได้มากที่สุด ซึ่งวัสดุธรรมชาติที่มีคุณภาพจะส่งเสริมลักษณะเด่นของแต่ละห้องให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น วัสดุคอนกรีตจะเป็นคอนกรีตเปลือยโชว์ลายแทนที่จะทาสีผนังจะทาสีเต็มแผ่นและประตูจะถูกตกแต่งด้วยวีเนียร์ลายไม้โอ๊ค

- การออกแบบสภาพแวดล้อมทางสังคมในชีวิตประจำวันที่จะเกิดขึ้นในโครงการ

พื้นที่ส่วนกลางในส่วนหอผู้ป่วยในนั้นได้ถูกวางโปรแกรมและกิจกรรมมากมายที่จะเกิดขึ้นในพื้นที่นั้น พื้นที่บางส่วนของเข้าถึงได้ยากหรือมองเห็นได้ยากก็จำเป็นต้องถูกออกแบบด้วยความพิถีพิถัน ลานอเนกประสงค์ของพนักงานนั้นถูกออกแบบให้เป็นที่รวมตัวเพื่อการสนทนา การทำงาน และพักผ่อน ด้วยความสำคัญเทียบเท่ากับการออกแบบพื้นที่ภายในอาคาร

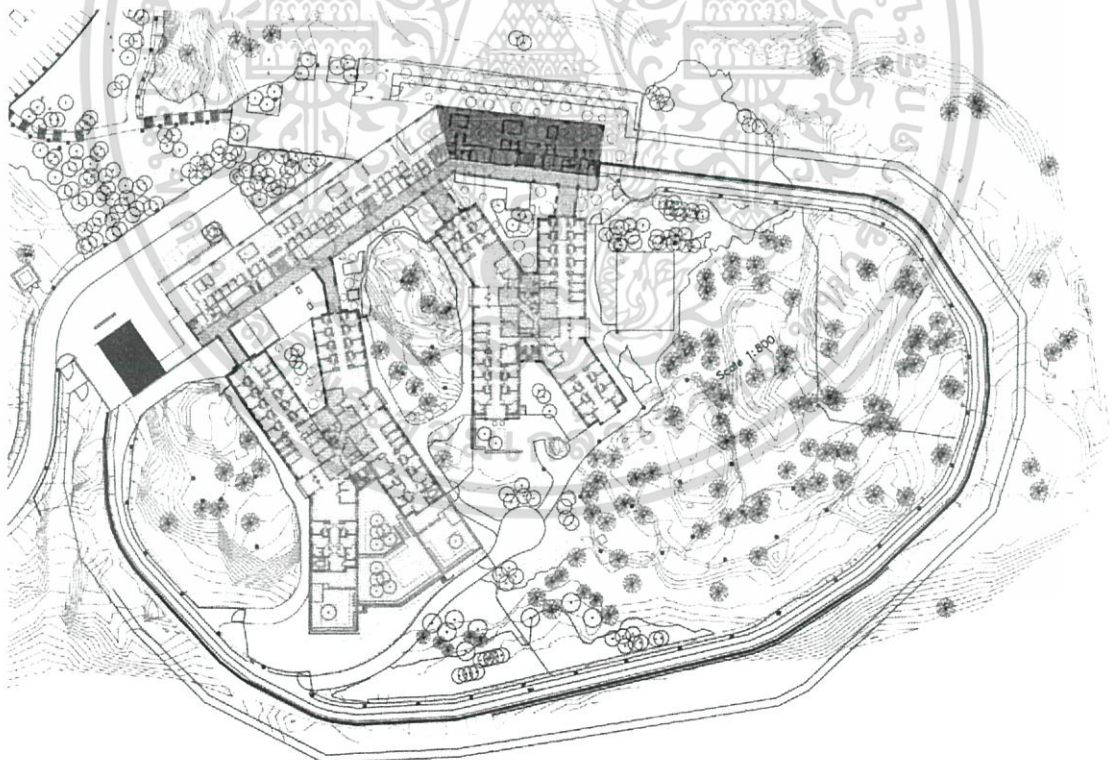
- ธรรมชาติ

พื้นที่ของโครงการจำเป็นต้องมีธรรมชาติอยู่ภายในโครงการ ตัวอย่างพื้นฐานนั้นก็คือ เกาะกลางอาคารที่มีหินและต้นไม้ รวมทั้งมุมมองระยะไกลที่จำเป็นต้องมองเห็นธรรมชาติที่อยู่เหนือรั้วคอนกรีตแผ่นหนา เนื่องจากผลการทดลองวิทยาศาสตร์หลายตัวแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่ดีต่อการรักษาคอนไซม์ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ทางกายหรือคนไข้ทางจิตก็ตาม ดังนั้นในโครงการจึงมีพื้นที่พักผ่อนที่มองเห็นวิวทิวทัศน์หรือธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นธรรมชาติภายในโครงการหรือภายนอกโครงการก็ดี หรือมีพื้นที่กลางแจ้งภายในโครงการที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสามารถเดินเล่นได้



รูปที่ 6-30 พื้นที่เอนกประสงค์ภายใน โครงการ (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

## 2) ด้านลักษณะผัง



รูปที่ 6-31 ผังบริเวณของโครงการ (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

จากผังบริเวณของโครงการทางเข้าของอาคารจะอยู่บริเวณสี่เหลี่ยม โดยเป็นส่วนที่มีลานหน้าอาคารขนาดใหญ่ ซึ่งรองรับทางเข้าหลักของอาคารที่ต่อมาจากบริเวณที่จอดรถที่อยู่บริเวณด้านล่าง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ของเนินเขา (ด้านซ้ายบนของรูปภาพ) โดยที่ทางโครงการมีการเพิ่มทางเข้าที่สองซึ่งเป็นทางเข้ารองสำหรับส่วนสนับสนุน โครงการหรือแม้กระทั่งสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องนำรถโดยสารเข้ามาใกล้อาคารมากที่สุด เพื่อส่งของหรือเพื่อส่งตัวผู้ป่วยฉุกเฉินก็ตาม

บริเวณสีเขียวจะเป็นส่วนผู้ป่วยนอก ส่วนสนับสนุน โครงการเนื่องจากอยู่ใกล้กับทางเข้ารองที่ต้องการความรวดเร็วในการขนส่ง และมีทางเชื่อมติดต่อกับหอพักผู้ป่วยใน โดยผ่านทางเชื่อมในบริเวณสีเขียว ซึ่งเป็น โถงเปลี่ยนผ่านและคัดกรองผู้มาติดต่อผู้ป่วยและป้องกันการหลบหนีของผู้ป่วยด้วย โดยทางเข้าจะมีอาคารละ 2 ทาง และเชื่อมต่อกันทั้งอาคารผู้ป่วยนอก และบริเวณสีน้ำเงินจะเป็นส่วนทำงานของฝ่ายบริหารเนื่องจากต้องการความสงบที่สุดและอยู่ติดกับทางเข้าหลัก และในบริเวณสีฟ้าจะเป็นส่วนหอผู้ป่วยในซึ่งเปิดรับธรรมชาติโดยรอบอาคารมีจำนวน ปีก ปีก 2 ปีก เชื่อมต่อกันด้วยส่วนพักของผู้ดูแล และสามารถเชื่อมต่อลงมาด้านล่างของ โครงการที่เป็นป่ารอบอาคาร ได้จากลานอเนกประสงค์บริเวณด้านล่างของหอพักแต่ละหอ



รูปที่ 6-32 ผังอาคารผู้ป่วยใน (ที่มา : [www.archdialy.com](http://www.archdialy.com))

ในส่วนของหอผู้ป่วยในจะมีการจัดวางห้องเหมือนกัน 2 ผังของอาคารแต่ละกลับด้านกันเพื่อทำให้เกิดความถี่นไหลของพื้นที่ว่างภายในและเปิดมุมมองของอาคารให้มองเห็นธรรมชาติโดยรอบ หอพักของผู้ป่วยทั้งหมดจะอยู่บริเวณปลายของอาคารและจัดให้ส่วนกลางอาคารเป็นบริเวณทำกิจกรรม (บริเวณสีเขียว) และบริเวณที่พักของแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ทางสัญจรสั้นที่สุด ตอบสนองความต้องการความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อ

ทางเข้าออกของหอพักผู้ป่วยในจะเข้าออกได้ 4 ทาง โดย 2 ทางบริเวณด้านบนจะเชื่อมต่อไปสู่อาคารผู้ป่วยนอกและส่วนบริหาร ส่วน 2 ทางด้านล่างจะเชื่อมต่อสู่สวนขนาดใหญ่ภายในโครงการ ที่มีรั้วสูง 6 เมตรล้อมรอบสามารถใช้งานได้ทั้งผู้ป่วยและพนักงานในโครงการ การสัญจรทางตั้งจะ

มีบริเวณเดียวคือบริเวณสี่เหลี่ยม เป็นนบันไดเชื่อมต่อแต่ละชั้นของอาคารที่ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยและพนักงานเช่นกัน

### 3) สรุปวิเคราะห์การออกแบบสถาปัตยกรรม

จากการศึกษาโครงการ HELIX, Forensic Psychiatric Clinic of Stockholm ทำให้ได้มุมมองที่สำคัญต่อการออกแบบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะข้อพึงตระหนักที่สถาปนิกได้ระบุไว้จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การจัดการกับทางสัญจร, การจัดการสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม รวมไปถึงเรื่องธรรมชาติ ซึ่งโครงการก็ได้วางผังให้ธรรมชาติเข้าถึงตัวอาคารมากที่สุด มีการเปิดช่องเปิดเพื่อเปิดรับมุมมองธรรมชาติภายนอก

#### 6.3 สรุปผลการศึกษาอาคารตัวอย่าง

จากการศึกษาโครงการตัวอย่างทั้งภายในและต่างประเทศ ทำให้ได้แนวคิดในการออกแบบมากมาย สำหรับตัวอย่างอาคารภายในประเทศ ทำให้ทราบถึงระบบการรักษาผู้ป่วย กระบวนการตั้งแต่การรับเข้า รักษา บำบัด จนกระทั่งส่งออก และยังได้เห็นความเป็นอยู่ของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย ได้เห็นทั้งข้อเสียด้านสภาพแวดล้อม นำไปสู่การออกแบบเพื่อหลีกเลี่ยงข้อเสียนั้น และได้ทราบถึงข้อพึงระวัง รวมถึงการรักษาความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย

ในการศึกษาตัวอย่างอาคารต่างประเทศ ทำให้ได้พบแนวคิดและเทคนิคการออกแบบที่หลากหลาย ทั้งในแง่ของการใช้ภูมิสถาปัตยกรรม การใช้วัสดุในการตกแต่งอาคาร วิธีการจัดผังอาคารและการวางเฟอร์นิเจอร์ รวมไปถึงการวางเส้นทางสัญจรที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ดังที่ได้กล่าวไปในบทสรุปวิเคราะห์การออกแบบสถาปัตยกรรมของแต่ละตัวอย่างอาคาร

## บทที่ 7

### การศึกษาโครงสร้างและงานระบบ

การศึกษาโครงสร้างและงานระบบ จะทำให้โครงการมีรายละเอียดที่สมบูรณ์มากขึ้น ด้วยหลักการทางวิศวกรรมศาสตร์ สามารถส่งเสริมโครงการด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีประกอบอาคารได้ นับเป็นอิทธิพลที่มีผลต่อการออกแบบ

#### 7.1 โครงสร้างอาคาร

##### 7.1.1 แนวทางการเลือกใช้โครงสร้าง

การเลือกใช้โครงสร้างที่เหมาะสมกับอาคาร มีความสำคัญตั้งแต่ช่วงการออกแบบอาคาร การก่อสร้างอาคาร จนถึงการบำรุงรักษาอาคารเมื่อการก่อสร้างเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ออกแบบจึงคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ในการเลือกใช้โครงสร้างต่าง ๆ ดังนี้

- ความเหมาะสมต่อกิจกรรมใช้สอยภายใน
- ความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมท้องถิ่น
- ความแข็งแรงทนทาน
- ความประหยัดงบประมาณการก่อสร้าง
- ความสะดวก รวดเร็วและประหยัดระยะเวลาในการก่อสร้าง
- ความสะดวกในการขนส่ง และการจัดหาอุปกรณ์
- ความสะดวกในการจัดหาแรงงาน และช่างฝีมือ
- การดูแลและบำรุงรักษา

##### 7.1.2 ลักษณะโครงสร้างที่ใช้กับอาคาร

###### 1) ระบบโครงสร้างใต้ดิน

- **เสาเข็ม** : รูปแบบของงานเสาเข็มที่ถูกใช้เพื่อรับน้ำหนักอาคารใน โครงการคือระบบเข็มเจาะ ทำระบบเปียก เนื่องจากพื้นที่ข้างเคียงเป็นที่พักอาศัย จึงหลีกเลี่ยงการตอกเสาเข็มที่จะทำให้เกิดเสียงและแรงสั่นสะเทือนต่อพื้นที่โดยรอบ อันอาจเกิดปัญหาภายหลังได้
- **ฐานราก** : ฐานรากที่นำมาใช้ใน โครงการคือ ฐานรากแผ่ แบบหล่อในที่ เพื่อน้ำหนักลงเป็นแผ่นผืนเดียวกัน คิดเป็นองค์รวมเมื่อน้ำหนักที่ลงแต่ละเสาจะไม่เท่ากันก็ตาม เพื่อรักษาระดับของโครงการไม่ให้ทรุดแล้วเกิดการแตกแยกออกจากกัน

## 2) ระบบโครงสร้างเหนือดิน

รูปแบบของโครงการเป็นสถานพยาบาล ซึ่งมีส่วนการใช้งานที่หลากหลาย ตั้งแต่ส่วนวิชาการ ส่วนตรวจรักษา กระทั่งส่วนบำบัดฟื้นฟู แต่โดยรวมอาคารมีบรรยากาศเป็นที่พักอาศัย อาคารแต่ละหลังจึงมีขนาดไม่ใหญ่โตหรือสูงมากนัก อาคารจะวางในลักษณะแผ่ราบไปกับพื้น จึงไม่มีความซับซ้อนในเรื่องของโครงสร้าง การเลือกใช้โครงสร้างจึงเลือกใช้ลักษณะ โครงสร้างทั่วไป ซึ่งมีความประหยัดและสามารถก่อสร้างได้ง่าย โดยโครงสร้างที่เหมาะสมกับลักษณะ โครงการ มีดังนี้

- ระบบโครงสร้างพาดช่วงสั้น (Short Span) : โครงสร้างประเภทโครงกระดูก ระบบเสา – คาน (Grid) โดยใช้เสาตั้งแต่หน้าตัดเหลี่ยม 0.20 ม. X 0.20 ม. ไปจนหน้าตัดกลม เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.80 ม.
- ระบบโครงสร้างพาดช่วงกว้าง (Wide Span) : ใช้ระบบโครงถัก (Truss) ในส่วนที่มีการพาดช่วงกว้างบริเวณทางเข้าโครงการ ใช้วัสดุเหล็ก
- ระบบหลังคา : ใช้หลังคาจั่วซ้อนภายในขอบคอนกรีต (Parapet) โดยโครงสร้างหลังคาใช้วัสดุเหล็ก มุงด้วยเมทัลชีท เอียง 3 องศา กับแนวระนาบ

## 3) วัสดุก่อสร้าง

เนื่องจากต้องพิจารณาจากความเหมาะสมกับการรองรับความผิดปกติของการทำงานของร่างกาย อันเกิดจากสาเหตุทางจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยทางจิตหลายรายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ การใช้วัสดุปูพื้นจึงใช้วัสดุที่ไม่ลื่น และง่ายต่อการทำความสะอาด ได้แก่ กระเบื้องยาง , พื้นไม้ , ไม้ขัดเงา , กระเบื้องดินเผา , ทรายล้าง , หินขัด เป็นต้น นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความคงทนต่อการใช้งาน และสภาพภูมิอากาศ เหมาะสมกับระบบ โครงสร้าง กลมกลืนกับบรรยากาศและสภาพแวดล้อม และสมควรอย่างยิ่งที่จะเป็นวัสดุจริง เพื่อการรับรู้ที่แท้จริงต่อผู้ป่วยที่มีอาการความรู้สึกนึกคิดผิดไปจากความเป็นจริง

ในส่วนของวัสดุที่พิจารณาใช้ในโครงการเป็นวัสดุหลัก ได้แก่วัสดุทั่วไป เช่น

- คอนกรีต ใช้เป็นโครงสร้างหลักและตกแต่งในบางส่วน
- เหล็ก ใช้เป็นลักษณะโครงสร้างที่ต้องพาดช่วงกว้าง โครงสร้างหลังคา
- ไม้ ให้ความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย เหมาะสมต่อการเป็นวัสดุตกแต่งเพื่อให้บรรยากาศที่ดีต่อโครงการ
- วัสดุอื่น ๆ

## 7.2 งานระบบประกอบอาคาร

### 7.2.1 แนวทางการเลือกใช้งานระบบต่าง ๆ

การเลือกใช้งานระบบประกอบอาคารที่เหมาะสม มีความสำคัญใช้งานอาคาร ซึ่งส่งผลโดยตรงกับผู้ใช้อาคาร ผู้ออกแบบจึงคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ในการเลือกใช้โครงสร้างต่าง ๆ ดังนี้

- ความเหมาะสมต่อกิจกรรมใช้สอยภายใน
- ความเหมาะสมกับประเภทอาคาร
- ความประหยัดงบประมาณของอุปกรณ์ประกอบอาคาร
- การดูแลและบำรุงรักษาได้ง่าย
- ความคงทน มีอายุการใช้งานสูง
- ความปลอดภัยของผู้ใช้โครงการ
- กฎหมาย และข้อกำหนดต่าง ๆ

### 7.2.2 ระบบวิศวกรรมไฟฟ้า

ระบบไฟฟ้าภายในอาคารเป็นระบบที่สำคัญมากในปัจจุบัน เพราะระบบไฟฟ้าเป็นต้นกำเนิดพลังงานของระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น ระบบปรับอากาศ หรือระบบการขนส่ง และที่สำคัญระบบไฟฟ้าช่วยสร้างแสงสว่างภายในอาคารเพื่อการใช้งานที่เหมาะสม

การออกแบบระบบไฟฟ้า ต้องศึกษาข้อกำหนดมาตรฐานและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ระบบไฟฟ้าสอดคล้องกับการใช้งานของโครงการ โดยกำหนดให้มีการก่อสร้างสถานีไฟฟ้าย่อย (Sub Station) เพื่อจ่ายไฟฟ้าแสงสว่างและไฟฟ้ากำลังไปยังจุดต่าง ๆ ของโครงการ และต้องมีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าฉุกเฉิน (Emergency Generator) เพื่อจ่ายกระแสไฟฟ้าในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน

การกำหนดตำแหน่งห้องเครื่องไฟฟ้า จะกำหนดในจุดที่จ่ายไฟฟ้าได้มีประสิทธิภาพที่สุด คือ มีผนังด้านใดด้านหนึ่งของห้องไฟฟ้าติดกับสิ่งแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อให้อากาศภายในห้องสามารถถ่ายเทได้ ขนาดของห้องงานระบบไฟฟ้าขึ้น อยู่กับหม้อแปลงแรงดันไฟฟ้า และ ตู้จ่ายไฟฟ้าหลัก (Main Distribute Board :MDB) โดยหม้อแปลงแรงดันไฟฟ้าและตู้จ่ายไฟฟ้าจะมีอย่างน้อย 2 ชุด เพื่อความปลอดภัยในกรณีที่ชุดใดชุดหนึ่งชำรุดเสียหาย

การคำนวณกำลังไฟฟ้าในโครงการนั้นโดยคร่าว่นั้น สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปที่ใช้เครื่องไฟฟ้าสมัยใหม่ จะมีการใช้กำลังไฟฟ้าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3,000 VA/เตียง ซึ่งโครงการมีจำนวนเตียงทั้งหมด 64 เตียง จะต้องใช้กำลังไฟฟ้า

$$\text{กำลังไฟฟ้าเฉลี่ยสูงสุด} = 64 \times 3,000 = 192,000 \text{ VA}$$

สามารถสรุปได้ว่าโครงการต้องการกำลังไฟสูงสุดที่ประมาณ 192,000 VA หรือ **192 kVA**

โดยรายละเอียดขนาดส่วนประกอบหลักของงานระบบไฟฟ้ากำลังมีดังนี้

#### a. Transformer (หม้อแปลงไฟฟ้า)

ตารางที่ 7-1 ตารางแสดงขนาดหม้อแปลง

ขนาดหม้อแปลง	SIZE
150 – 300 kVA	1.88 x 2.00 m
500 – 1,500 kVA	2.10 x 2.10 m

(ที่มา : [www.thaiengineering.com/](http://www.thaiengineering.com/))

โครงการใช้กำลังไฟเฉลี่ยสูงสุด 192 kWATT ควรใช้หม้อแปลงขนาด 1.88 x 2.00 m ที่รองรับได้ถึง 300 kVA โดยใช้หม้อแปลงชนิดน้ำมัน (Oil Immersed Type Transformer) ติดตั้งบนเสาไฟที่เชื่อมไฟฟ้าจากเสาไฟฟ้าของกฟผ.เข้าสู่โครงการ

#### b. Emergency Generator (เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง)

โครงการจะเลือกใช้เครื่อง EMERGENCY GENERATER WITH CONTROL PANEL 500 kW  
ขนาดของเครื่อง (0.80 m x 2.00 m) = 1.60 ตร.ม./ตัว

ระยะปลอดภัย = 0.35 ตร.ม.

เว้นระยะพื้นที่ด้านละ = 1.50 ตร.ม.

เว้นระยะบริเวณด้านท้ายเครื่องไม่ต่ำกว่า = 2.50 ตร.ม.

ดังนั้นพื้นที่ GENERATER ROOM 4.50 x 4.85 = 21.82 ตร.ม.

การกำหนดตำแหน่งเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง (Generator) ในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินควรอยู่ใกล้กับตำแหน่ง Load Center ในการบำรุงรักษาเครื่องกำเนิดไฟฟ้าควรมีทางสัญจรของรถเข้าถึงเพื่อเติมน้ำมันได้

#### c. Main Distribution Board (ตู้จ่ายไฟฟ้า)

รวมพื้นที่ห้อง MDB 6.00 m x 10.00 m = 60 ตร.ม.

การกำหนดระบบไฟฟ้ากำลังของโครงการใช้ไฟฟ้าจากการไฟฟ้านครหลวง (กฟน.) เพื่อการใช้งานและอำนวยความสะดวกภายในโครงการ วิธีการนำไฟฟ้าเข้าสู่โครงการมีดังนี้

- เริ่มจากการนำสายไฟฟ้าหลักเข้าสู่อาคารด้วย Dug Bank
- ส่งสายไฟฟ้าแรงสูงไปที่ห้องเครื่องไฟฟ้าผ่านหม้อแปลง เพื่อปรับแรงดันไฟฟ้าในการใช้งาน
- ส่งกระแสไฟฟ้าไปที่ศูนย์ควบคุมการจ่ายไฟฟ้า (Load Center) ผ่าน Brush Duct Riser

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- จากศูนย์ควบคุมจ่ายไปที่แผงจ่ายไฟย่อยตามแหน่งต่าง ๆ ภายในโครงการ ผ่านสายไฟฟ้าขนาดปกติ

### 7.2.3 ระบบวิศวกรรมสุขาภิบาล

ระบบประปาภายในโครงการสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ระบบประปาหน้าใช้ และระบบบำบัดน้ำเสีย

#### 1) ระบบประปา

เนื่องจากระบบน้ำประปามีส่วนสำคัญคือ การจ่ายน้ำที่สะอาดไปยังจุดที่ใช้งานต่าง ๆ ในปริมาณและแรงดันที่เหมาะสมกับการใช้งาน นอกเหนือจากนั้น ยังมีระบบการสำรองน้ำในกรณีฉุกเฉิน หรือมีการปิดซ่อมระบบภายนอกหรือช่วงขาดแคลนน้ำ และในอาคารบางประเภท ยังต้องสำรองน้ำสำหรับระบบดับเพลิงแยกต่างหาก ส่วนระบบจ่ายน้ำภายในโครงการ

และเนื่องจากโครงการมีลักษณะเป็นอาคารแผ่ราบไปกับพื้นที่ จึงเลือกระบบจ่ายน้ำจ่ายน้ำประปาขึ้น (Up Feed Distribution System) โดยวางถังเก็บน้ำบนดินเพราะมีพื้นที่เพียงพอต่อการติดตั้ง และเลือกใช้ถังเก็บน้ำแบบ PE (Poly Ethylene) เพราะเป็นถังเก็บน้ำที่ใช้วัสดุชนิดเดียวกับที่ใช้ทำท่อน้ำประปา สามารถรับแรงดัน ได้คมีน้ำหนักเบา ใช้ติดตั้ง ได้ทั้งบนดินและใต้ดิน

การคำนวณปริมาณการใช้น้ำเพื่อหาปริมาณของถังเก็บน้ำสามารถแจกแจงได้ดังนี้

ตารางที่ 7-2 แสดงปริมาณการใช้น้ำของอาคาร

ประเภทอาคาร	จำนวนผู้ใช้งานรวม	ปริมาณใช้ต่อคน (ลิตร/วัน)	รวม (ลิตร/วัน)
โรงพยาบาล	511	500	255,500

(ที่มา : [www.thaiengineering.com/](http://www.thaiengineering.com/))

เวลาทำการที่มีการใช้น้ำคือช่วง 08:00 – 20:00 น. = 12 ชั่วโมง

$$\text{เฉลี่ย 1 ชั่วโมง จะมีการใช้น้ำ} = \frac{255,500 \text{ ลิตร}}{12 \text{ ชั่วโมง}} = 21,292 \text{ ลิตร}$$

การใช้น้ำสูงสุดให้เป็น 3 เท่าของอัตราเฉลี่ย =  $21,292 \times 3 = 63,875$  ลิตร

สามารถประมาณถึงสำรองน้ำสำหรับโครงการได้ที่ 64,000 ลิตร หรือ 64 คิวบิกเมตร หรือ ถังสำรองน้ำขนาด 25 ตารางเมตร ลึก 2.5 เมตร

#### 2) ระบบบำบัดน้ำเสีย (Waste Water Treatment System)

ระบบน้ำเสียนี้น้ำที่หลักคือบำบัดน้ำเสีย โดยโครงการเลือกที่จะใช้ถังบำบัดสำเร็จรูปชนิดเดิมอากาศ เนื่องจากติดตั้งสะดวกและตัดปัญหาเรื่องน้ำใต้ดิน หรือกรณีที่ส่งปฏิภูลเสียตลอดออกสู่ดินใน

โครงการได้ โดยน้ำเสียที่บำบัดเรียบร้อยแล้วนั้นจะนำไปพักในบ่อ Recycle Water Tank ผ่านตัวกรองแล้วจึงไปพักในบ่อ Irrigation เพื่อนำกลับมาใช้รดน้ำต้นไม้ต่อไป

#### 7.2.4 ระบบปรับอากาศ

ระบบปรับอากาศในโครงการ เลือกที่จะใช้เป็นระบบปรับอากาศแบบใช้เครื่องทำน้ำเย็น (Chiller) เนื่องจากโครงการมีพื้นที่ใช้สอยที่มาก และจากสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการใช้อากาศบริสุทธิ์มาไหลเวียนในระบบ ระบบปรับอากาศแบบใช้เครื่องทำน้ำเย็นจึงมีความเหมาะสมที่สุด

โดยสามารถคำนวณภาระทำความเย็นของโครงการได้ดังนี้

ตารางที่ 7-3 ตารางแสดง Cooling Load ของแต่ละองค์ประกอบอาคาร

องค์ประกอบ	พื้นที่ทำความเย็น (ตร.ม.)	Cooling Load (ตร.ม./ตัน)	รวม Cooling Load (ตร.ม./ตัน)
ส่วนบริการสาธารณะ	-	-	-
ส่วนผู้ป่วยนอก	1,430	10	143
ส่วนการแพทย์ผู้ป่วยใน	1,750	12	145
ส่วนบำบัดจิตเวช	840	10	84
ส่วนงานวิชาการ	780	8	98
ส่วนบริหารโครงการ	1000	16	63
ส่วนงานบริการ	-	-	-
		<b>รวม</b>	<b>533</b>

(ที่มา : [www.thaiengineering.com/](http://www.thaiengineering.com/))

โดยเมื่อคำนวณปริมาณทำความเย็นของพื้นที่ทำความเย็นของโครงการแล้วได้ประมาณ 533 ตันทำความเย็น จึงเลือกใช้ระบบระบายความร้อนด้วยอากาศ (Air Cooled Water Chiller) ซึ่งมีประสิทธิภาพพอเหมาะกับความต้องการของโครงการ ทั้งยังคาดว่าจะแบ่งภาระเครื่องทำความเย็นออกเป็น 3 ส่วน ที่ Chiller 200 ตัน + 150 ตัน + 150 ตัน

## 7.2.5 ระบบการสื่อสาร

### 1) ระบบโทรศัพท์

ระบบโทรศัพท์สามารถแบ่งออกได้เป็นระบบโทรศัพท์ภายใน และภายนอก

- ระบบโทรศัพท์ภายนอก คือระบบที่ใช้เบอร์โทรศัพท์ ที่ติดต่อกับเบอร์โทรศัพท์ที่มีตัวเลข 9-10 หลัก ทั่วประเทศ การใช้โทรศัพท์ในรูปแบบนี้จะต้องทำเรื่องขอใช้บริการจากองค์การโทรศัพท์และบริษัทเอกชนที่รับสัมปทานจากรัฐบาล
- ระบบโทรศัพท์ภายใน จะใช้ระบบ IP PABX โดยสัญญาณเสียงจะวิ่งผ่านช่องทาง Internet

### 2) ระบบโทรทัศน์

ระบบส่งสัญญาณ โทรทัศน์จากแหล่งกำเนิดชุดเดียวกัน ไปยังจุดรับสัญญาณต่าง ๆ ตามกำหนด โดยที่เครื่องรับโทรทัศน์ที่จุดใด ๆ ต้องไม่ก่อให้เกิดสัญญาณรบกวนซึ่งกันและกัน โดยใช้ระบบโทรทัศน์ในโครงการเป็นระบบดิจิทัล ทวี (Digital TV) ตัวเครื่องจำเป็นต้องมีภาครับหรือ Digital Tuner ที่มีมาตรฐาน DVB-T2 หรือ ใช้กล่อง Set Top Box เป็นตัวรับสัญญาณและเชื่อมต่อเข้าโทรทัศน์อีกที

### 3) ระบบเรียกพยาบาล

จัดให้มีระบบติดต่อกันภายใน โดยเฉพาะหอผู้ป่วย จะมีสายเรียกพยาบาล (Nurse Call System) โดยมีปุ่มเรียกอยู่บริเวณหัวเตียงผู้ป่วยทุกเตียง

## 7.2.6 ระบบความปลอดภัย

### 1) ระบบป้องกันอัคคีภัยและดับเพลิง

การเลือกใช้ระบบป้องกันอัคคีภัยเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงอย่างมาก อาคารจึงออกแบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้อาคารเป็นสำคัญ ดังนั้น สำหรับโครงการจึงได้ทำการออกแบบระบบป้องกันอัคคีภัยในอาคาร โดยแบ่งชั้นตอนของการจัดระบบป้องกันอัคคีภัยดังนี้

#### - การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้

การออกแบบกำหนดแยกส่วนของอาคารที่อาจเป็นสาเหตุของเพลิงไหม้ออกจากส่วนอื่นทั้งหมด หรือการใช้วัสดุในอาคารที่ทนไฟ ไม่ติดไฟง่าย ผนังโครงสร้างเป็นคอนกรีตเสริมเหล็กและกระจุกการเดินท่อสายไฟ ในท่อร้อยสายหรือป้องกันการติดไฟในกรณีที่เกิดไฟฟ้าลัดวงจร

#### - การเตือนภัยเมื่อเกิดเพลิงไหม้

การป้องกันอัคคีภัย ติดตั้งระบบเตือนภัยแบบตรวจจับควัน (Smoke Detector) และระบบตรวจจับความร้อน (Heat Detector) ภายในห้องที่มีความจำเป็น

ระบบการป้องกันมีหลักการทำงาน คือ เมื่อมีควันและความร้อนเกิดขึ้น ถึงระดับที่ระบบตรวจจับได้ ระบบจะมีสัญญาณเตือนไปที่ Central Board ว่าเกิดเหตุที่จุดใด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการดับเพลิงต่อไป

#### - ระบบดับเพลิง

ระบบดับเพลิงที่โครงการเลือกใช้ คือ ระบบใช้น้ำดับเพลิง (Sprinkle System) ติดตั้งแบบหัวห้อย (Pendent) เมื่อเกิดเหตุเพลิงไหม้ หลอดแก้วที่หัว Sprinkle จะแตกแล้วน้ำจะถูกฉีดออกมาเป็นฝอยๆ หลอดแก้ว โดย Sprinkle 1 ตัวสามารถครอบคลุมพื้นที่ในการดับไฟได้ 16 ตารางเมตร โดยการติดตั้ง แบบหัวห้อยนั้นจะติดได้ฝ้าเพดานซึ่งจะดับเพลิงที่เกิดขึ้นภายในห้อง ระบบการทำงานของ Sprinkle จะมีน้ำที่มีแรงดันอยู่ตลอดเวลา เมื่อเกิดเพลิงไหม้ความร้อนจะกระตุ้นให้กลไกที่หัว Sprinkle เปิดและน้ำที่มีแรงดันสูงจะพ่นน้ำกระจายออกมา

#### - ทางหนีไฟ

ใช้บันไดในการหนีไฟ และให้ระยะห่างจากจุดต่าง ๆ สู่ทางหนีไฟไม่เกินกว่า 30.00 ม. โดยออกแบบให้เป็นบันไดโล่งไม่ปิดทึบ เพื่อการมองเห็นตลอดเวลา และการระบายอากาศ ไม่ให้ควันสะสมอยู่ที่บริเวณบันได

## 2) ระบบรักษาความปลอดภัย

ระบบรักษาความปลอดภัยของโครงการ เป็นระบบที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ใช้งานโครงการมีความผิดปกติทางจิต อาจเกิดเหตุไม่คาดฝันได้หลายประการ เช่นการหลบหนี การทะเลาะวิวาท อาละวาด หรืออัตวินิบาตกรรม รวมไปถึงต้องป้องกันความปลอดภัยจากภายนอกโครงการ เช่นการก่ออาชญากรรม หรือบุกรุกด้วย โดยระบบรักษาความปลอดภัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

### - เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำแต่ละจุดของโครงการ

เพื่อให้สามารถดูแลโครงการ ได้อย่างทั่วถึง โดยการคุ้มครองป้องกันทั้งกลางวัน และกลางคืน ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยมีทั้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) และผู้ช่วยพยาบาล ที่จะประจำการในแต่ละจุดของโครงการ เพื่อสอดส่องตรวจตราความเรียบร้อยของโครงการ และผู้ป่วย ซึ่งหากเกิดเหตุฉุกเฉินใด ๆ เจ้าหน้าที่เหล่านี้จะสามารถเข้าช่วยเหลือและควบคุมสถานการณ์ได้ทันที

### - การออกแบบอาคารป้องกันการเกิดเหตุไม่คาดฝัน

ส่วนใหญ่เหตุเหล่านี้มักเกิดในที่ลับตาหรือบริเวณที่มืด ซึ่งรูปแบบของเหตุที่อาจเกิดขึ้นในโครงการ ได้แก่ การหลบหนี การทะเลาะวิวาท การอาละวาด อัตวินิบาตกรรม การข่มขืน การวางเพลิง อาชญากรรม เป็นต้น ดังนั้น การออกแบบอาคารเพื่อป้องกันเหตุเหล่านี้ทำได้โดย

- ออกแบบอาคารให้ ไม่มีมุมที่ลับสายตา หรือซอกตึก
- การจัดแสงสว่างบริเวณทางเดิน ถนน ที่จอดรถ
- ส่วนภายในโครงการ จะต้องเป็นพื้นที่โล่งที่สามารถมองเห็นได้จากทุกส่วนของโครงการ ไม่มีพุ่มไม้ที่สูงจนเกินไป
- การเข้าออกอาคารมีทางเดียวเพื่อให้ง่ายในการควบคุมบริเวณ
- โดยรอบอาคารและตัวอาคารจะต้องไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งที่สามารถปีนขึ้นไปได้ เพื่อป้องกันผู้ป่วยปีนขึ้นไปสูงและเกิดความไม่ปลอดภัย
- ทุกส่วนของอาคาร โดยเฉพาะห้องพักผู้ป่วยจะต้องไม่มี โครงสร้าง เฟอร์นิเจอร์ หรือสิ่งอื่นใดที่ผู้ป่วยสามารถใช้แทน ชื่อ คาน เพื่อทำการแขวนเชือกผูกคอตายได้
- เฟอร์นิเจอร์ทุกชิ้นจะต้องมีความแข็งแรงคงทน ยึดติดกับที่ เพื่อที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถยกหรือเขย่งทำให้เกิดการเสียหายได้
- ราวกันตกโดยรอบโครงการมีความสูงมากกว่าปกติอยู่ที่ 1.40 ม. เพื่อให้ยากต่อการปีนป่าย แต่ระดับของราวจับยังอยู่ที่ 1.10 ม.ตามเดิม

- กระจกในทุกบริเวณของโครงการเป็นกระจกนิรภัย Laminated หนา 10 มม. ป้องกันเมื่อเกิดการแตก หรือชนของผู้ป่วยจากการอาละวาด จะไม่แตกและเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง
- รั้วรอบที่ดั่งโครงการ ต้องมีความสูงประมาณ 3 เมตร เพื่อสร้างอาณาเขตและป้องกันการหลบหนีและผู้บุกรุก และควรมีรั้วชั้นในส่วนผู้ป่วยในอีกชั้น เพื่อป้องกันกรณีผู้ป่วยหลบหนี ยังจำเป็นจะต้องผ่านรั้วอีกชั้นหนึ่งในการหลบหนีออกไป ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้ามาควบคุมสถานการณ์ได้ทันที
- การใช้ระบบโทรทัศน์วงจรปิด CCTV

ระบบ CCTV จะมีอุปกรณ์เป็นกล้องโทรทัศน์ซึ่งตั้งไว้ทั่วทุก ๆ จุดในโครงการ โดยเฉพาะส่วนที่ล่อแหลมต่อการบุกรุก หลบหนี หรือส่วนที่อาจเกิดเหตุไม่คาดฝันได้ง่าย เช่น ประตู ทางเข้า รั้วโครงการ สวน ตามทางเดินต่าง ๆ รวมไปถึงภายในห้องผู้ป่วย โดยระบบที่ใช้จะเป็นระบบ CCTV ขนาดกลาง บันทึกภาพด้วยเครื่องบันทึกภาพระบบดิจิทัล DVR (Digital Video Record) บันทึกภาพลงฮาร์ดดิสก์ สามารถดูภาพระยะไกลผ่านระบบเครือข่าย LAN และ Internet ได้ โดยจะมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยและผู้ช่วยพยาบาล คอยสังเกตการณ์ผ่านจอตลอดเวลา

#### 7.2.7 ระบบการขนส่งทางตั้ง

ในโครงการจะมีระบบการขนส่งทางตั้งในบางส่วน เนื่องจากต้องขนเตียงผู้ป่วย หรือใช้ในงานบริการอาคาร โดยขนาดของลิฟต์ขนส่งผู้ป่วยที่จะใช้ในโครงการจะมีขนาดกว้าง 1.70 ม. ลึก 2.67 ม. และลิฟต์ขนส่งทั่วไปมีขนาดกว้าง 1.70 ม. ลึก 2.10 ม.

#### 7.2.8 ระบบกำจัดขยะ

สำหรับระบบการเก็บขยะภายในโครงการนั้น จะใช้วิธีให้พนักงานเก็บกวาดรวบรวมขยะ จากถังมาตรฐานขนาด 75-120 ลิตร ที่วางตามจุดต่าง ๆ ของโครงการมาเก็บรวบรวมที่ถังรวมขยะ ซึ่งจะมีรถเก็บขยะจากเทศบาลมาเก็บสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

การประมาณปริมาณขยะภายในโครงการสามารถคำนวณได้โดยอาศัยจำนวนเตียงผู้ป่วย เพราะผู้ป่วย 1 รายจะสร้างขยะประมาณ 1.970 กก./วัน ดังนั้น โครงการจะมีปริมาณขยะ 126.08 กก./เตียง/ต่อวัน

สำหรับขยะติดเชื้อ จำพวก ขยะที่เหลือจากห้องผ่าตัด เป็นเศษชิ้นเนื้อคน, เสื้อผ้าที่ทิ้ง, ของเสียของร่างกายที่นำไปตรวจจำพวกเลือด, บัสสาวะ, อุจจาระ จะไม่เป็นขยะที่ทิ้งไม่ได้ต้องทำลายเองภายในโครงการ

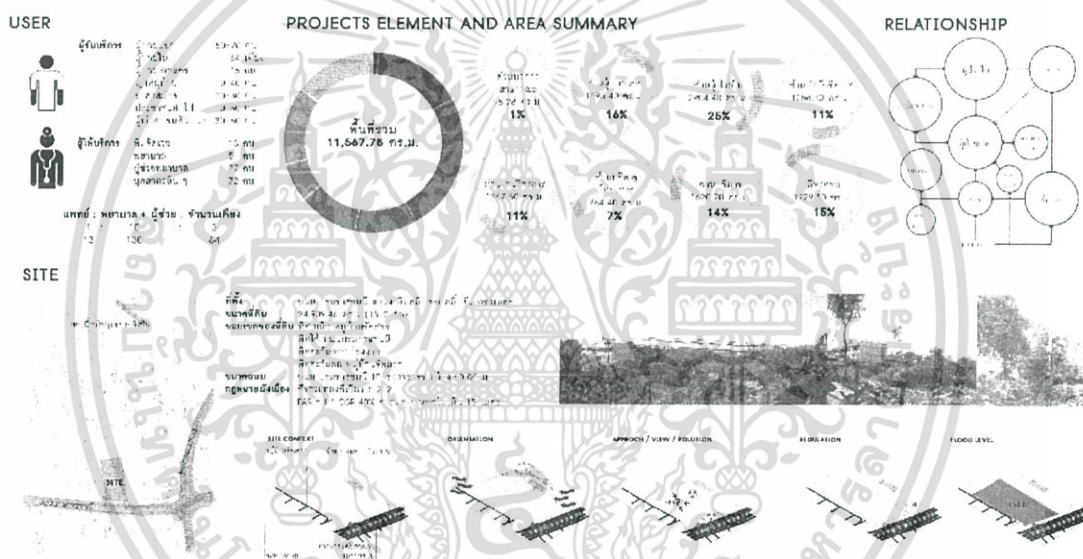
# บทที่ 8

## สรุปผลงานการออกแบบสถาปัตยกรรม

ผลงานออกแบบสถาปัตยกรรมเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้สืบค้นและวิเคราะห์เพื่อแก้ไข ปัญหาตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ โดยผลงานแสดงออกในรูปแบบทางสถาปัตยกรรม เช่น แนวความคิดในการออกแบบ การวางผังและจัดการที่ดิน เป็นต้น

### 8.1 กระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ

คือกระบวนการออกแบบเพื่อวางขั้นตอนการออกแบบให้เป็นระเบียบ เพื่อเป็นไปตามแนวทางการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ



รูปที่ 8-1 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 1 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

กระบวนการออกแบบตั้งต้นจากปัญหาที่ต้องการจะแก้ไข จนได้มาซึ่งวัตถุประสงค์ ผู้ใช้งาน องค์ประกอบ และที่ตั้งของโครงการ

"listen to your patient,  
he is telling you the diagnosis."  
sir william osler

การฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) เป็นทักษะที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การฟังอย่างตั้งใจหมายถึงการฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสินหรือแทรกแซง การฟังอย่างตั้งใจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและได้รับการสนับสนุน การฟังอย่างตั้งใจยังช่วยให้ผู้ดูแลสุขภาพสามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3 ประเภทของการฟัง

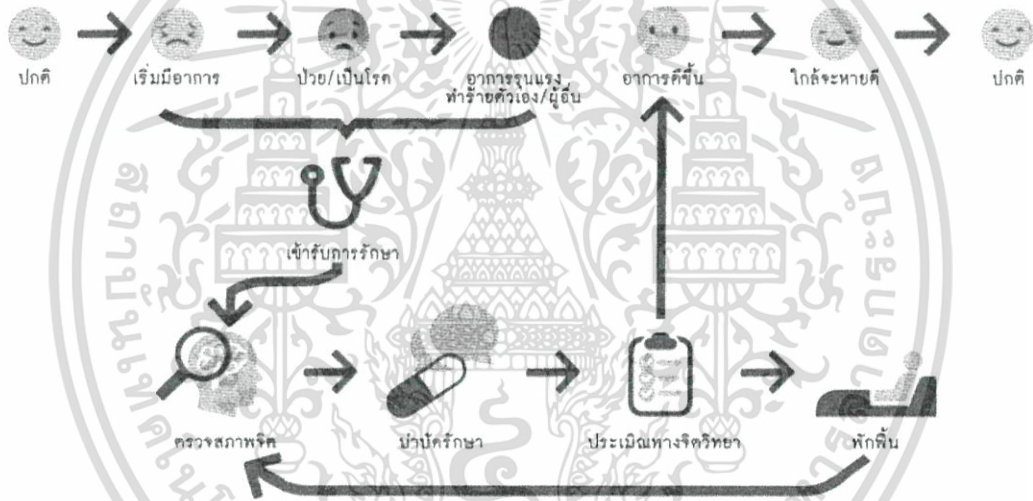


รูปที่ 8-2 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 2 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

มีแนวความคิดในการออกแบบมุ่งเน้นที่ไปการฟัง อันเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา ดังรูปที่

8-2

TREATMENT PROCESS

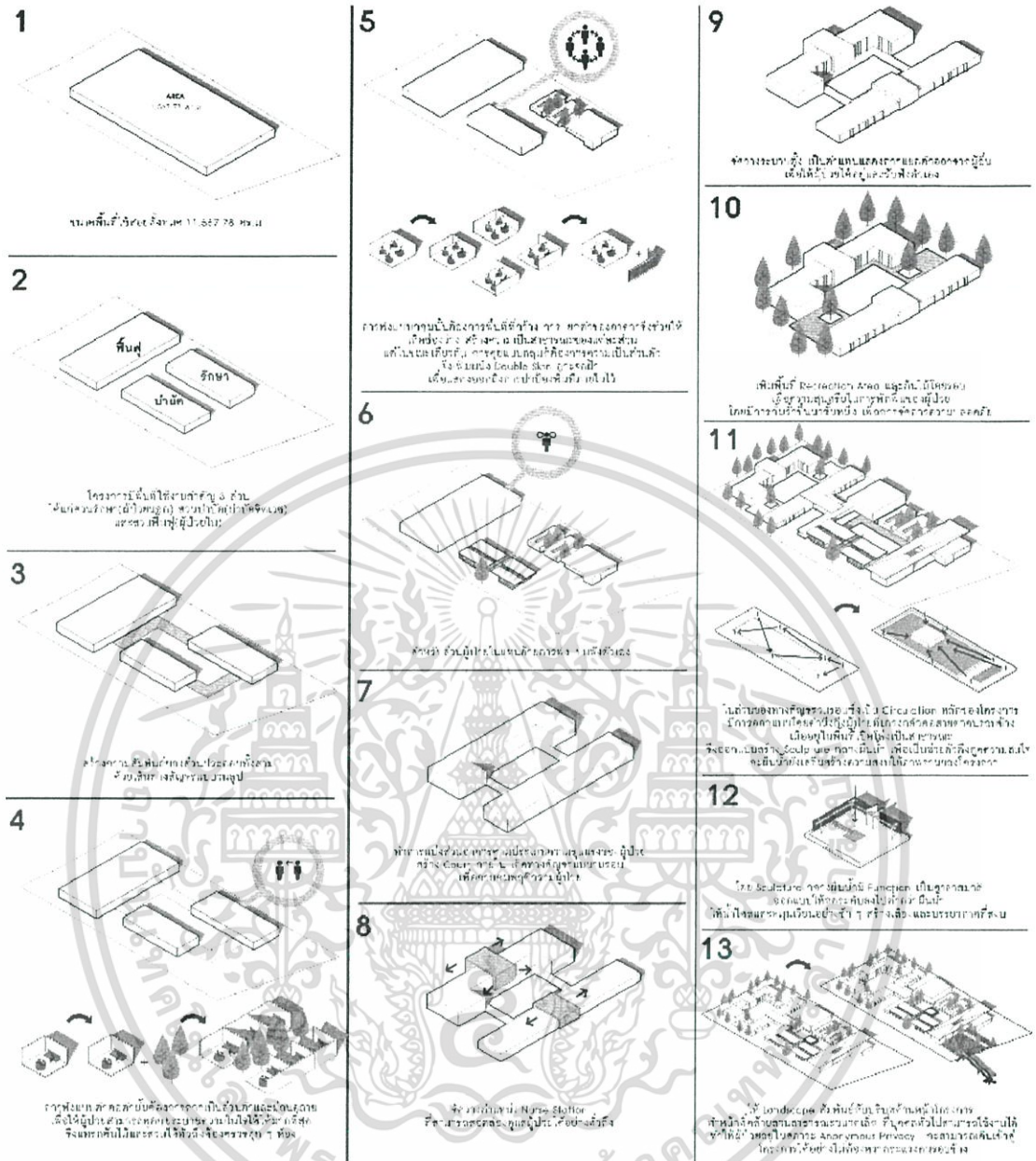


รูปที่ 8-3 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 3 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

โดยยึดเอากระบวนการรักษาหรือ Treatment Process เป็นหลักสำคัญในการออกแบบดังรูปที่

8-3

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



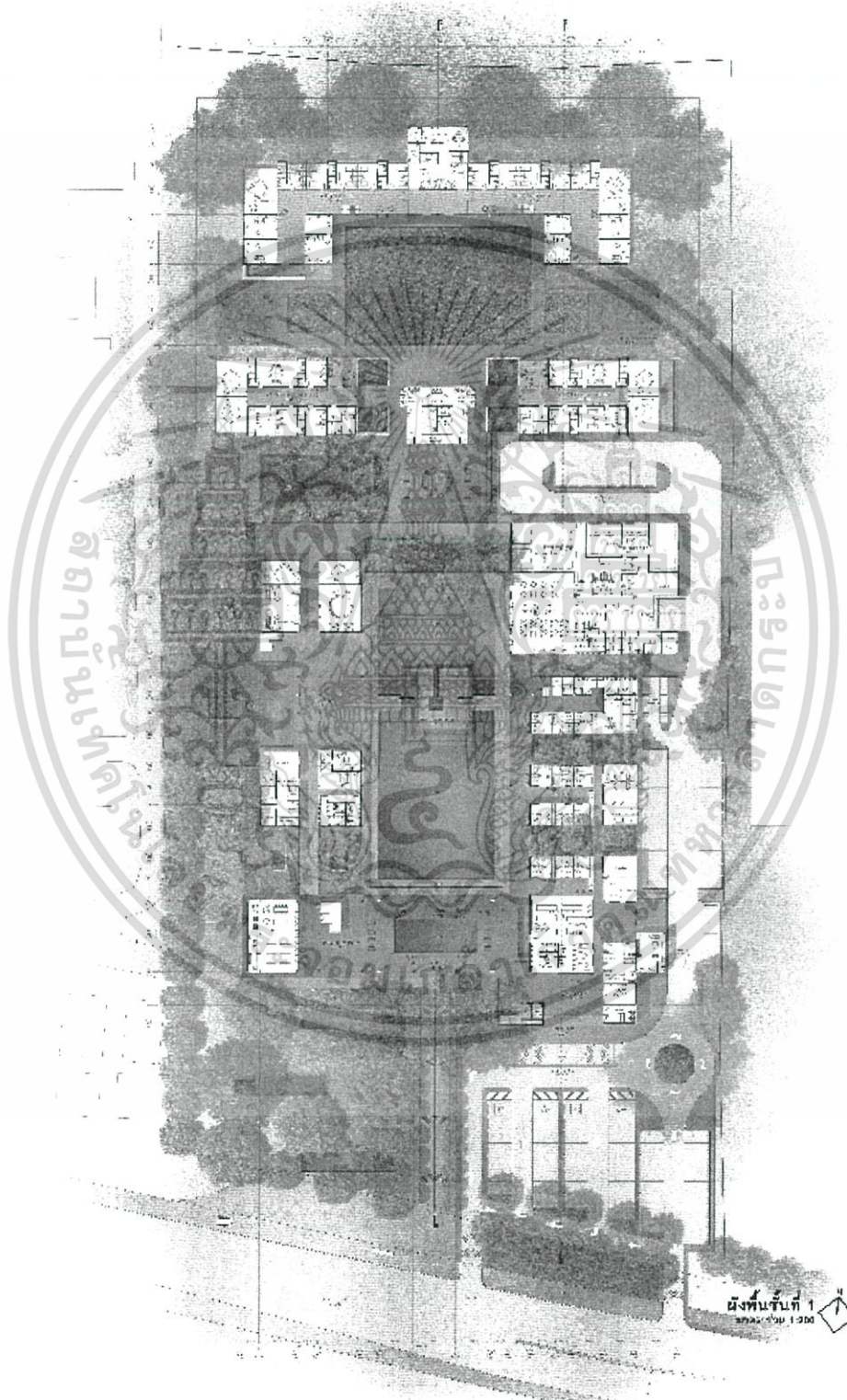
รูปที่ 8-4 แสดงกระบวนการและแนวความคิดในการออกแบบ 4 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

และมีแนวคิดและขั้นตอนในการออกแบบดังรูปที่ 8-4

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

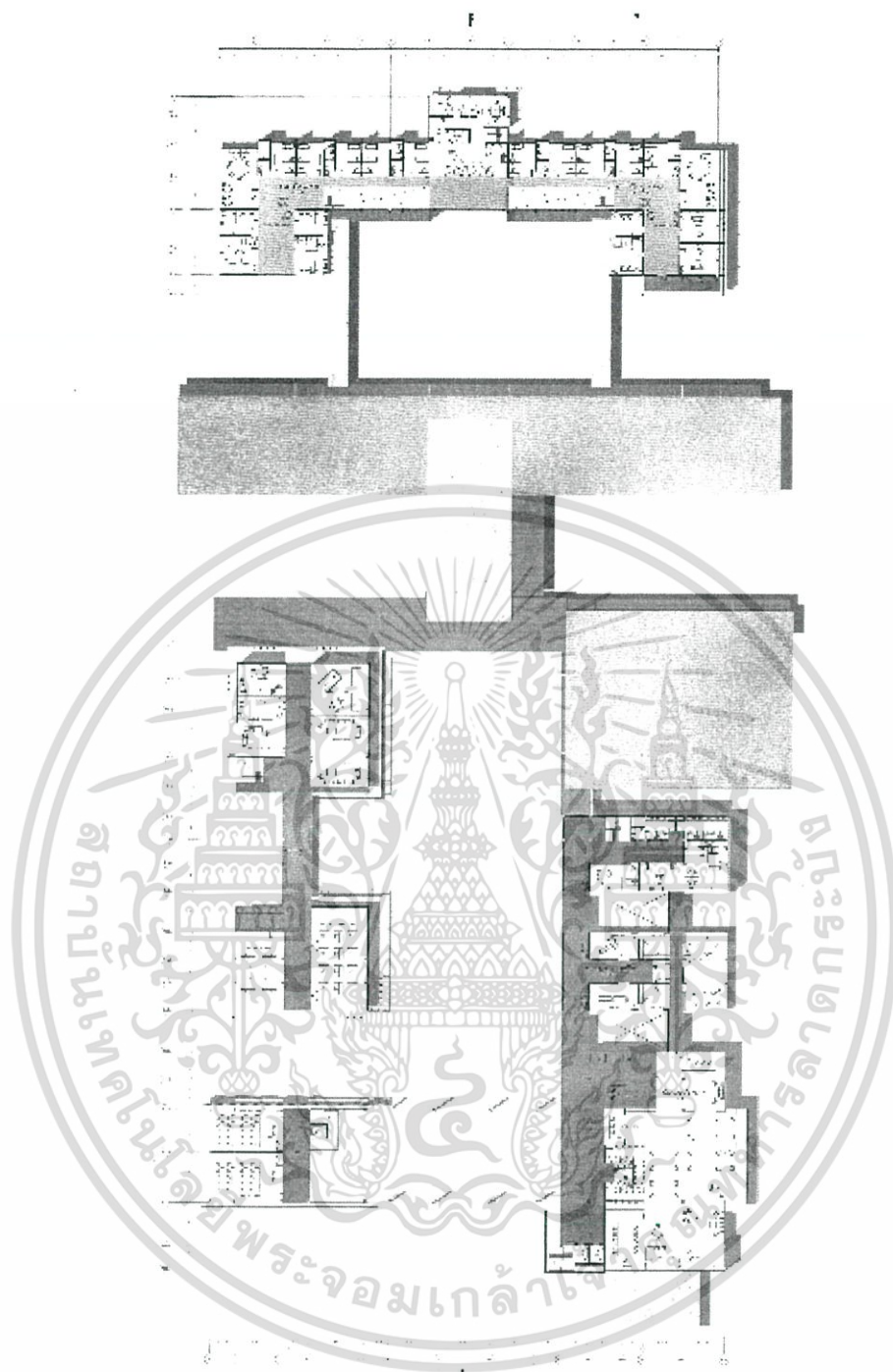
## 8.2 ผลงานการออกแบบสถาปัตยกรรม

### 8.2.1 ผังพื้น



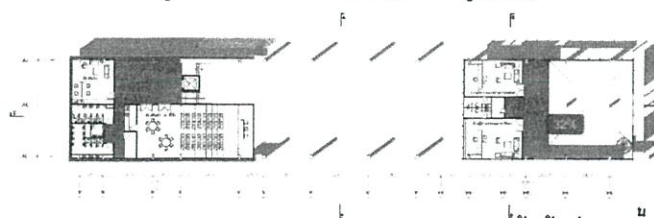
รูปที่ 8-5 ผังพื้นชั้นที่ 1 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ผังพื้นที่ 2  
มาตราส่วน 1:200

รูปที่ 8-6 ผังพื้นที่ 2 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

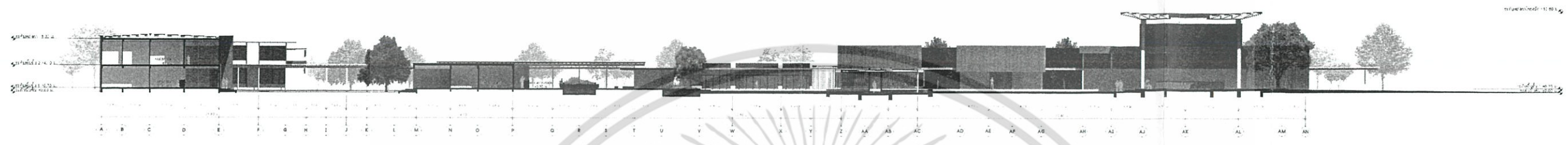


ผังพื้นที่ 3  
มาตราส่วน 1:200

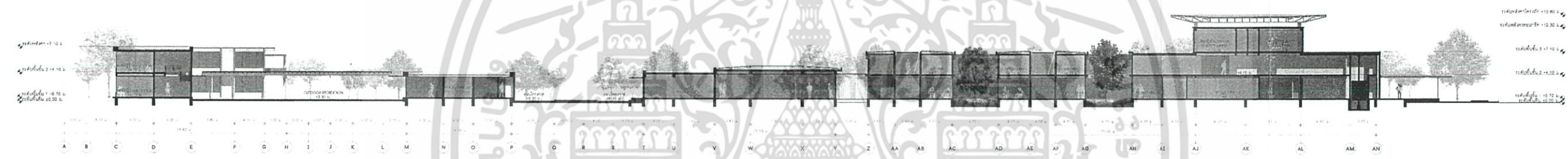
รูปที่ 8-7 ผังพื้นที่ 3 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

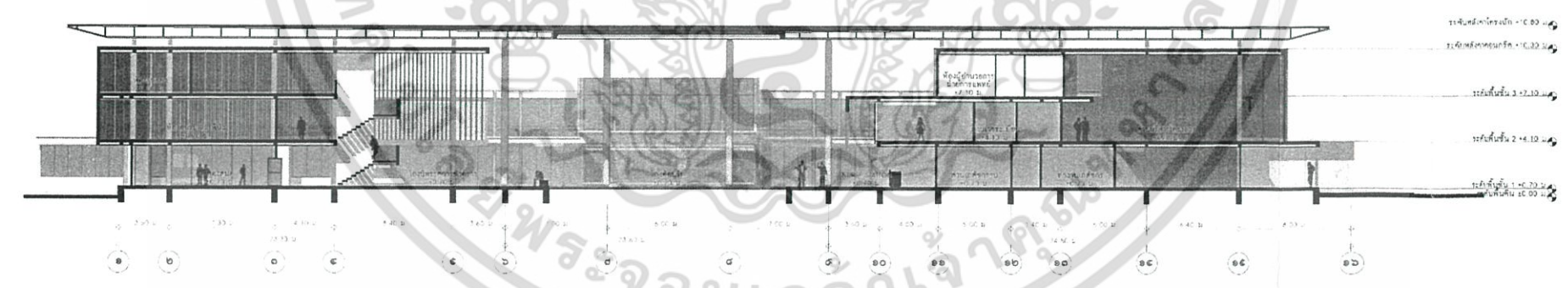
### 8.2.2 รูปตัด



รูปที่ 8-8 รูปตัด A (ที่มา : ผู้จัดทำ)



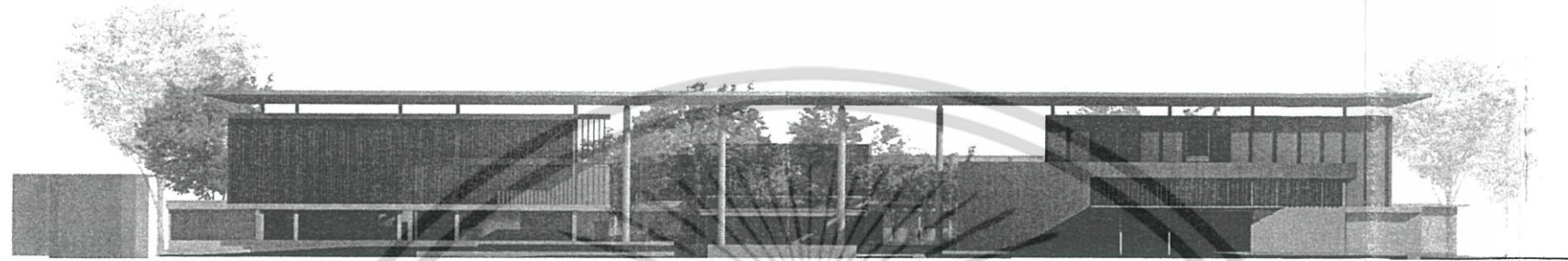
รูปที่ 8-9 รูปตัด B (ที่มา : ผู้จัดทำ)



รูปที่ 8-10 รูปตัด C (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

8.2.3 รูปด้าน



รูปที่ 8-11 รูปด้านทิศใต้ (ที่มา : ผู้จัดทำ)



รูปที่ 8-12 รูปด้านทิศตะวันตก (ที่มา : ผู้จัดทำ)



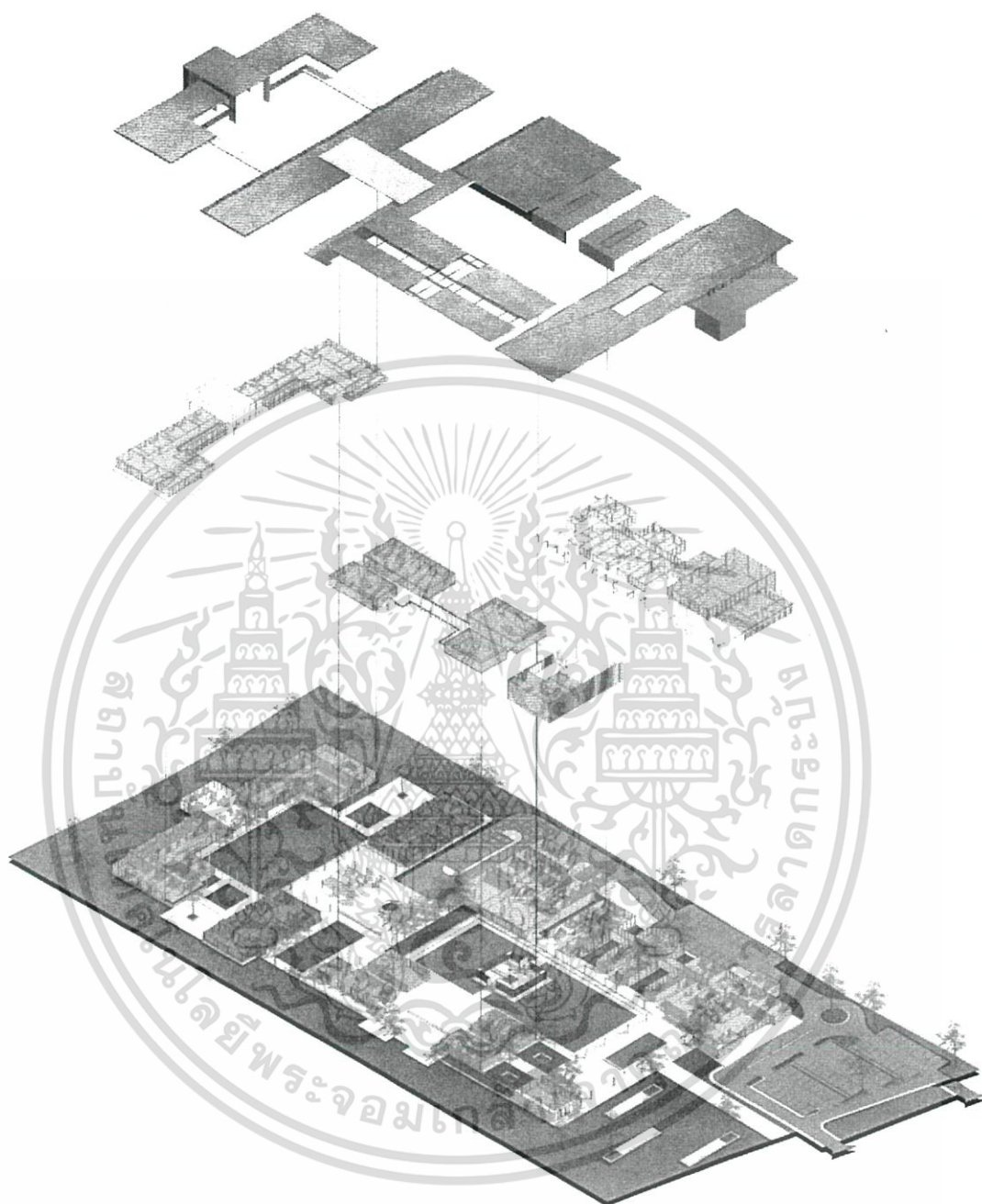
รูปที่ 8-13 รูปด้านทิศเหนือ (ที่มา : ผู้จัดทำ)



รูปที่ 8-14 รูปด้านทิศตะวันออก (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 8.2.4 ไอโซเมตริก



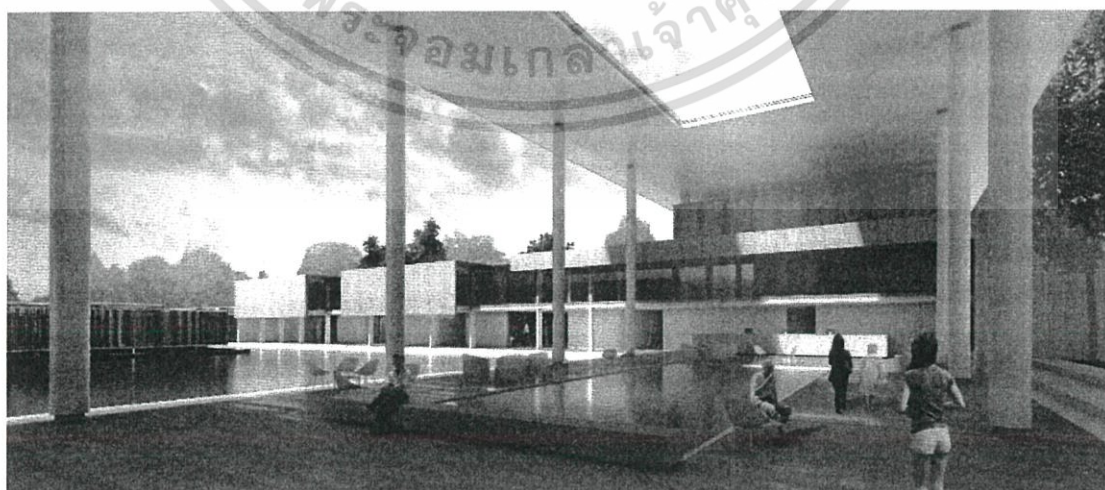
รูปที่ 8-15 ไอโซเมตริก (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 8.2.5 ทศนิยมภาพ

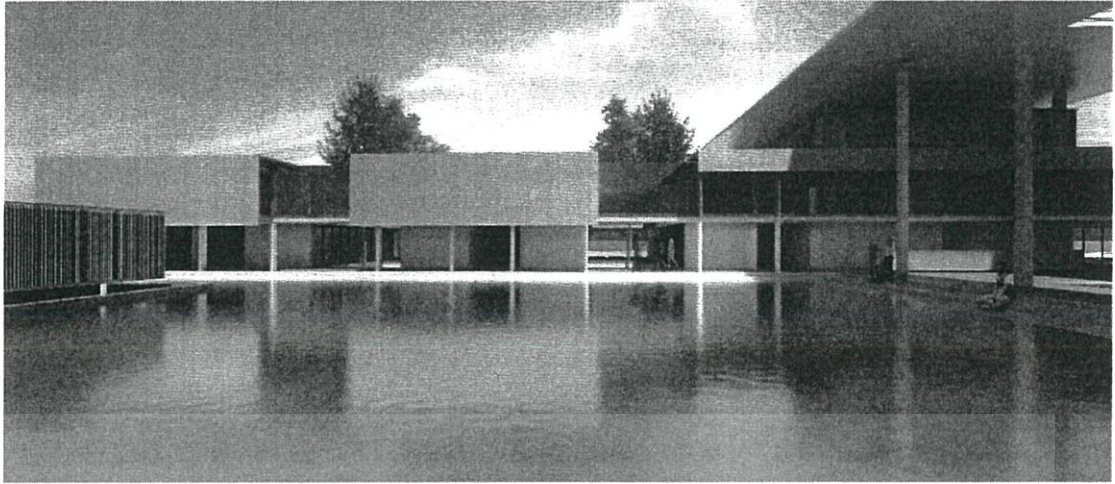


รูปที่ 8-16 ทศนิยมภาพบริเวณด้านหน้าโครงการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)



รูปที่ 8-17 ทศนิยมภาพบริเวณโถงล็อบบี้ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

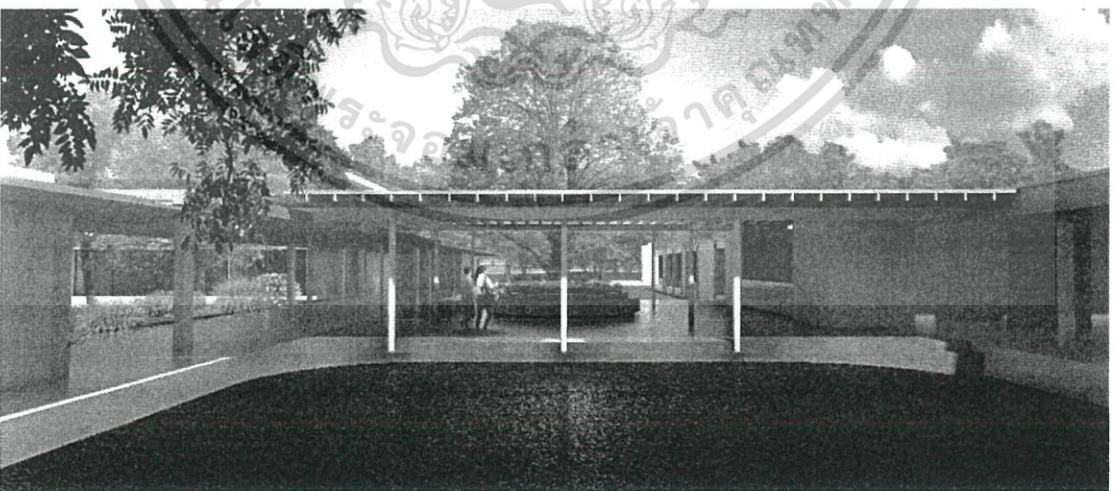
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



รูปที่ 8-18 ทศนียภาพอาคารตรวจรักษา (ที่มา : ผู้จัดทำ)

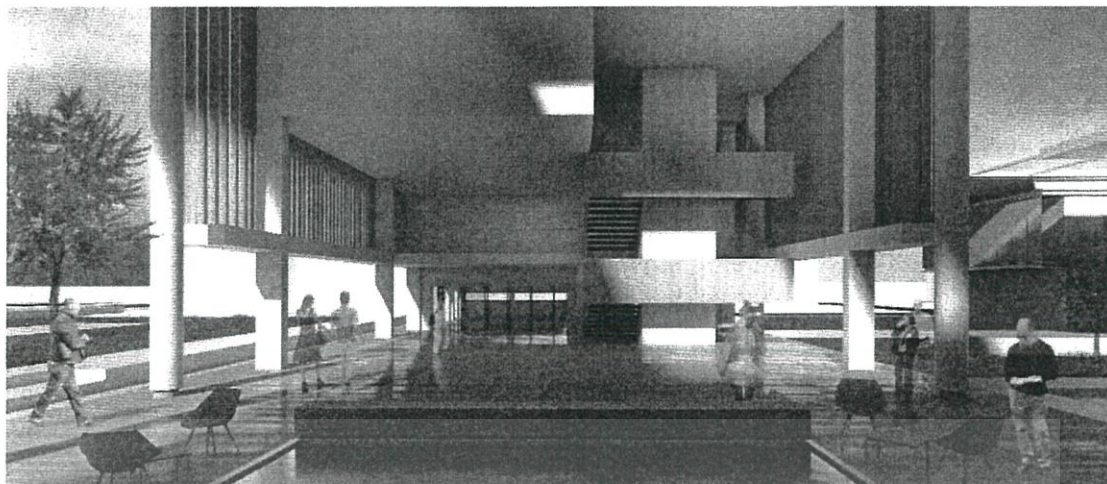


รูปที่ 8-19 ทศนียภาพสวนระหว่างห้องตรวจ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

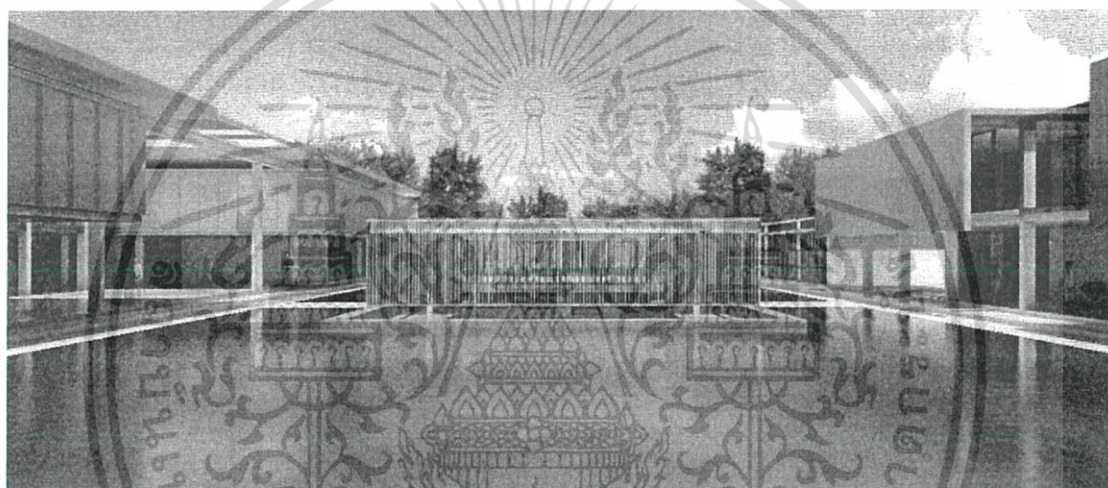


รูปที่ 8-20 ทศนียภาพทางเข้าส่วนผู้ป่วยใน (ที่มา : ผู้จัดทำ)

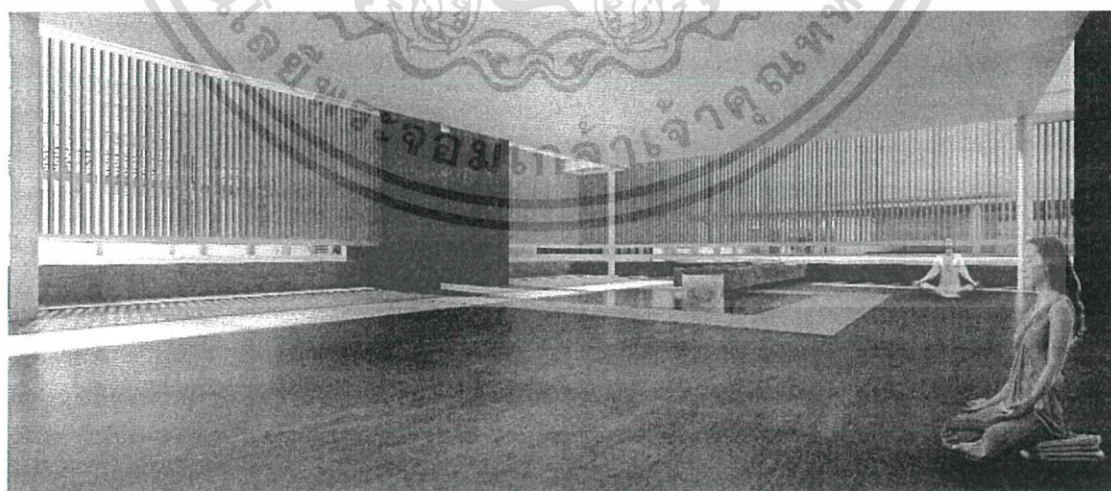
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



รูปที่ 8-21 ทักษะภาพโถงนิทรรศการและส่วนงานวิชาการ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

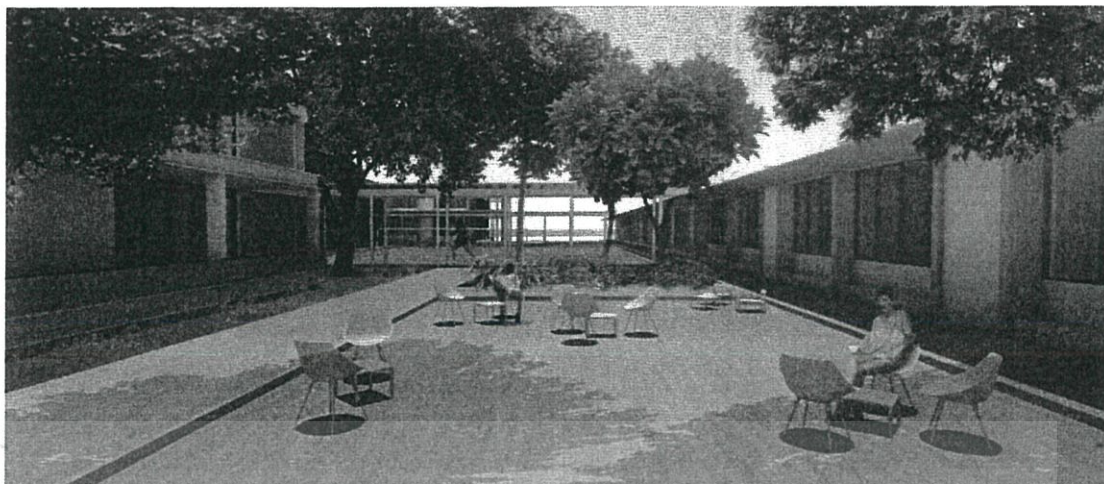


รูปที่ 8-22 ทักษะภาพศาลาสามาริกลางน้ำ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

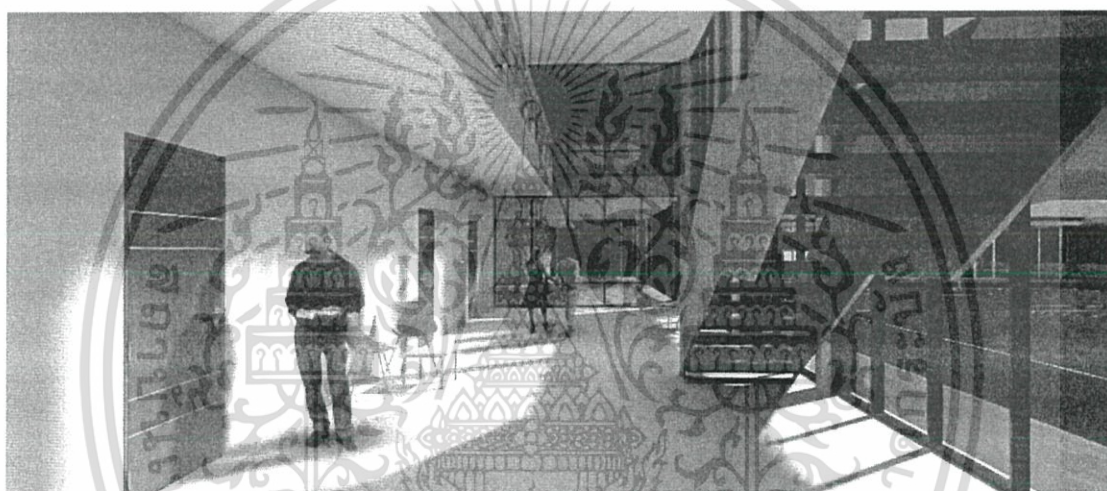


รูปที่ 8-23 ทักษะภาพภายในศาลาสามาริกลางน้ำ (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



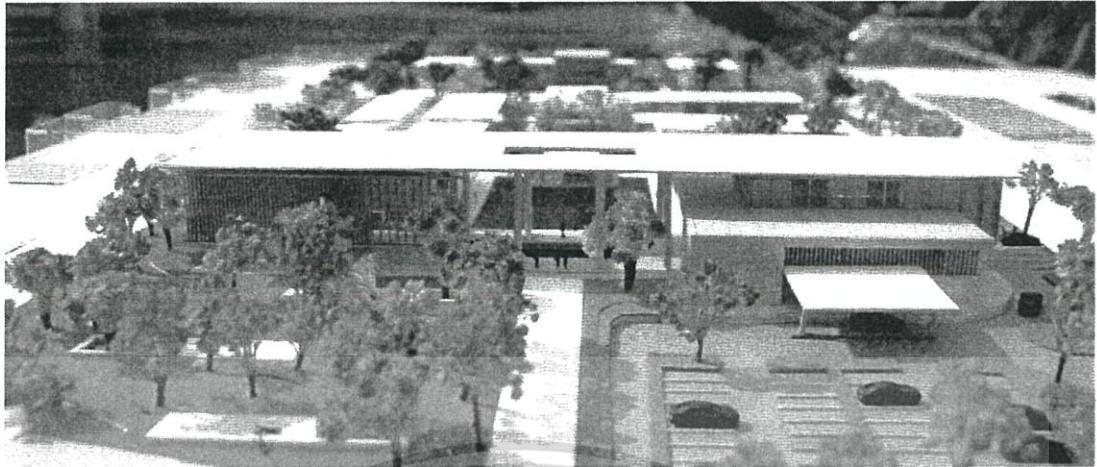
รูปที่ 8-24 ทศนียภาพ Recreation Area ภายในส่วนผู้ป่วยใน (ที่มา : ผู้จัดทำ)



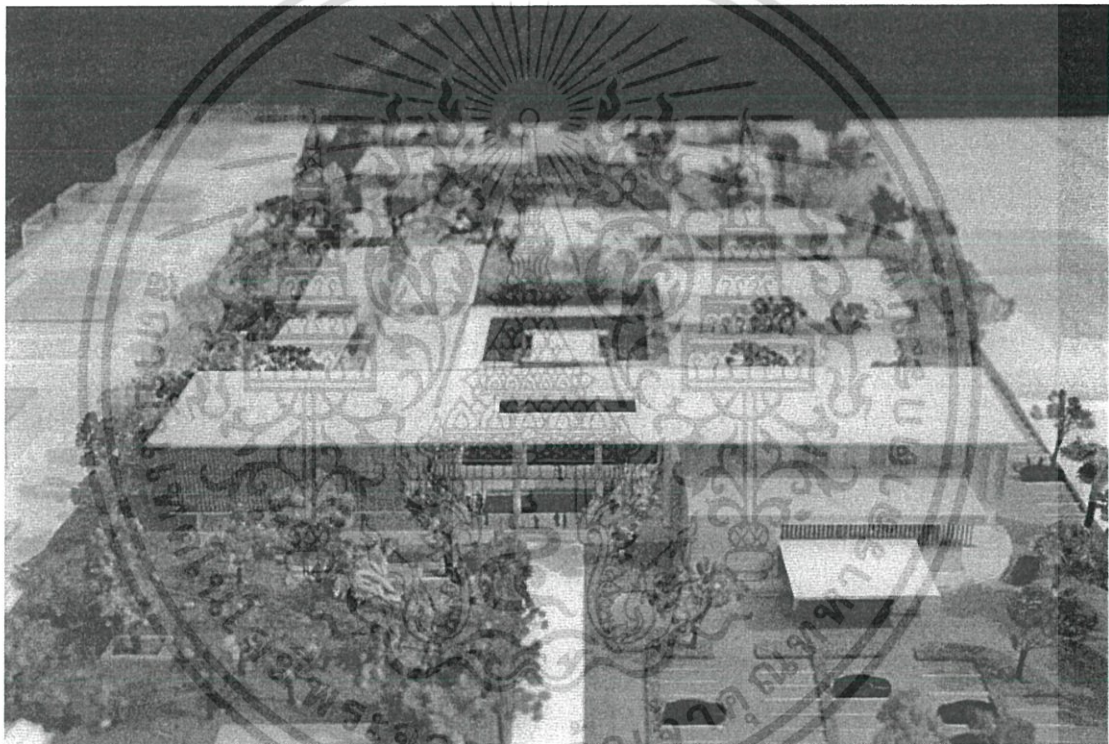
รูปที่ 8-25 ทศนียภาพภายในอาคารผู้ป่วยใน (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

### 8.3 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม

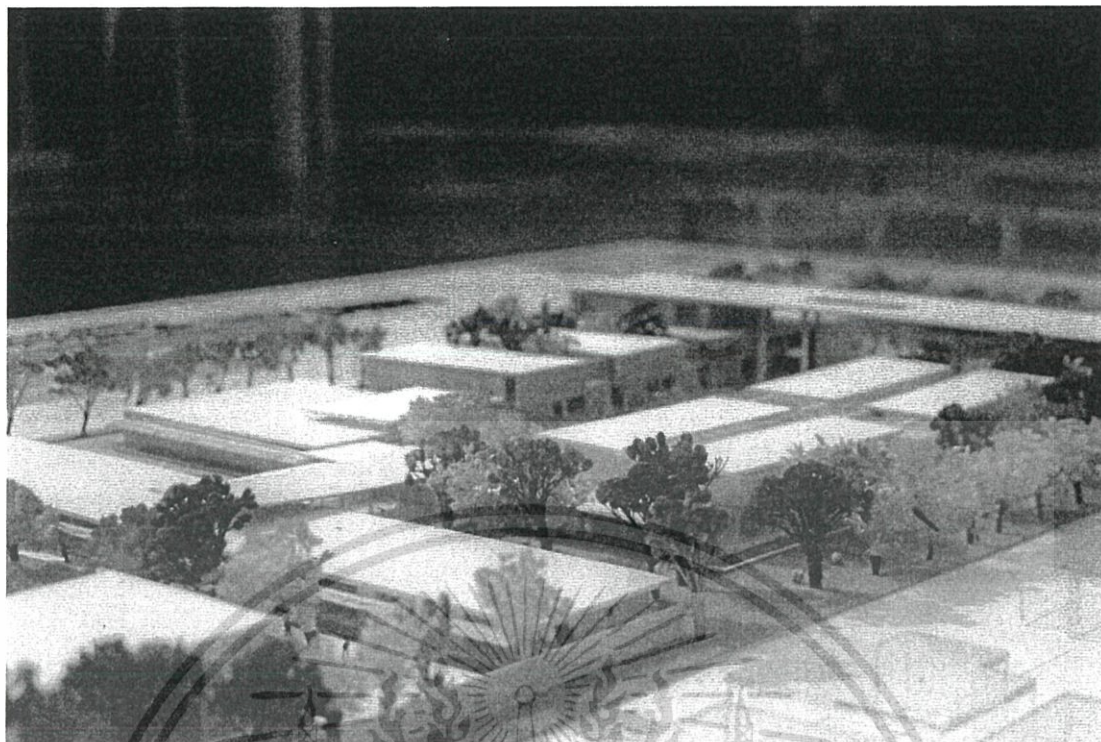


รูปที่ 8-26 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 1 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

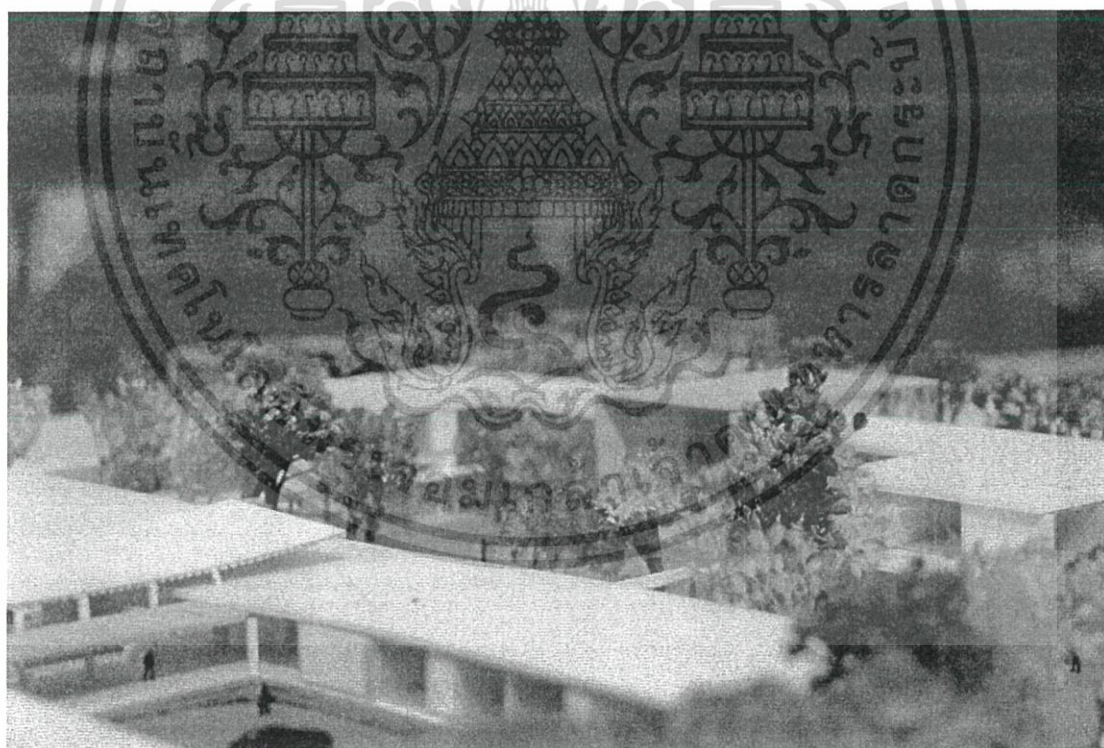


รูปที่ 8-27 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 2 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

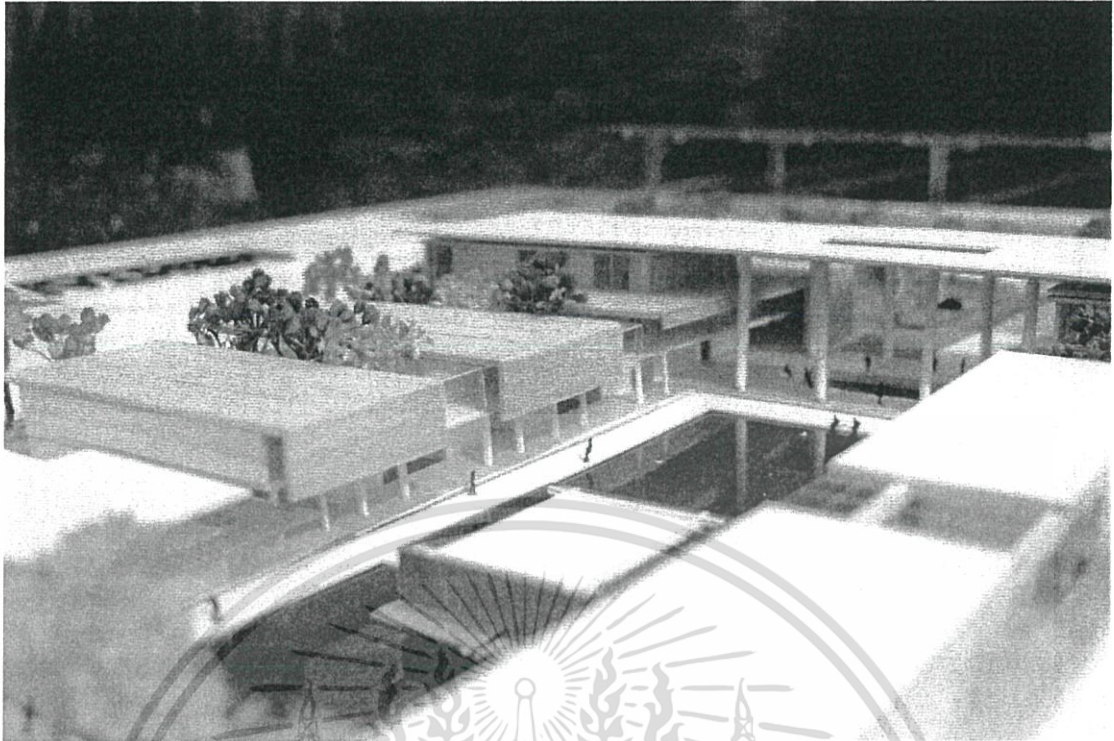


รูปที่ 8-28 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 3 (ที่มา : ผู้จัดทำ)



รูปที่ 8-29 หุ่นจำลองการออกแบบสถาปัตยกรรม 4 (ที่มา : ผู้จัดทำ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



รูปที่ 8-30 หน่วยงานการออกแบบสถาปัตยกรรม 5 (ที่มา : ผู้จัดทำ)



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## บรรณานุกรม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). **ทิศทาง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12**. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2557**. กรุงเทพฯ. บริษัท บีคอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.

วิไลลักษณ์ พงษ์โสภณ. (2555). **สุขวิทยาจิต**. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อวยชัย วุฒิโคสิต. (2543). **การออกแบบโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2558) **เต็ม...เต็ม**. บริษัท ศรีวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์ จำกัด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สุดา ปทุมานนท์. (2536) **ปรากฏการณ์ศาสตร์ในสถาปัตยกรรม**. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศาสตราจารย์ ดร.ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2551). **ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ**. กรุงเทพฯ. บริษัท สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน จำกัด.

ศาสตราจารย์ ดร.ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2558). **จิตวิทยาบุคลิกภาพร่วมสมัยและจิตบำบัด**. กรุงเทพฯ. บริษัท สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน จำกัด.

ศาสตราจารย์ ดร.วิมลสิทธิ์ ทรายางกุล, บุญกร เสธฐวรกิจ และ ศิวาพร กลิ่นมาลัย. (2556) **จิตวิทยาสภาพแวดล้อม: มูลฐานการสร้างสรรค์และจัดการสภาพแวดล้อมนำอยู่อาศัย**. กรุงเทพฯ. บริษัท จี.พี.พี เซ็นเตอร์ จำกัด

สมสร เชื้อหิรัญ. (2520). **คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์อักษรไทย.

สุชา จันท์เอม. (2521). **สุขภาพจิตของคนเมืองและในชนบท**. วารสารสังคมศาสตร์ และ มนุษยศาสตร์, 8(2) 42-47.

กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือออกแบบอาคารและสภาพแวดล้อมสถานบริการสุขภาพ**. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์].

นายเทวัญ ทะวงษ์ศรี. (2559). **ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน**. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. รายงานสถานการณ์และแนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม ไตรมาส 2 ปี 2559

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2559**. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.prdmh.com/>.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. เกี่ยวกับสถาบัน : ประวัติสถาบัน.  
[เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.smartteen.net/>.

Alison R. Yung and Patrick D. McGorry. (1996). **The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations.** [Electronic version] *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.

Department of Veterans Affairs. (2010). **Design Guide Mental Health Facilities.** [Electronic version].



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## ภาคผนวก

### ภาคผนวก ก : การศึกษาข้อมูลทั่วไปทางสุขภาพจิต

#### 1. นิยามศัพท์

สุขภาพจิต	สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีสุขภาพจิตดีนั้นมิได้หมายถึงเพียงว่า บุคคลนั้น ๆ ปราศจากโรคจิตโรคประสาทที่เห็นได้ชัดเท่านั้น แต่จะสามารถปรับตัวมีความสุขอยู่กับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพดีงามกับบุคคลอื่น มีชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุล สะดวกสบาย สามารถตอบสนองความต้องการของตนในโลกที่เปลี่ยนแปลงนี้ได้อย่าง ไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจของตนเอง <sup>1</sup>
จิตเวช	การรักษาทางด้านต่าง ๆ แก่ผู้มีอาการทางจิต
การบำบัดทางจิต	การรักษาโรคทางจิตโดยไม่ใช้ยา ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เช่นจิตบำบัดแบบลึก จิตบำบัดแบบประทับประคอง จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จิตบำบัดแบบเน้นการเปลี่ยนวิธีคิด พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น
การฟื้นฟูทางจิต	การจัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือการฝึกอาชีพต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข
ผู้ป่วยทางจิต	ผู้มีความคิดหรือพฤติกรรมผิดแปลกจากปกติ ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายใจต่อผู้ป่วยเอง หรือคนรอบข้าง และทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข
ผู้ป่วยนอก (OPD)	ผู้ที่รับบริการหรือเวชภัณฑ์อื่นเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกหรือในห้องรักษาฉุกเฉินของโรงพยาบาลและสถานพยาบาล หรือผู้ที่รับการศัลยกรรมผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) โดยไม่เป็นผู้ป่วยใน
ผู้ป่วยใน (IPD)	ผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง หรือผู้ที่ต้องเสียค่าห้องและอาหารประจำวัน ในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาล

#### 2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

อิทธิพลที่สำคัญต่อการดำรงคงอยู่ของชีวิตให้อยู่รอด เรียนรู้ที่จะรู้จักตนเอง เรียนรู้ต่อชีวิตสังคมได้อย่างมีความสุข รู้จักปรับพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม หรือสอดคล้องกับแบบแผนค่านิยมในการดำเนินชีวิต เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้บรรลุจุดหมายปลายทาง เป็นพฤติกรรมที่แต่ละบุคคลต่างสะท้อนความรู้สึกนึกคิด อุปนิสัย ความสนใจ เจตคติ การปรับตัว โครงสร้างของ

<sup>1</sup> นิยามโดยองค์การอนามัยโลก WHO (World Health Organization), 1976

ร่างกายและบุคลิกภาพในลักษณะที่แตกต่างจากบุคคลอื่น อันเป็นผลมาจากพฤติกรรมทั้งหลายของบุคคลถูกกำหนดด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและ สิ่งแวดล้อม

### 1) พันธุกรรม

พันธุกรรมเป็นมรดกที่บุคคลได้รับการถ่ายทอดจากพ่อแม่และบรรพบุรุษ เป็นกลไกที่ถูกทำหน้าที่ด้วยโครงสร้างที่เรียกว่าโครโมโซม ในสภาพปกติในเซลล์หนึ่งเซลล์ของมนุษย์จะมีโครโมโซม 46 อัน แบ่งเป็น 23 คู่ โดยรับโครโมโซมที่ประกอบด้วย DNA ของแม่ 23 อัน และของพ่อ 23 อัน

สิ่งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมส่วนมากเป็นลักษณะทางร่างกายที่สามารถมองเห็นได้จากยีนที่มีลักษณะเด่น เช่นสีผม สีผิว ลักษณะดวงตา โครงสร้างรูปร่าง กลุ่มของโลหิต โรคภัยไข้เจ็บบางชนิด และความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายบางชนิด เช่นตาบอดสี สีระแค้น ส่วนเกินของนิ้ว หรือการทำงานที่ผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ หรือลักษณะทางสติปัญญา ได้แก่ ผู้ที่มีสติปัญญาบกพร่องอันเป็นสาเหตุจากกรรมพันธุ์ และอาจจะมีลักษณะที่ซ่อนเร้นไม่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดจากยีนที่มีลักษณะด้อย

### 2) สิ่งแวดล้อม

#### - สถาบันครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันแห่งการเริ่มต้นชีวิตมนุษย์ มนุษย์ต้องใช้เวลาตลอดชีวิตอยู่กับครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวไทยที่จะผูกพันกับบิดามารดาของตนไปจนแก่เฒ่า ด้วยความรัก ความผูกพัน ให้การห่วงใยซึ่งกันและกันเป็นรากฐานสำคัญในการเสริมสร้างบรรยากาศของครอบครัว ครอบครัวที่อบอุ่น เป็นสุข มีความรักใคร่ปรองดองกัน แสดงความเข้าใจต่อกัน คอยให้กำลังใจ ให้เกียรติยกย่องกัน โดยเริ่มสร้างความมั่นใจตั้งแต่เริ่มเล็งดู จะช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจ ความเป็นตัวของตัวเอง ความมีศีลธรรม ความคิดสร้างสรรค์ การใฝ่หาเอกลักษณ์ของตัวเองและเสริมสร้างพัฒนาจิตใจให้เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี บุคลิกภาพดี มีการเจริญเติบโตองงามตามธรรมชาติ เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตที่ดี

#### - สถาบันโรงเรียน

โรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ การศึกษาเล่าเรียน และพัฒนานักเรียนในด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญา กระบวนการเรียนการสอนของทางโรงเรียนเป็นไปตามลำดับขั้น อนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ช่วยให้นักเรียนมีสุขภาพจิตดี รู้จักการปรับตัวที่ดี มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งให้เด็กมีทักษะทางสังคม สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อว่านักเรียนจะได้เจริญเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศชาติ

ต่อไป ดังนั้นครู อาจารย์ บุคลากรในโรงเรียน บรรยากาศ สภาพแวดล้อมของโรงเรียนนับเป็นปัจจัยในการเสริมสร้างสุขภาพจิตของนักเรียน

นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว (2522 : 48) กล่าวว่า “สุขภาพจิต โรงเรียน หมายถึง สุขภาพจิตของครู และนักเรียนนั่นเอง นักเรียนเกรงใจ ไม่มี มีแต่ครูเกรง นักเรียนขี้เกียจไม่มี มีแต่ครูขี้เกียจ มีนักเรียนเกะกะเพราะครูไม่พยายามเข้าใจนักเรียน สุขภาพจิตจะเกิดขึ้นได้เมื่อครูกับนักเรียนรักกัน เข้าใจกัน ช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และเห็นใจกัน”

#### - สถาบันสังคม

สังคมยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่างจากสังคมยุคเก่ามาก ทำให้การติดต่อสื่อสารสามารถเชื่อมโยงเสมือนเป็นโลกเดียวกันมากขึ้น ซึ่งเทคโนโลยีสมัยใหม่มีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยเฉพาะสื่อ สื่อให้มนุษย์ทั่วโลกสามารถรับรู้ถึงกันได้อย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ทั้งในทางดีและทางลบ จึงเป็นโอกาสแห่งการปฏิวัติการเรียนรู้ ทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือร่วมกันพัฒนาและจัดการสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



### 3. ความผิดปกติทางจิต

ลักษณะของความผิดปกติทางจิตเวชจัดแบ่งเป็นกลุ่มอาการ (Symptomatology of Mental Disorders) ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

#### 1) ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorders of Behavior)

##### - พฤติกรรมเพิ่มขึ้น

Hyperactivity	อะอะ ส่งเสียงดัง ชกต่อย รุกราย ทำลาย อยู่ไม่สุข วุ่นวาย
Agitation	ผุดลุกผุดนั่ง มือเท้าเคลื่อนไหวตลอดเวลา เดินไปเดินมา มักมีอาการตั้ง เครียดและวิตกกังวลร่วม
Tics	กระตุกตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นช่วง ๆ อย่างไม่ตั้งใจ เกิดอย่าง ทันที กระทำซ้ำและบ่อย มีอาการเคลื่อนไหวหรืออาจเปล่งเสียงออกมา ด้วย ไม่สามารถระงับหรือขจัดขึ้นได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง เกิดจาก ความเครียด ลดลงได้จากการนอนหลับหรือหมกมุ่นกับกิจกรรมบางอย่าง
Compulsion	การย้ำทำ แสดงอาการกระทำและพฤติกรรมซ้ำ ๆ เฉพาะด้านทั้ง ๆ ที่ไม่ อยากทำ แต่บังคับใจไม่ได้ขาดความมั่นใจในตนเองจนต้องปฏิบัติวนไป เวียนมาอยู่ตลอดเวลา
Incoherent Speech	การพูดไม่ติดต่อกันหรือเป็นประโยคที่ไม่ต่อเนื่องกัน ทำให้การพูดไม่ได้ เรื่องราวและขาดความชัดเจน

##### - พฤติกรรมลดลง

มักเกิดร่วมกันไปทั้งพฤติกรรมและอารมณ์ โดยเฉพาะทางด้านการเคลื่อนไหว และพฤติกรรม  
ซ้าลง ความคิดซ้า ทำให้พูดซ้า คิดซ้า และไม่พูดเลย

##### - พฤติกรรมซ้า ๆ

Stereotype	กระทำซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง
Catalepy	คงอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งของการเคลื่อนไหวขณะที่กำลังทำอยู่ โดยที่การ กระทำนั้นยังไม่สิ้นสุดลง
Cataplexy	หมดกำลังของกล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจของจิตใจอย่างกะทันหัน เช่นเข้า อ่อน หรือไม่อาจเคลื่อนไหวร่างกายได้ทันที
Narcolepsy	ง่วงนอนอย่างฉับพลันโดยไม่อาจขจัดขึ้นได้ ทำให้เกิดอาการหลับตามมา เป็นเวลาวินาที นาที หรือชั่วโมงได้
Waxy Flexibility	คงอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งของการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

Automatic Obedience	กระทำตามผู้อื่น อาจทำโดยไม่ตั้งใจ
Echolalia	เลียนคำพูดตามที่ได้ยิน

## 2) ความผิดปกติของความคิด (Disorders of Thought)

ลักษณะอาการเด่นชัดของความผิดปกติทางความคิด ได้แก่ อาการหลงผิด เชื่อกันผิด คิดผิด โดยปราศจากเหตุผลและไม่เป็นความจริง เช่นคิดว่าตนท้อง มีลูก ได้ด้วยกระแสนิจ

### - เนื้อหาของความคิด

Delusion of Grandeur	หลงผิดคิดเป็นใหญ่ มีอำนาจเหนือผู้อื่น หลงผิดว่าฉันคือผู้ยิ่งใหญ่
Delusion of Persecution	หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย หรือจะฆ่าตน
Idea of Reference	หลงผิดคิดว่ากำลังมีคนพูดเรื่องของตน หรือนินทาว่าร้าย
Nihilistic Delusion	หลงผิดคิดว่า อวัยวะบางส่วนของร่างกายหาย หรือมีคนขโมยไป
Delusion of Guilt	หลงผิดประเภทสำคัญครว่าเป็นผู้กระทำความผิดสมควรได้รับโทษอย่างสาสม
Delusion of Jealousy	หลงคิดว่าแฟนของเขาเป็นชู้กับคนอื่นจนมีความสัมพันธ์แนบแน่น

### - รูปแบบของความคิด

Paranoid	ความคิดหวาดระแวง
Obsession	ย้ำคิดซ้ำในเรื่องหนึ่งโดยไม่คิดจะทำเรื่องอื่น เช่น คิดอยู่เสมอว่ามีมือตัวเองสกปรกมีเชื้อโรค
Autistic Thinking	คิดแต่เรื่องของตนเองในโลกของตนเอง
Magical Thinking	คิดว่าตนมีอำนาจอิทธิฤทธิ์

### - กระแสความคิด

ความผิดปกติของกระแสความคิด สามารถสังเกตได้จากวิธีการคิด อัตราความเร็ว - ช้า และทิศทางของแนวความคิดที่แตกต่างไปจากปกติ

Flight of Idea	ความคิดบินหนี คือมีความคิดมากมายหลังไหลออกอย่างรวดเร็ว ทำให้พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็ไปพูดอีกเรื่องหนึ่ง
Retardation of Thought	ความคิดช้ากว่าปกติ ทำอะไรช้า พูดช้า คิดไม่ออก ความคิดหยุดชะงัก กระแสความคิดหยุดชะงักไปเพราะมีเรื่องอื่นเข้ามาแทรก
Emptiness and Poverty of Idea	ความคิดว่างเปล่าหรือไม่มีความคิด มีความหมกมุ่นกับเรื่องที่กำลังพูดอยู่แต่ผู้ป่วยจะคิดไม่ออก
Circumstantiality	ความคิดอ้อมค้อมวกวน

Perseveration                      ความคิดติดค้างอยู่ ทำให้เกิดอาการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำ ๆ

### 3) ความผิดปกติของอารมณ์ (Disorders of Affect)

Anxiety	ความวิตกกังวล รู้สึกไม่สบาย อึดอัด ตึงเครียด กลัว
Free Floating Anxiety	วิตกกังวลแบบเลื่อนลอยอย่างอิสระจากภายในจิตไร้สำนึกที่เก็บกดเอาไว้
Panic	กลัวอย่างสุดขีด ตื่นตระหนกตกใจ
Euphoria	อารมณ์รู้สึกเป็นสุข ครื้นอกครื้นใจ
Elation	สนุกสนาน รื่นเริง แสดงออกโดยการเคลื่อนไหว เช่น พุดมาก หรือร้องเพลง และกระโดดโลดเต้นตามเสียงเพลง
Inappropriate Affect	อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์
Irritability	อารมณ์ถูกกระตุ้นได้ง่าย หงุดหงิด
Mood Swing	อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เดี่ยวหัวเราะ เดี่ยวร้องไห้
Lability	อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและควบคุมไม่ได้ เช่นจากสนุกสนานกลายเป็นหงุดหงิด
Depression	อารมณ์เศร้า
Ambivalence	อารมณ์แบบสองฝักสองฝ่าย
Phobia	อารมณ์กลัวเฉพาะอย่างโดยปราศจากเหตุผล
Apathy	อารมณ์เฉยเมย ไม่รู้สึกยินดีในร้ายหรือแสดงความรู้สึกใด ๆ
Aggression	อารมณ์ก้าวร้าว แสดงการกระทำโต้ตอบทันที

### 4) ความผิดปกติของการรับรู้ (Disorders of Perception)

#### - Illusion

หมายถึงภาพลวงตา เป็นการแปรสภาพสิ่งเร้าที่เห็นผิดไปจากสภาพความเป็นจริง โดยการรับรู้จะเป็นไปตามที่ใจคนต้องการ เช่นเห็นจุดดำ ๆ เป็นตัวเชื้อโรค จึงทำให้ต้องรีบกระโดดหนี หรือได้ยินเสียงน้ำไหลเป็นเสียงเพลงอันไพเราะ

#### - Hallucination

เป็นอาการประสาทหลอนโดยที่สภาพร่างกายสามารถรับรู้ได้จากส่วนใดส่วนหนึ่งใน 5 ด้าน ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และการสัมผัส ทั้ง ๆ ที่ปราศจากสิ่งเร้ามากระตุ้น

Auditory Hallucination    ประสาทหลอนทางหู (หูแว่ว) หรือเป็นเสียงสั่งให้กระทำ ทำให้บุคคลทั่วไปเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว ซึ่งจริง ๆ แล้วเขาอาจได้ยินเสียงมีคนพูดอยู่ข้างหูของเขา

Visual Hallucination	ประสาทหลอนทางสายตา เห็นภาพหลอนของคนหรือภาพอื่น ๆ ที่เขาต้องการ
Olfactory Hallucination	ประสาทหลอนทางจมูก ได้กลิ่นเหม็นเน่าต้องใช้มือหรือผ้าปิดจมูกตลอดเวลา
Gustatory Hallucination	ประสาทหลอนทางลิ้น รู้สึกว่าลิ้นขมเหมือนมียาพิษ
Tactile Hallucination	ประสาทหลอนทางผิวหนัง ต้องใช้มือปิดตัวเชื้อโรคหรือแมลงที่ไต่ตามบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

#### 5) ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Disorders of Consciousness)

เป็นภาวะขาดการรู้สึก ไม่สามารถตระหนักรู้บทบาทหน้าที่ของความรับผิดชอบในสถานภาพคนได้ ได้แก่

Confession	อาการสับสน
Delirium	อาการเพ้อ พูดไปเรื่อย ๆ ไร้จุดหมาย
Coma	อาการไม่รู้สีกตัว หมดสติ
Insomnia	อาการนอนไม่หลับ
Hypersomnia	อาการนอนมากเกินไป
Distractibility	ขาดสมาธิ ไม่สามารถตั้งใจทำอะไรได้นาน
Stupor	ขาดความสนใจและไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบสิ่งแวดล้อม

#### 6) ความผิดปกติของความจำ (Disorders of Memory)

ลักษณะอาการของการจำไม่ได้และสูญเสีย ทำให้จำไม่ได้ ได้แก่

Registration	ความผิดปกติของการบันทึกความทรงจำ ไม่รู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
Recall	ความผิดปกติของการรื้อฟื้นความทรงจำ ไม่สามารถเล่าและรายงานประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บันทึกไว้ได้
Retrograde Amnesia	ลืมเหตุการณ์ก่อนจะมีเรื่องเกิดขึ้น
Hyper Amnesia	มีความทรงจำมากเกินไป จำรายละเอียดได้ดีมากจนกลายเป็นความระแวง
Paramecia	จำเหตุการณ์ผิด ทำให้เล่าเรื่องไม่เป็นจริง
Anterograde Amnesia	ลืมเหตุการณ์ต่อจากที่มีเรื่องเกิดขึ้น เช่น หลังจากฟื้นแล้วไม่รู้ว่าถูกพาไปที่ไหน และไปได้อย่างไร
Confabulation	แต่งเรื่องราวผิดจากความจริงหลังจากสูญเสียความทรงจำ
Dejavu	เป็นความรู้สึกเสมือนคุ้นเคยในบางสิ่งบางอย่างมาก่อน ทั้ง ๆ ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนเลย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

Jamaisvu

เป็นความรู้สึกตรงกันข้ามกับ Dejavu คือ เคยรู้จัก คู่คนเคย แต่กลับจำไม่ได้เลย

#### 4. การจำแนกและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ปัญหาทางสุขภาพจิตมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง และการบำบัดรักษาที่ไม่ตรงกับโรค ทั้งที่โรคทางจิตเวชสามารถสังเกตได้จากอาการของความผิดปกติ (Symptomatology) โดยการวินิจฉัยความผิดปกติของโรคทางจิตเวชถูกจัดจำแนกประเภทของโรคตามกลุ่มอาการ โรคจิตเวช ซึ่งปัจจุบันมี 2 องค์การที่ทำหน้าที่สำคัญ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก ใช้ระบบ ICD (The International Classification of Diseases) และสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ใช้ระบบ DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders)

#### 5. ความผิดปกติของโรคทางจิตเวช แบ่งตาม DSM-II-R

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันใน ค.ศ.1968 ได้กล่าวโดยสังเขปถึงลักษณะอาการที่เด่นชัด สาเหตุของโรค ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษา มี 10 ประเภท

##### 1) สติปัญญาบกพร่อง (Mental Retardation หรือ Mental Deficiency หรือ Mental Subnormality หรือ Feeble-mindedness)

หมายถึงผู้ที่มีความบกพร่องของเชาวน์ปัญญา (IQ) ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย 70 ร่วมกับการไม่สามารถปรับตัวใช้ชีวิตในสังคมได้ และรวมถึงกลุ่มอาการ Down's Syndrome ด้วย โดยอาการต้องเกิดก่อนอายุ 18 ปี มีโอกาสเกิดขึ้นได้ร้อยละ 1 ของประชากรไทย สาเหตุมีทั้งเป็นมาตั้งแต่กำเนิดโดยกรรมพันธุ์ หรือสามารถเกิดภายหลัง เช่น ขณะมารดาตั้งครรภ์อาจจะได้รับเชื้อโรคเข้าไป หรือมารดาอายุน้อยหรือมากเกินไปไม่พร้อมที่จะมีบุตร หรือหลังจากคลอดแล้วขาดสารอาหาร หรือได้รับสารพิษ สารตะกั่ว หรือเกิดเหตุทำให้สมองกระทบกระเทือน รวมทั้งยังสามารถเกิดจากสาเหตุทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสิ่งแวดล้อมด้วย

##### 2) โรคกลุ่มพยาธิสภาพสมอง (Organic Brain Syndrome)

ภาวะความผิดปกติเนื่องมาจากสมองมีความผิดปกติ ได้รับการสูญเสีย ทำให้การทำงานเกี่ยวกับหน้าที่ของเนื้อสมองผิดปกติชั่วคราวหรือถาวร ส่งผลให้การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไป ความจำเสีย ขาดสมาธิ เชาวน์ปัญญาเสื่อม ความสามารถในการคำนวณ การใช้เหตุผล การแก้ปัญหาเสียไป อารมณ์อ่อนไหวแปรเปลี่ยนง่าย โดยเฉพาะเวลากลางคืน จะมีอาการสารทหลงทางตา รวมถึงมีอาการหยั่งรู้ (Insight) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองเสีย จนผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนไม่สบาย ไม่สามารถบอกอาการเจ็บป่วยได้

สาเหตุมาจากเชื้อจากสารเคมีที่เป็นพิษ เช่น ยามาแมลง แอลกอฮอล์ ยาระงับสารท และกลุ่มยาเมทแอมเฟตามีน รวมไปถึงเชื้อไวรัส โรคปอดบวม โรคไทฟอยด์ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ หรืออาจเกิดจากบาดแผลบริเวณสมอง

กลุ่มอาการ OBS จัดเป็นประเภทของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองจนเกิดอาการทางจิตเวช ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ โรคลมชัก และโรคเอดส์

### 3) โรคประสาท (Psychoneurosis หรือ Neurosis)

โรคประสาท มีความรุนแรงน้อยกว่าโรคจิต เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากอารมณ์และจิตใจ เกิดกับอวัยวะที่ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นระบบการทำงานโดยไม่ขึ้นอยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ เป็นโรคที่เพิ่มขึ้นตามความเจริญของวัตถุเพราะมีความกดดัน ความเครียดสูง ยิ่งความเจริญมากเท่าใดก็จะทำให้คนเป็นโรคประสาทเพิ่มมากขึ้นและผลจากการใช้กลวิธีการปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม หรือใช้ไม่ถูกต้องกับกาลเทศะ ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล โดยคิดว่าตนเป็นโรคนั้นโรคนี้นี้ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เป็นอะไรเลย มีลักษณะเด่นคือความวิตกกังวล ทำให้มีอาการสำคัญได้แก่ ความดันสูง ใจสั่น มือสั่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็วมาก ปากแห้ง คอแห้ง ท้องร่วง ท้องอืด แน่นจุกหน้าอก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกตามฝ่ามือ ฝ่าเท้าเย็น ปัสสาวะบ่อย ในรูตาจะมีม่านตาขยายออก ไม่มีเรี่ยวแรง ตื่นเต้นตกใจง่าย รู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า กลัวในสิ่งที่ไม่ควรกลัว และพฤติกรรมซ้ำคิดซ้ำทำในบางเรื่อง

โรคสารทแบ่งออกเป็น 7 ประเภทได้แก่

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| Anxiety Neurosis              | วิตกกังวลมากจนบางครั้งวุ่นวาย และมักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกาย สามารถเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ ต่างจากความวิตกธรรมดาเช่นความกลัวเมื่อตกอยู่ในภาวะอันตราย |
| Hysterical Neurosis           | เป็นความผิดปกติทางใจ ทำให้อวัยวะบางส่วนของร่างกายทำหน้าที่ตามปกติไม่ได้ เป็นอาการที่เกิดขึ้นเพื่อขจัดความกดดันที่ไม่ได้ตามที่ต้องการด้วยอาการชัก เกร็ง กระตุก          |
| Phobic Neurosis               | กลัววัตถุหรือเหตุการณ์ที่ไม่มีอันตราย จนอาจทำให้เป็นลม อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ กระวนกระวาย   |
| Obsessive Compulsive Neurosis | โรคประสาทชนิดซ้ำคิดซ้ำทำ ซ้ำคิดคือ คิดซ้ำอยู่เสมอและกระทำซ้ำ ๆ ในเรื่องเดียวกันซึ่งไม่มีสาระ โดยที่รู้ตัวแต่ไม่สามารถขจัดความคิดออกไปได้                               |
| Depressive Neurosis           | โรคซึมเศร้า เนื่องจากเกิดความตึงเครียดภายในจิตใจหรือเหตุการณ์บางอย่าง บางรายไม่แสดงอาการเศร้า แต่จะออกมาด้วยอาการไม่สบายปวดท้อง  |

- Depersonalization Neurosis      ลักษณะเด่นคือคิดว่ารูปร่างหน้าตาผิดปกติไปจากความจริงและ  
อยู่ภายนอกร่างกาย รู้สึกว่าตัวเองแปลกไป สิ่งแวดล้อมก็ดูเปลี่ยนแปลงไป  
จากเดิม การพูด การเดิน ไม่ซาการกระทำของตน
- Neurasthenia Neurosis      ผู้ป่วยโรคสารทประเภทนี้จะบ่นว่ามีอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง เหนื่อยง่าย ทำ  
อะไรไม่ได้เลย
- Post Traumatic Neurosis      โรคประสาทที่เกิดจากเหตุการณ์เศร้าสะเทือนขวัญ หลังได้รับบาดเจ็บ เกิด  
ความเจ็บปวด กระทบกระเทือนทางจิตใจจากอุบัติเหตุ หรือภัยพิบัติ ทำ  
ให้มีอาการใจสั่น หงุดหงิด ซ้ำลิ้ม นอนไม่หลับ ตกใจง่าย สะดุ้ง เบื่อหน่าย  
และแสดงอาการช็อกกะทันหัน



#### 4) โรควิตกกังวล (Psychosis)

โรควิตกกังวลหรือจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง บุคคลทั่วไปมักเรียกว่า “เป็นบ้า” เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง โดยที่เจ้าตัวไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ไม่ยอมมารักษา มักอ้างว่า “ฉันไม่บ้า” เป็นอาการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจอย่างมาก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพดำเนินชีวิตแตกต่างไปจากปกติ อาการ โรควิตกกังวลมีความรุนแรงกว่าโรคประสาท และผู้ป่วยโรควิตกกังวลประมาณ 2.7 คนต่อประชากร 1,000 คน

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีอาการผิดปกติของความคิด ประสาทรับรู้ และอารมณ์ รวมไปถึงพฤติกรรม การเคลื่อนไหวผิดปกติไป บุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก และมีการรับรู้ตัวเองบกพร่อง สาเหตุเกิดได้ทั้งจากการสูญเสียการทำงานของบริเวณเนื้อเยื่อสมอง และจากความกดดันทางจิตใจและสภาพแวดล้อม ขาดประสบการณ์ในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ลักษณะของกลุ่ม โรควิตกกังวลแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

**โรควิตกกังวล (Schizophrenia)** มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยเฉพาะความคิดที่ผิดไปจากความจริง บางครั้งมีความหลงผิด ประสาทหลอน และแปรสภาพผิด เกิดขึ้นเพื่อป้องกันตนเอง อารมณ์แปรปรวนไม่แน่นอน มีการแสดงออกอย่างไม่เหมาะสม ขาดความเข้าใจ และเห็นใจผู้อื่น ผู้ป่วยโรควิตกกังวลนี้มักมีอาการเรื้อรัง ไม่สามารถหายเป็นปกติเหมือนเดิม โรควิตกกังวลยังสามารถแบ่งได้อีก 4 ชนิด ได้แก่ โรควิตกกังวลชนิดหวาดระแวง, โรควิตกกังวลชนิดเรื้อรัง, โรควิตกกังวลชนิดอารมณ์แปรปรวน และโรควิตกกังวลชนิดธรรมดา

**โรควิตกกังวลอารมณ์แปรปรวน (Major Affective Disorders)** มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น หรือหลงผิด เชื่อผิด มีอาการหูแว่ว โรควิตกกังวลอารมณ์แปรปรวนแบ่งได้อีก 3 ชนิด ได้แก่ โรควิตกกังวลซึมเศร้า, โรควิตกกังวลแมนเนีย และโรควิตกกังวลสุข-เศร้า

**โรควิตกกังวลหวาดระแวง (Paranoid State)** มีความหลงผิดแบบหวาดกลัวถูกทำร้ายหรือคิดว่าเป็นคนใหญ่โต เป็นความผิดปกติที่อยู่ตรงกลางระหว่างโรควิตกกังวลชนิดจิตเภทกับโรควิตกกังวลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ส่วนมากไม่มีประสาทหลอนและเชื่อว่าปัญญาเป็นปกติ จะเริ่มเป็นเมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไป

#### 5) ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality Disorders)

ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่มีความเบี่ยงเบนชัดเจน ขาดการยึดหยุ่น จึงทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสม ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จนเกิดความบกพร่องในหน้าที่การทำงาน ไม่ยอมรับรู้ว่าพฤติกรรมของตัวเองผิดปกติ ทำให้กระทำการต่าง ๆ กลายเป็นปัญหา

กับสังครอบตัว สาเหตุมาจากทั้งทางกรรมพันธุ์ สภาพการเลี้ยงดูของครอบครัว และวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะของบุคลิกภาพผิดปกติแบ่งได้ 4 ประเภทได้แก่ บุคลิกภาพแปรปรวนไม่เหมาะสม , ความผิดปกติทางเพศ , พิษสุราเรื้อรัง และยาเสพติด

#### 6) ความผิดปกติทางจิตใจมีผลต่อสภาวะทางร่างกาย (Psychological factors affecting Physical Condition)

ภาวะของจิตใจผิดปกติชั่วคราว โดยมีสาเหตุจากความเครียดภายในจิตใจหรือผลกระทบจากสภาพแวดล้อมภายนอก ทำให้มีอาการเกิดขึ้นอย่างรุนแรง เป็นเหตุใหญ่บุคคลซึ่งมีบุคลิกภาพดี ระดับเข่าปัญญาเกณฑ์ปกติ แต่มีนิสัยชอบเก็บความรู้สึก ไม่กล้าระบายความทุกข์ใจ ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกายชั่วคราว เช่นปวดศีรษะ , เกิดโรคที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน , โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด , โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ สาเหตุมาจากความเครียดจากภัยอันตรายชั่วคราวและความเครียดต่อการปรับตัวในชีวิต

#### 7) อาการผิดปกติเฉพาะอย่าง (Special Symptoms)

เนื่องจากสาเหตุทางอารมณ์และจิตใจซึ่งเกิดจากความเครียด ทำให้เกิดอาการเฉพาะของโรคต่อไปนี้ได้แก่ ความผิดปกติในการพูด , ความผิดปกติในการเรียนวิชาเฉพาะ , อาการกระตุก , ความผิดปกติในการเคลื่อนไหว , ความผิดปกติในการนอน , ความผิดปกติในการกิน และปีศาจวะรคที่นอน

#### 8) อาการผิดปกติชั่วคราว (Transient Situational Disturbance)

อาการผิดปกติชั่วคราว อาจรุนแรงมากน้อยเพียงใดก็ได้ พบในบุคคลที่ไม่มี ความผิดปกติทางจิตใจเป็นพื้นฐานมาก่อน แต่กฎอาการเฉียบพลันต่อความตึงเครียดของสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลมีอาการปรับตัวดี อาการก็จะหายไปเมื่อความตึงเครียดหมดไป พฤติกรรมที่สามารถพบได้บ่อยได้แก่ เด็กที่ถูกพรัดพรากจากมารดา , รู้สึกเสียใจ แสดงอาการคร่ำครวญร้องไห้ , เด็กอิจฉาที่น้องเกิดใหม่ แสดงพฤติกรรมปีศาจวะรคที่นอน , ทหารในสงครามทำให้รู้สึกกลัวการรบ จึงมีอาการตัวสั่น วิงหนี และพยายามหลบซ่อนหาที่กำบัง , บุคคลที่ได้ไปศึกษาต่อต่างประเทศ แต่สภาวะของสิ่งแวดล้อมทำให้ได้รับความกดดันสูงจนไม่สามารถปรับตัวได้ในขณะนั้น

#### 9) พฤติกรรมผิดปกติของวัยเด็กและวัยรุ่น (Behavior Disorder of Childhood and Adolescence)

เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่น พฤติกรรมค่อนข้างคงทน โดยเกิดจากภายในของตัวเด็กมากกว่า แต่การรักษาใช้เวลานานกว่าประเภทของอาการผิดปกติชั่วคราว มีอาการแสดงน้อยกว่าในผู้ป่วยโรคจิต โรคสารท และบุคลิกภาพแปรปรวน ได้แก่วัยเด็กพฤติกรรมชอบรวมกลุ่ม

พวก ชอบทำโน่นทำนี่มากเกินไป ไม่มีความตั้งใจ ขาดสมาธิ จี้อาย ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ก้าวร้าว  
มากเกินไป หวาดกลัว และเกรงเป็นอันตราย ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านการปรับตัว

#### 10) ภาวะของอาการผิดปกติทางจิตในภายหลัง (Conditions without Manifest Psychiatric Disorders and Non-Special Conditions)

เป็นภาวะของบุคคลซึ่งมีสภาพจิตใจปกติ แต่บางครั้งอาจเครียดจากสถานการณ์ ทำให้มีอาการ  
รุนแรงในฉับพลันจนต้องส่ง ไปพบจิตแพทย์ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจนำไปสู่อาการผิดปกติทางจิตใจได้  
เช่นบุคคลที่มีปัญหาในด้านการปรับตัวหรือชีวิตสมรส การเข้าไปอยู่ในวัฒนธรรมที่ตนไม่คุ้นเคย  
และปรับตัวไม่ได้ ในบุคคลที่เป็นขโมย ชอบการปล้นชิง ทำให้ประกอบอาชญากรรมเช่น นักวิ่งราว  
นักการพนัน และอาชีพโสเภณี เป็นต้น

### 6. การบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช

#### 1) การตรวจสภาพจิต

การดำเนินการตรวจสภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวช มีความสำคัญสำหรับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช  
เหมือนกับการตรวจร่างกายของโรคฝ่ายกาย โดยผู้ทำหน้าที่ตรวจผู้ป่วยคือจิตแพทย์และนักจิตวิทยา  
พิจารณาพฤติกรรม ความคิด ลักษณะอาการทั่วไป และปัญหาที่พบขณะเริ่มการสัมภาษณ์ ซึ่งในทาง  
จิตเวชมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อการวินิจฉัย และเพื่อการวางแผนการรักษาในขั้นต่อไป

เกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยทางจิตเวช ได้แก่ พฤติกรรม ,อารมณ์ ,ความคิด ,การรับรู้ ,การพูด ,  
การมีสติ ,ความจำและสมาธิ ,เขavnปัญหา

#### 2) การบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาในทางจิตเวชกับบทบาทหน้าที่ของจิตแพทย์ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัด  
ทางจิตมากกว่าผู้ป่วยฝ่ายกาย ได้ตระหนักในสำคัญของการตรวจรักษาสภาพร่างกายทั่วไป  
ก่อน จึงจะใช้การบำบัดรักษาผู้ป่วยวิธีทางจิตเวชดังต่อไปนี้

บำบัดด้วยยา ยาที่จิตแพทย์ใช้รักษาผู้ป่วยตามอาการและประเภทของโรคทางจิตเวช  
แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ยาแก้กลุ่ม เป็นยาคลายเครียดช่วยลดความวิตก  
กังวล ,ยาแก้เศร้า ช่วยปรับสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ และยาแก้บ้า ช่วยลด  
ความตึงเครียด ลดอาการประสาทหลอน

บำบัดด้วยไฟฟ้า การบำบัดด้วยการช็อกไฟฟ้า (ECT) จิตแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาระยะเวลา  
ของการใช้การรักษาในผู้ป่วยโรคจิตประเภทอารมณ์แปรปรวน สามารถ  
ใช้บำบัดได้ผลดีโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างมาก ผลของการ

	ช็อกไฟฟ้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยประเภทอารมณ์แปรปรวนมีอาการดีขึ้น
จิตบำบัด	ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางจิตเวชด้วยการสร้างสัมพันธภาพด้วยบรรยากาศแบบไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้เล่าระบายความทุกข์ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง เล่ารายละเอียดของอาการเจ็บป่วยได้ เริ่มเข้าใจตนเองดีขึ้นเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาตนเองในด้านของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ในวิถีทางที่เหมาะสมจนเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยสามารถใช้การรักษาแบบ จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดแบบกลุ่ม
จิตวิเคราะห์	เป็นวิธีที่ใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ของฟรอยด์ บิดาของงานจิตวิเคราะห์ เพื่อช่วยขจัดความขัดแย้งที่ทำให้เกิดทุกข์จนมีอาการป่วยทางจิต โดยฟรอยด์เรียกความวิตกกังวลในขั้นนี้ว่าความวิตกกังวลแบบเลื่อนลอนอย่างอิสระ ประกอบด้วย 3 เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ การเชื่อมโยงโดยอิสระ การทำนายความฝัน และการถ่ายโอนความรู้สึก
พฤติกรรมบำบัด	เป็นการรักษาพฤติกรรมที่ไม่ถึงประสงค์ด้วยการปรับพฤติกรรม สามารถใช้นาบำบัดได้ทั้งคนปกติและคนไม่ปกติโดยจิตแพทย์ หรือนักจิตบำบัด โดยการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Wolpe และ Bandura ตลอดจนทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญานิยมของกลุ่ม Gestalt เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรักษาได้ฝึกกระบวนการคิดเป็น สามารถรู้สึกได้ และมุ่งการปฏิบัติด้วยเทคนิคสำคัญของกลุ่มพฤติกรรมนิยม การใช้เงื่อนไขแบบคลาสสิกหรือแบบการกระทำควบคู่กับการเรียนรู้ด้วยการสังเกต
การบำบัดการรู้คิดอารมณ์ให้มีเหตุผล	เป็นการขจัดความยุ่งยากทางอารมณ์อันเนื่องมาจากมีความเชื่อผิด ไร้เหตุผล สามารถเผชิญกับปัญหาที่แท้จริง ได้เรียนรู้พฤติกรรมที่ดี กลายเป็นผู้ที่มีเหตุผลตามทฤษฎีของ Ellis หรือใช้การรักษาแบบบุคคลศูนย์กลางของ Rogers ด้วยเทคนิคการให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การสะท้อนความรู้สึก ,ความกระจ่างของปัญหา ,การประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบชีวิตของตนเอง ได้รู้จักตัวคนที่แท้จริง โดยยอมรับสภาพความเป็นจริง เป็นการสร้างความมั่นใจให้ได้พัฒนาศักยภาพแห่งตนไปสู่วิถีชีวิตตามธรรมชาติ
ครอบครับบำบัดหรือการให้คำปรึกษาครอบครั	เป็นเทคนิคการบำบัดที่ต้องประยุกต์ใช้แนวคิดด้านประสบการณ์และมนุษยนิยม แนวคิดด้านพลวัตทางจิต หรือการวิเคราะห์ทางจิต และพลวัตครอบครั ครอบคลุมด้วยทฤษฎีการปรึกษา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ครอบครัว กลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก ด้วยเทคนิคการบำบัดพฤติกรรมแต่งงาน ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สำคัญของคู่สมรส ด้วยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลใหม่ ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการกลับบ้านได้อยู่กับครอบครัวที่รักและพร้อมจะคอยช่วยเหลือแลร์ักษาสภาพจิตใจ

**บำบัดแบบประทับประคอง** เป็นการรักษาโดยจิตแพทย์คอยให้กำลังใจ ในระดับจิตสำนึกด้วยการพูดปลอบใจ คิดหาทางแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง แนะนำให้ออกกำลังกาย การพักผ่อน และการเข้าสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ได้ระบายความรู้สึกในใจ ทำให้คลายความคับข้องใจ ช่วยลดความเครียดและความทุกข์ใจ ได้ในระดับหนึ่ง

**บำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม** การบำบัดประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่กับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น โดยพยายามจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมด้วยการสร้างบรรยากาศเหมือนที่บ้าน จนผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น เริ่มมีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความคิดริเริ่ม กล้าแสดงออกมากขึ้น สามารถกลับคืนสู่สังคมเดิมภายนอกในสภาพของความพร้อมที่จะยอมรับต่อปัญหาและอุปสรรค

**บำบัดด้วยการเล่น** เป็นการบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์อย่างหนึ่งในงานสุขภาพจิตเด็ก การบำบัดด้วยการเล่นจะทำให้พ่อ-แม่เข้าใจเด็กอย่างที่คุณรักษาเข้าใจ เพราะเมื่อการเล่นอย่างอิสระของเด็กจะสะท้อนให้เห็นถึงความคิดสร้างสรรค์จินตนาการ รวมถึงความมั่นคงในจิตใจของเด็กได้ด้วย เราสามารถสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ และจินตนาการควบคู่กันขณะเล่นได้เป็นอย่างดี แต่การเล่นต้องเหมาะสมกับวัยของเด็กด้วย ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้ระบายอารมณ์ที่ก้าวร้าวหรือได้ขจัดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้เด็กเริ่มมีแรงจูงใจที่จะแสดงความกล้าขึ้น จะช่วยให้นักจิตวิทยาสามารถเรียนรู้เข้าใจพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา และนำมาวางแผนหรือทำนายผลในขั้นการบำบัดรักษาต่อไป

**บำบัดด้วยดนตรี** เป็นเทคนิคทำให้ผู้ป่วยคลายเครียด ลดความวิตกกังวลได้ เมื่อได้ยินเสียงเพลงทำให้ได้ร้องเพลงปลดปล่อยออกมา หรือถ้าผู้ป่วยอยากเล่นเครื่องดนตรี ก็จะทำให้ผู้ป่วยบำบัดสังเกตพฤติกรรมขณะผู้ป่วยแสดงออกควบคู่กับอารมณ์ได้ ว่าสามารถกระทำอย่างเหมาะสมหรือไม่ และขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือแย่ลงกว่าเดิม

**แสดงละครจิตบำบัด** ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงความคิด สร้างจินตนาการของตนได้ ช่วยลดความวิตกกังวล ได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและเข้าใจตนเอง ทำให้สามารถนำไปปรับพฤติกรรมใหม่ให้ถูกต้องได้

**ฟื้นฟูอาชีพบำบัด** การบำบัดด้วยวิธีนี้ควรจัดแบบชุมชนบำบัด โดยอาศัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มที่พักอาศัยของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายจิตใจไม่ฟุ้งซ่าน เป็นการฝึกสมาธิด้วยการให้ทำอาชีพง่าย ๆ เหมาะกับความสามารถของแต่ละคน ผลงานอาจจะดีบ้าง ดูสวยงามเหมาะสมใช้ได้ แต่ก็อาจเสียหายบ้าง เช่น การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การวาดรูป ตัดเย็บเสื้อผ้า บริการซักรีดเสื้อผ้า ล้างรถยนต์ การฝึกอาชีพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับด้านความคิด อารมณ์ ให้หมกมุ่นในหน้าที่การงานที่รับผิดชอบได้

### 3) การประเมินทางจิตวิทยา

บทบาทและหน้าที่ของนักจิตวิทยา (คลินิก) ต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นขณะสัมภาษณ์ การพูดคุยกับผู้ป่วยต้องใช้หลักการสังเกตลักษณะรูปร่าง สีหน้า แววตา พฤติกรรม แสดงออก อารมณ์ รับฟังปัญหาที่เขาได้ระบายความเจ็บป่วยหรือทุกข์ที่เขาเก็บสะสมไว้ โดยมีเป้าหมายของการสัมภาษณ์คือ ด้านภูมิหลังของครอบครัว การศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง หน้าที่การงาน ภาวะความรับผิดชอบในครอบครัว พร้อมด้วยอาการ ตั้งแต่ระยะเวลาที่เขาเริ่มมีอาการป่วยไม่เหมือนปกติ จนทำให้ญาติต้องนำมารักษา และหลังจากได้รับการรักษาหายมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

ในการทดสอบทางจิตวิทยา นักจิตวิทยามีบทบาทในการทำหน้าที่เป็นผู้มีองค์ความรู้ โดยมีความเชี่ยวชาญในการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยาสำหรับการวินิจฉัย พิจารณาเลือกแบบทดสอบที่ใช้ประเมินอาการของพฤติกรรม ความรู้สึก ความคิด สติปัญญา และบุคลิกภาพของผู้ถูกทดสอบ ซึ่งแบบทดสอบที่นักจิตวิทยา (คลินิก) ใช้ในงานจิตเวชได้แก่ แบบทดสอบเชาวน์ปัญญา และแบบทดสอบบุคลิกภาพ หรือการทดสอบแบบฉายภาพจิต

## 7. บังคับเสริมสร้างสุขภาพจิต

**ความคิดสร้างสรรค์** ความคิดสร้างสรรค์ส่งผลให้บุคคลฝึกการช่วยเหลือตนเองให้มาก ฝึกความสังเกต สร้างความมั่นใจเมื่อได้สำรวจ ชักถามในสิ่งที่สนใจ เกิดการให้ความรัก ความเอาใจใส่ และก่อให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน ได้ตอบปฏิสัมพันธ์กัน

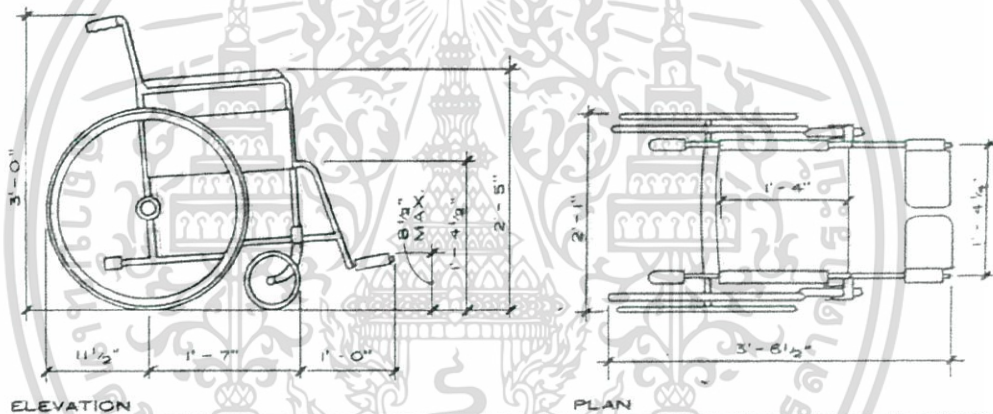
- ความฉลาดทางอารมณ์ EQ ช่วยให้มนุษย์มีความสมบูรณ์ในชีวิต ได้ชื่นชมผลงาน ศิลปะ คนตรี ทำให้เป็นผู้มีอารมณ์สุนทรีย์ มองโลกในแง่ดี และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี
- ความฉลาดที่กล้าเผชิญวิกฤต วิธีการที่บุคคลต้องการใช้ตอบสนองต่อวิกฤต เพื่อให้ชีวิตก้าวหน้าสูงขึ้น สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพเดิมอย่างกระฉับกระเฉงและทำให้ทำทนายชีวิต คือลักษณะบุคคลที่มีชุดความคิดว่าทุกอย่างมีทางออก มีความเป็นนักพัฒนา มีความคิดสร้างสรรค์ มีสติตลอดเวลา มีแรงจูงใจไม่เรี่ยไร และกล้าเสี่ยง ชอบเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส
- ความฉลาดด้วยคุณธรรม ความสามารถด้านจริยธรรม คุณธรรม และแนวปฏิบัติในการเสริมสร้างสุขภาพจิตคือ การมีตัวอย่างที่ดีให้ได้เรียนรู้ ได้รับการปลูกฝังคุณธรรม มีจิตบำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชน ไม่ยอมรับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง
- ความฉลาดทางสังคม ความฉลาดด้านทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ตลอดจนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต เช่นการได้ทำกิจกรรมกลุ่ม การมีกลุ่มเพื่อนที่หลากหลาย ได้เรียนรู้สังคมจากข่าวสารอยู่เสมอ
- ความฉลาดด้วยการเล่น การเล่นเป็นการฝึกการทำงานของสมองเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก ความฉลาดด้วยการเล่นมีผลดีต่อการเจริญเติบโต มีผลต่อจิตใจ สมอง และร่างกาย หากขาดไปจะทำให้ไม่มีไหวพริบ ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ มีอาการซึมเศร้า เหงา แยกตัวจากสังคมได้ง่าย
- การฝึกผ่อนคลาย ร่างกายที่ไม่ดึงเครียดจะส่งผลให้จิตใจได้มีโอกาสพัก เมื่อจิตใจรู้สึกสงบ สภาวะของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะคลายลงจนตัวเบาสบาย การทำงานระบบต่าง ๆ ดีขึ้นและทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น วิธีการผ่อนคลายมีมากมายขึ้นกับความถนัดของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการฝึกสมาธิ การรำมวยจีน โยคะ สปา เป็นต้น
- การฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียด การฝึกสมาธิสามารถทำให้เกิดความผ่อนคลายอย่างลึกได้ในเวลาอันสั้น การเผาผลาญอาหารในขณะที่การใช้ออกซิเจนของร่างกายจะช้าลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง การหายใจรวมถึงความดันโลหิตจะลดลง แต่กลับกันคลื่นสมองแอลฟาซึ่งพบในคนที่ผ่อนคลายจะเพิ่มมากขึ้น การหายใจจะเป็นไปอย่างถูกวิธี สมองจะแจ่มใจเพราะได้รับออกซิเจนมากขึ้น การฝึกสมาธิสามารถลดอาการคิดซ้ำซาก กังวล เศร้า และโกรธได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

**ภาคผนวก ข : ทฤษฎีการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design)**

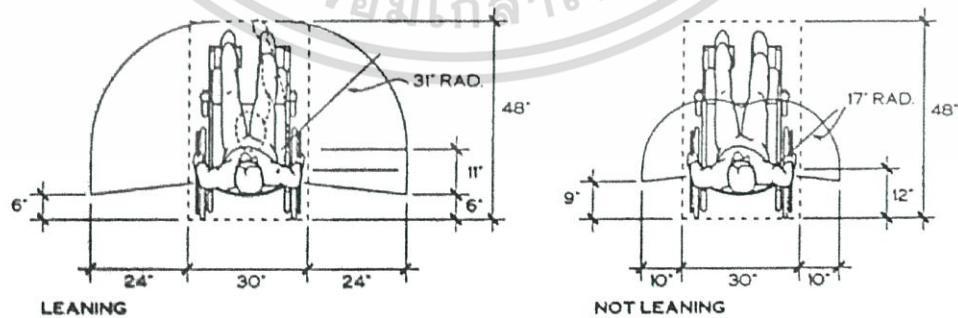
มาตรฐานในการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการในการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ตั้งแต่ถนนหนทาง ทางเดินเข้าสู่อาคาร ประตูทางเข้า ลิฟท์ และห้องน้ำ ต่างๆ ในอาคารรวมทั้งรายละเอียดอื่นที่ให้โอกาสคนพิการ โดยให้โอกาสเท่าเทียมกัน และอยู่ร่วมในสังคมเดียวกัน จึงได้กำหนดมาตรฐานการออกแบบเป็นประเด็นสำคัญดังนี้

- ACCESSIBILITY GUIDELINES FOR BUILDING AND FACILITIES ของ AMERICANS WITH DISABILITIES ACTS
- DESIGN GUIDE FOR BARRIER – FREE FACILITIES ของสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์
- มาตรฐาน การออกแบบบาทวิถี และเฟอร์นิเจอร์ ของการออกแบบ สำนักการโยธา กรุงเทพมหานคร



ELEVATION  
THE WHEELCHAIR

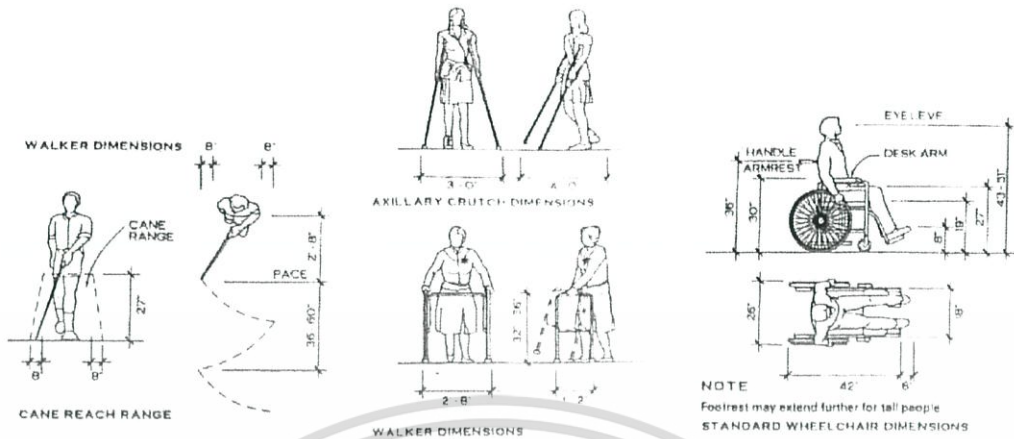
NOTE:  
All information shown here is predicated on requirements of a wheelchair and therefore will be adequate for any other means of ambulation.



HORIZONTAL REACH LIMITS

รูปที่ ข-1 รูปแสดงขนาดและระยะทางขอบเขตในการใช้รถเข็น (ที่มา : Universal Design Guideline)

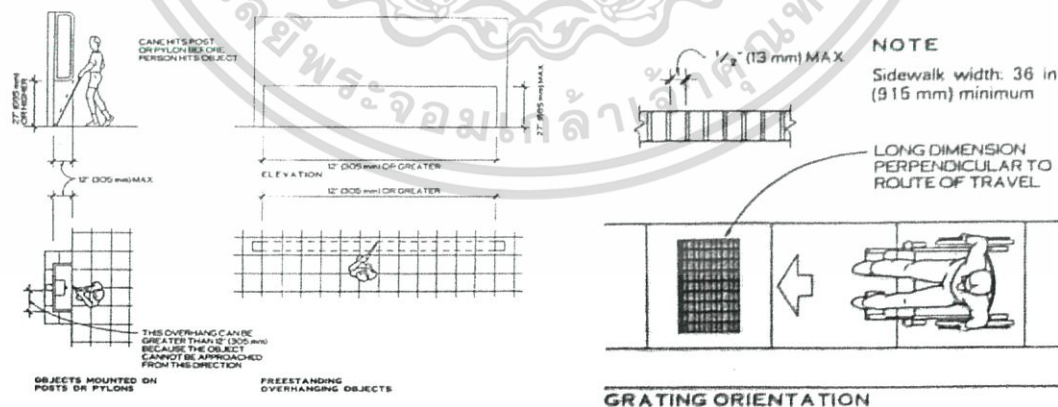
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



รูปที่ ข-2 แสดงขอบเขตการใช้อุปกรณ์ต่างๆของคนพิการ (ที่มา : Universal Design Guideline)

1. ทางเข้าสู่อาคาร (ACCESSIBLE BUILDING)

- เป็นพื้นผิวเรียบเสมอกัน ไม่ขรุขระ ไม่มีสิ่งกีดขวาง
- ให้อยู่ในระดับเดียวกันกับพื้นที่ลานจอดรถ หากอยู่ที่ต่างระดับต้องมีทางลาดสามารถเข้า - ออก ตัวอาคาร ได้และทางลาดนี้ให้อยู่ใกล้ที่จอดรถ
- ก่อนถึงประตูทางเข้า - ออก อาคาร ถ้ามีพื้นที่ต่างระดับกัน ให้ใช้สื่ทาหรือติดเครื่องหมาย สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น
- มีป้ายบอกทางไปยังอาคารต่างๆ อย่างชัดเจน
- มีผังบอกเป็นอักษรเบรลล์
- ปูแผ่นทางเท้าบอกทางสำหรับผู้พิการทางการมองเห็น



รูปที่ ข-3 รูปแบบทางเท้าและลักษณะการใช้งาน (ที่มา : Universal Design Guideline)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## 2. ที่จอดรถ (PARKING AND PASSENGER LOADING ZONES)

ให้จัดที่จอดรถไว้สำหรับรถของคนพิการในบริเวณอาคารสาธารณะทุกแห่งในอัตราส่วนดังนี้

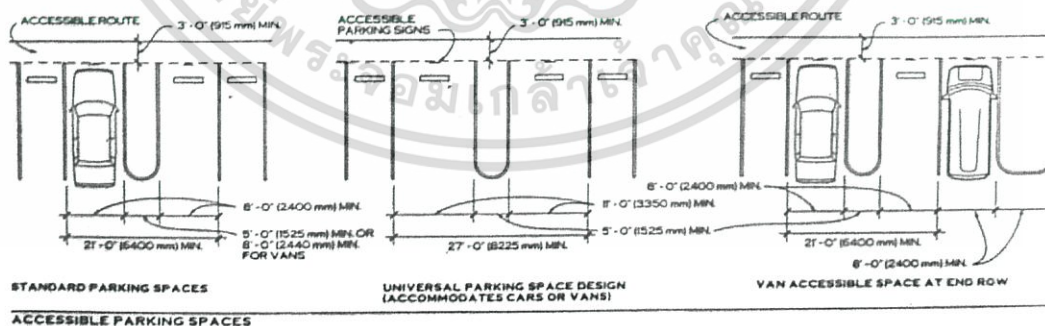
ตารางที่ ข-8-1 แสดงจำนวนที่จอดรถคนพิการต่อความจุที่จอดรถ

ขนาดความจุของที่จอดรถ	ที่จอดรถคนพิการ
1 – 25 คัน	1 คัน
26 – 50 คัน	2 คัน
51 – 75 คัน	3 คัน
76 – 100 คัน	4 คัน
101 – 150 คัน	5 คัน
151 – 200 คัน	6 คัน
201 – 300 คัน	7 คัน
301 – 400 คัน	8 คัน
401 – 500 คัน	9 คัน
501 – 1,000 คัน	ร้อยละ 2 ของทั้งหมด
1,001 คันขึ้นไป	20 คัน

(ที่มา : Universal Design Guideline)

ในกรณีที่ที่จอดรถมีหลายชั้น ให้จัดที่จอดรถสำหรับคนพิการไว้ในชั้นที่มีลิฟท์หรือมีทางเข้า-ออก ชั้นละ 1 คัน และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้พร้อม

- ที่จอดรถคนพิการให้จอดใกล้ทางเข้าอาคารมากที่สุด
- มีป้ายแสดงให้ชัดเจนว่าเป็นที่สำหรับจอดรถคนพิการ



รูปที่ ข-4 ระยะเวลาที่จอดรถสำหรับคนพิการ (ที่มา : Universal Design Guideline)

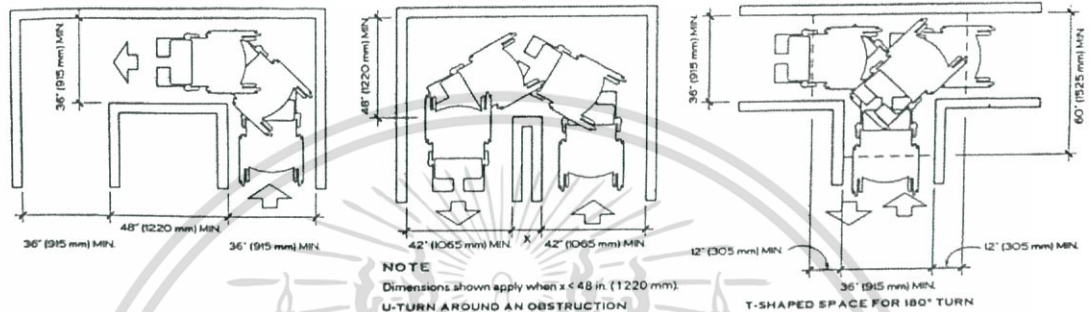
## 3. ทางลาด (RAMPS)

- ทางลาดภายนอกอาคารให้สำหรับเข้าสู่ตัวอาคาร หรือที่เชื่อมต่อระหว่างอาคาร
- พื้นผิวทางลาด ให้ใช้วัสดุกันลื่น

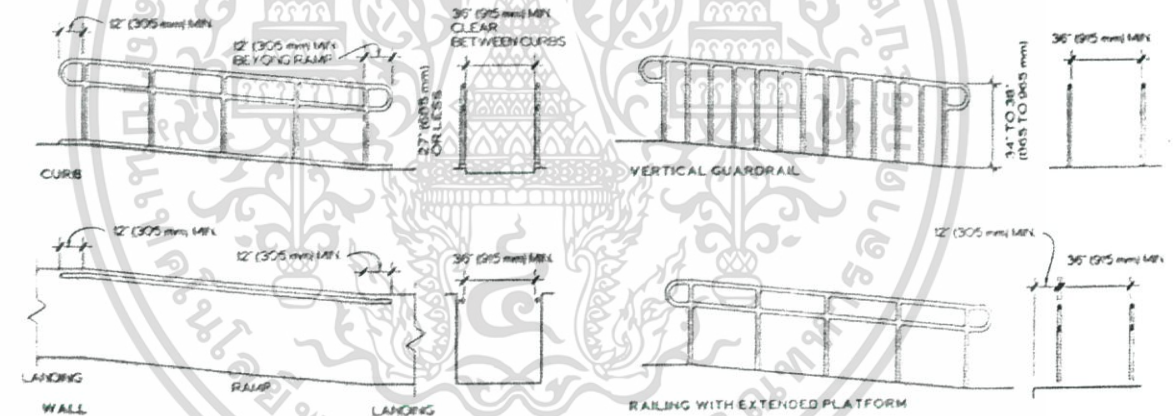
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ความลาดเอียงมีสัดส่วนดังนี้ น้อยที่สุด 1 : 20 โดยทั่วไป 1 : 12
- ทางลาดด้านที่ไม่มีฝั่งกันให้ทำขอบสูงจากพื้นผิวไม่ต่ำกว่า 50 มม. เพื่อกันรถเข็นตกหรือผู้ที่ขาพิการก้าวพลาด
- มีราวจับทั้งสองข้าง สูงจากพื้นอย่างน้อย 850 – 950 มม. ราวจับด้านที่อยู่ติดผนังให้มีระยะห่างจากผนังไม่น้อยกว่า 40 – 50 มม.
- ราวจับให้ยื่นเลยจากจุดเริ่มต้นถึงสิ้นสุดของทางลาดด้านละไม่น้อยกว่า 300 มม.

U-TURN AND PASSING SPACES



รูปที่ ข-5 ระยะเส้นทางสัญจร



SAMPLE RAMP DIMENSIONS

SLOPE	MAXIMUM RISE		MAXIMUM RUN	
	IN.	MM	FT	M
1:12 to < 1:16	30	760	30	9
1:16 to < 1:20	30	760	40	12

NOTE

Slope < 1:20 is not a ramp so no handrails are required.

รูปที่ ข-6 แบบทางลาดทั่วไป (ที่มา : Universal Design Guideline)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

#### 4. ทางเชื่อมระหว่างอาคาร

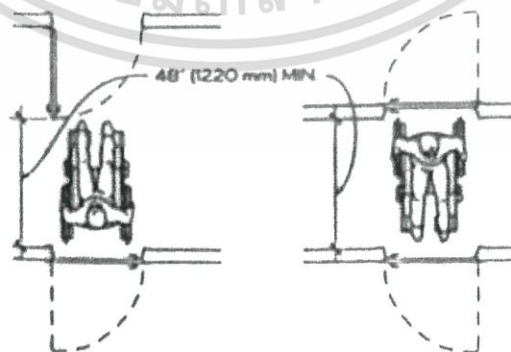
- ให้มีผิวเรียบเสมอกัน ไม่ขรุขระ ไม่มีสิ่งกีดขวาง
- ความกว้างไม่น้อยกว่า 2000 มม.

#### 5. ระเบียง

- ให้มีผิวเรียบเสมอกัน ไม่ขรุขระ ไม่มีสิ่งกีดขวาง
- ความกว้างระเบียงไม่น้อยกว่า 1500 มม.
- หากมีประตูหรือหน้าต่างเปิดออกมาสู่ทางเดิน ให้เปิดกว้าง 180 องศา
- มีราวกันด้านนอกของระเบียงสูงไม่น้อยกว่า 1000 มม.

#### 6. ประตู

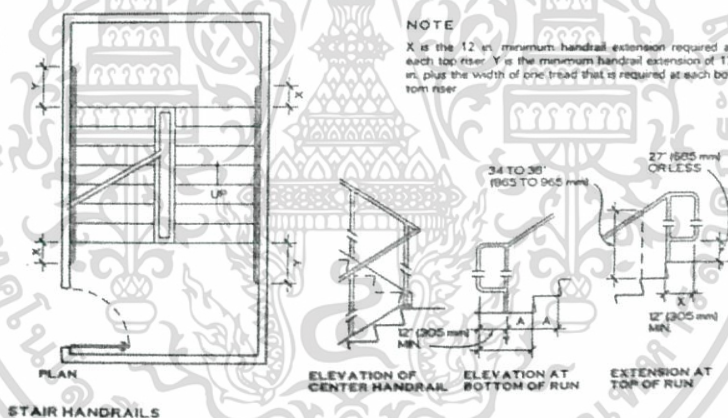
- ธรณีประตูหากจำเป็นต้องมี ให้ขอบทั้งสองข้างมีความลาดเอียงให้สะดวกสำหรับรถเข็นและคนพิการที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน
- มีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 850 มม.
- ประตูเป็นลักษณะเลื่อนเปิด – ปิด ง่าย
- ถ้าประตูเป็นชนิดผลักเข้า – ออก ให้เปิดได้กว้าง หากเปิดออกสู่ทางเดินหรือระเบียง ต้องไม่กีดขวางเส้นทางสัญจร
- ธรณีผลักเป็นกระจกให้ติดเครื่องหมายแถบสี หรือทำที่สังเกตเห็นได้ชัดสำหรับผู้พิการทางการมองเห็น
- มือจับเปิด – ปิดประตูควรเป็นชนิดก้าน หรือเขาควยติดตั้งในแนวตั้งและอยู่สูงจากพื้นไม่เกิน 1200 มม.



รูปที่ ข-7 แบบสำหรับประตูบานพับ 2 ชุดต่อเนื่อง (ที่มา : Universal Design Guideline)

## 7. บันได(STAIRS)

- ใช้งานทั่วไปทั้งภายใน และภายนอกอาคาร
- บันไดควรมีขั้นเท่ากันทุกชั้น
- มีความลาดน้อย
- ควรปิดลูกตั้ง
- จมูกบันไดยื่นน้อยที่สุด
- ควรมีราวบันไดทั้งสองด้าน
- ราว ควรมีระดับความสูงจากขั้นบันไดเท่ากันตลอด ควรให้มือจับ ได้สะดวก
- ราวบันไดควรมีขั้นเลขตัวบันไดทั้งบนและล่าง
- ราวบันไดควรมีสีที่มองเห็นได้ชัดเจนจากบริเวณโดยรอบ
- ช่วงบันไดต้องไม่ยาวเกินไป
- ขานพัก ควรกว้างยาวประมาณความกว้างของช่วงบันได
- พื้นผิวบันไดควรมีสีสอดคล้องกับส่วนอื่นๆ
- บันไดควรได้แสงสว่างที่เพียงพอ

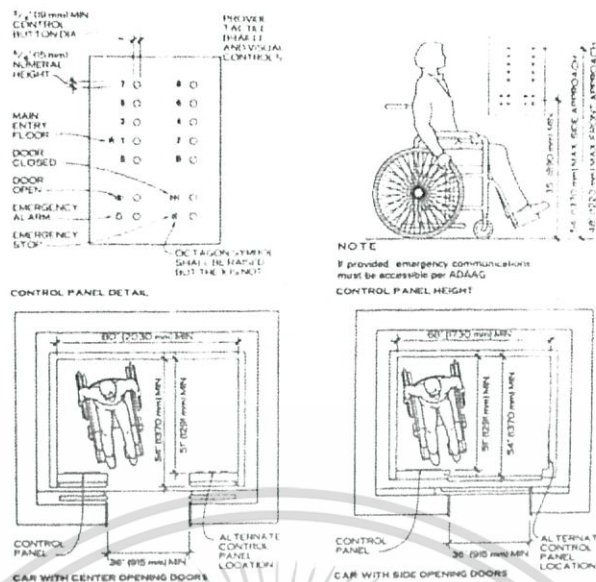


รูปที่ ๗-8 มาตรฐานบันได (ที่มา : Universal Design Guideline)

## 8. ลิฟต์ (ELEVATORS)

- ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณที่กดปุ่มลิฟต์
- เมื่อลิฟต์หยุดตามชั้นต่างๆ ให้มีเลขบอกชั้นนั้นๆ ภายในห้องลิฟต์
- ปุ่มกดเรียกลิฟต์และปุ่มบังคับลิฟต์ให้อยู่สูงจากพื้นระหว่าง 900 – 1200 มม. และมีอักษรเบรลล์กำกับไว้ทุกปุ่มที่มีสิ่งตีพิมพ์กำกับ
- เมื่อลิฟต์ขัดข้องให้มีเสียงและดวงไฟเตือนภัยแบบกระพริบ เพื่อให้ผู้พิการมองเห็นและผู้พิการทางการได้ยินได้ทราบและให้มีสัญญาณไฟให้ผู้พิการทางการได้ยินรับทราบว่าผู้ที่อยู่ข้างนอกลิฟต์ทราบว่าลิฟต์ขัดข้องและกำลังให้ความช่วยเหลืออยู่ในกรณีที่ผู้พิการทางการได้ยินอยู่ในลิฟต์คนเดียว

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



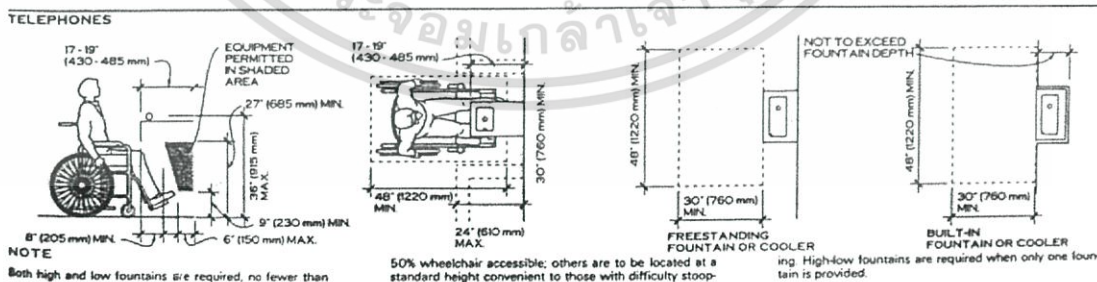
รูปที่ ข-9 รูปแบบลิฟต์สำหรับคนพิการ (ที่มา : Universal Design Guideline)

9. ป้ายประกาศ (SIGNAGE)

- ภายนอกอาคารให้มีผังบอกอาคารสถานที่ ที่อยู่บริเวณให้ชัดเจน
- ภายในอาคารทุกจุดที่มีป้ายหรือผังบอกสถานที่ต่างๆ ให้มีอักษรเบรลล์ด้วย
- ป้ายหรือผังบอกทางทุกแห่งให้มีสีที่เห็นชัดเจนหรือมีแสงสว่างช่วย

10. โทรศัพท์สาธารณะ (PUBLIC TELEPHONES)

- โต๊ะวางโทรศัพท์สาธารณะและสมุดโทรศัพท์ ให้อยู่ในระดับความสูงจากพื้น 730 มม. และได้โต๊ะที่วางโทรศัพท์ให้มีที่วางให้รถเข็นสอดเข้าได้
- ควรมีเครื่องโทรสารในสถานที่สาธารณะสำหรับผู้พิการทางการได้ยินเพื่อใช้แทนโทรศัพท์



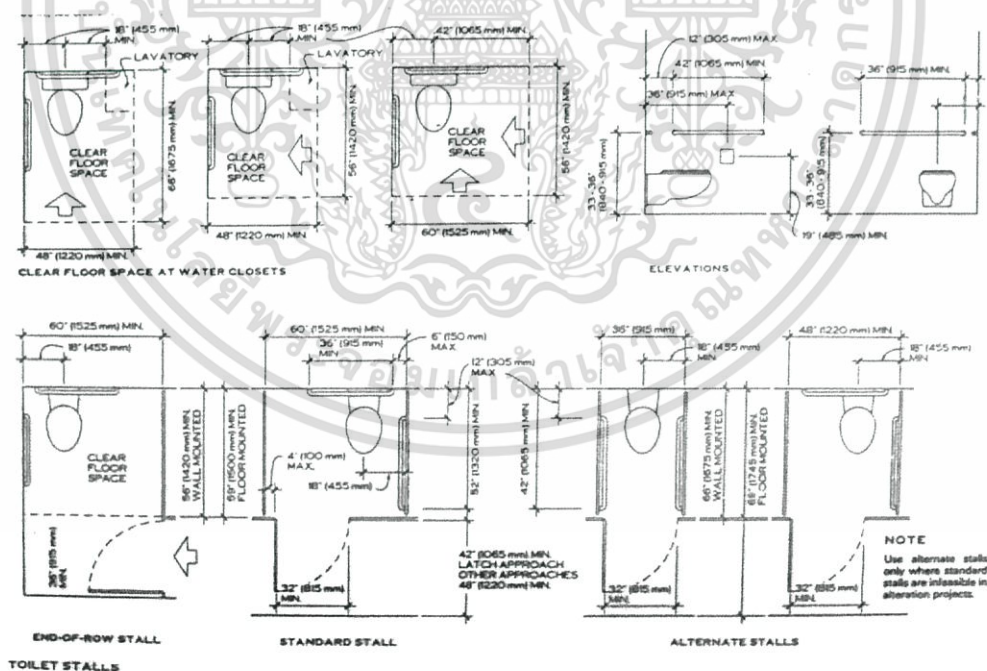
รูปที่ ข-10 ระยะเวลาวางโทรศัพท์ (ที่มา : Universal Design Guideline)

11. ห้องน้ำ (BATH ROOMS)

- ประตูห้องน้ำที่จัดให้คนพิการเป็นบานเลื่อน ไม่มีธรณีประตู มีความกว้างไม่น้อยกว่า 800 มม.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ติดอักษรเบรลล์เพื่อให้ทราบว่าเป็นห้องน้ำชายหรือหญิงไว้บริเวณใกล้ประตู
- พื้นห้องน้ำให้ใช้วัสดุกันลื่น
- ให้มีราวจับจากประตูทางเข้า ไปยังที่อาบน้ำหรือห้องน้ำสูงไม่น้อยกว่า 800 มม. และไม่เกิน 900 มม.
- ติดตั้งสัญญาณไฟสำหรับเตือนภัยหรือเรียกหา ในระหว่างผู้พิการทางการได้ยินติดอยู่ในห้องน้ำ
- อ่างล้างมือ (LAVATORIES)
  - ใต้อ่างให้มีที่สำหรับรถเข็นสอดเข้าได้
  - ก๊อกน้ำใช้ชนิดก้านโยก หรือก้านกด
  - ที่ใส่สบู่เหลวให้เป็นชนิดก้านโยก หรือก้านกด
- ห้องส้วม (TOILET ROOMS)
  - ประตูห้องเปิดค้างได้ไม่น้อยกว่า 90 องศา ไม่มีธรณีประตู ถ้าเป็นพื้นต่างระดับ ต้องไม่เกิน 65 มม.
  - โถส้วมใช้ชนิดนั่งราบ สูงจากพื้น 450 มม. และมีพนักพิงหลัง
  - ที่ปล่อยน้ำเป็นชนิดก้านโยก
  - มีราวจับแนวระดับความสูง ไม่ต่ำกว่า 825 มม. และ ไม่เกิน 900 มม.



รูปที่ ข-11 ระยะเวลาต่างๆในห้องน้ำคนพิการ (ที่มา : Universal Design Guideline)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหาและต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้